



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 - 2027



INDICE

<i>Premessa</i>	4
SEZIONE 1 - SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE	5
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	11
2.1 VALORE PUBBLICO	11
2.2 PERFORMANCE	15
2.2.1 Albero e ciclo della performance	15
2.2.2 Ciclo della performance	17
2.2.3 Tipologie di performance	19
2.2.4 Performance organizzativa: il processo di budgeting	20
2.2.5 Le Dimensioni della Performance individuate e le Aree della Performance	20
2.2.6 Incremento della produzione	21
2.2.7 Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate	22
2.2.8 Migliorare l'appropriatezza	23
2.2.9 Rispetto dei percorsi e delle procedure	24
2.2.10 Rispetto Standard Prevalente e standard di qualità	24
2.2.11 Rispetto adempimenti	25
2.2.12 Performance individuale	25
2.2.13 Misurazione e valutazione della performance	26
2.2.14 Collegamento con il sistema premiante	27
2.2.15 Rendicontazione	27
2.2.16 Elenco obiettivi operativi e indicatori per dimensione strategica	27
2.3 SISTEMI E INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE	43
2.3.1 Sviluppo e aggiornamento sistemi e infrastrutture - ICT	44
2.3.2 Gestione processi clinici interni	45
2.3.3 Adeguamento e messa in sicurezza sistemi ICT	45
2.3.4 Obiettivi MISSIONE 6 P.N.R.R. - Aggiornamento tecnologico digitale	46
2.3.5 M6C2 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)) - progetti in essere	46
2.4 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA (PTPCT)	48
2.5 PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE	48
2.5.1 Benessere Organizzativo	49
2.5.2 Tolleranza zero a qualunque forma di Molestia, Violenza e Discriminazione	50
2.5.3 Conciliazione Vita Privata- Lavoro	51
2.5.4 Parità di genere e Pari Opportunità	52
2.5.5 Formazione	52
2.5.6 WELFARE aziendale:	54

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	55
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	55
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	55
3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO	57
3.3.1 Programmazione strategica delle risorse umane – criteri osservati	58
3.3.2 Vincoli economici finanziari	59
3.3.3 Pianificazione assunzioni nel triennio	59
3.3.4 Internalizzazioni	59
3.3.5 Percorsi di stabilizzazione	60
3.3.6 Strategie per soddisfare i fabbisogni di personale	61
3.3.7 Assunzioni con rapporto di lavoro a tempo determinato per le esigenze sanitarie straordinarie del Giubileo ordinario 2025	63
3.3.8 Incarichi di Struttura complessa dell’Area Sanitaria	63
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	64
3.4.1 Analisi di contesto	65
3.4.2 Piano formativo aziendale 2024	65
3.4.3 Aggregazione corsi per area tematica formativa	65
SEZIONE 4 – MONITORAGGI	68



Premessa

Con l'articolo 6, comma 6, del D.L. n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113 è stata introdotta un'innovazione relativa all'attività di pianificazione delle amministrazioni pubbliche (PIAO - Piano Integrato di Attività e di Organizzazione) nell'ambito delle misure di rafforzamento delle capacità amministrative legate all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ma destinata anche a divenire di natura strutturale.

Uno dei principali temi è la centralità della semplificazione amministrativa e normativa, volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi forniti ai cittadini e alle imprese anche in materia di diritto di accesso e l'assorbimento in un unico documento di programmazione e governance.

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) rappresenta dunque per tutte le amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative) il coronamento di un percorso iniziato nel 2009 con il D.Lgs. 150/2009, dove si tracciava la strada per una amministrazione pubblica più snella ed efficiente, capace di misurare gli impatti delle sue azioni sui cittadini, sulle famiglie e sulle imprese.

Il successivo D.L. 30 aprile 2022, n. 36 recante "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" all'articolo 7, comma 1, lettera a), punto 2, recependo le osservazioni della Conferenza Unificata ha disposto che *"Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo..."*

Il PIAO consiste, dunque, in un documento di programmazione unico, che si prefigge il duplice scopo di semplificare i vari atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni e razionalizzare le scelte strategiche di sviluppo, anche rispetto agli obiettivi delineati nel Pianonazionale di ripresa e resilienza (PNRR) in termini di riqualificazione.

La ratio del legislatore di integrazione e semplificazione della programmazione dell'attività amministrativa, per una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici, offrendo un coordinamento sistematico ai diversi atti programmatici è resa evidente dal DPR 24 giugno 2022, n. 81 con il quale sono stati soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni normative:

- a) articolo 6, commi 1, 4 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 - Piano dei fabbisogni;
- b) articoli 60-bis e 60-ter del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165- Piano delle azioni concrete;
- c) articolo 2, comma 594, lettera a), della L. 24 dicembre 2007, n. 244 - Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

- d) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 - Piano della performance;
- e) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della L. 6 novembre 2012, n. 190 - Piano di prevenzione della corruzione;
- f) articolo 14, comma 1, della L. 7 agosto 2015, n. 124 - Piano organizzativo del lavoro agile;
- g) articolo 48, comma 1, del D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198 - Piani delle Azioni positive.

Il Piano, inoltre, tende a definire i presupposti volti a garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa nonché a migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, procedendo alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009 e della L. 190/2012.

Il presente documento si suddivide in 4 macro sezioni:

- **Scheda anagrafica dell'amministrazione;**
- **Valore pubblico, performance e anticorruzione:** dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
- **Organizzazione e capitale umano:** dove viene presentato il modello organizzativo adottato dall'Azienda;
- **Monitoraggio:** dove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Contesto interno e esterno

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I (Codice Fiscale e Partita IVA 05865511009) con sede legale in Roma, presso viale del Policlinico 155.

Il sito web è raggiungibile all'indirizzo URL <http://www.policlinicoumberto1.it>.

Il logo aziendale è costituito da una croce bicolore associata alla scritta "Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico Umberto I" e "Sistema Sanitario Regionale" logo adottato dalla Regione Lazio per le Aziende appartenenti al Sistema Sanitario Regionale del Lazio con ai margini i simboli distintivi della "Medusa" storico logo del Policlinico e della Sapienza Università di Roma, nelle proporzioni riportate nel segno grafico seguente.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

L'Azienda, istituita con D.L. n. 341 del 1 ottobre 1999, convertito con modificazioni dalla L. n. 453 del 2 dicembre 1999, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e si qualifica come ente strumentale della Regione ai fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali, costituendo,



per Sapienza Università di Roma, la principale Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca delle Facoltà di Medicina. I rapporti tra Regione e università "Sapienza" sono disciplinati dal protocollo d'intesa di cui al DCA 208 del 2016.

Nella sua attuale configurazione, di Azienda Ospedaliero-Universitaria (art. 2 commi 1 e 3 D.lgs. 517/1999), si caratterizza come strumento per la realizzazione, in forma integrata, delle finalità inerenti la tutela della salute della collettività, obiettivo istituzionale del SSN, e la funzione didattico-formativa e di ricerca propria dell'Università.

E' un'Azienda Sanitaria di livello nazionale e di alta specializzazione nonché sede di DEA di secondo livello. Nell'ambito delle relazioni con il Servizio Sanitario Regionale l'Azienda, nel rispetto degli indirizzi di programmazione sanitaria, attua le politiche regionali definite nel Piano di Riorganizzazione, Riqualficazione e Sviluppo del SSR 2019-2021 (adottato con DCA 81/2020), nonché le politiche in tema di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione dell'accesso ai servizi.

Con Delibera del Direttore Generale n. 542 del 1.7.2019 è stato adottato l'Atto Aziendale, approvato con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. U00259 del 4.7.2019.

L'assetto individuato dal DCA 259/19 è stato successivamente modificato, per quanto concerne i soli Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), dal DCA 515 del 27/12/2019 che ha approvato le modifiche all'Organigramma proposte con Deliberazione del Direttore Generale n. 1009/19, conseguenti alla cessazione dal servizio di alcuni titolari di Unità Operativa Complessa (UOC) e di Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Tra le modifiche apportate è da segnalare l'accorpamento in un unico DAI dei due dipartimenti di chirurgia presenti nel precedente Atto.

Con Deliberazione n. 1112 del 26/11/2020 è stato modificato ulteriormente l'Organigramma dei DAI per la cessazione dal servizio di alcuni titolari di unità operativa complessa o semplice dipartimentale, con ulteriore riduzione del numero di strutture attive.

Nel corso del 2021 con Deliberazione n. 809 del 10/08/2021 è stato adottato inoltre il nuovo Organigramma delle Aree di governo aziendale, che ha ridisegnato la tecnostruttura, confermando, allo stato, l'assetto del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e quello dei Dipartimenti ad Attività Integrata, fatta salva la ridefinizione dell'afferenza sia della UOC Igiene Ospedaliera, ricondotta all'Area Tecnico-Sanitaria sia della UOSD Fisica Sanitaria, ricondotta al DAI Medicina Diagnostica e Radiologia - Area di Diagnostica per immagini e Radioterapia.

Con tale delibera è stato altresì modificato il Funzionigramma di cui all'allegato n. 2 dello stesso Atto Aziendale.

L'attuale organizzazione delle strutture operative cliniche si articola, pertanto, in 10 Dipartimenti ad



Attività Integrata (DAI) cui fanno riferimento 67 Unità Operative Complesse (UOC), 49 Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) e 54 Unità Operative Semplici.

	UOC	UOSD	UOS
CARDIO-TORACO-VASCOLARE E CHIRURGIA DEI TRAPIANTI D'ORGANO	5	5	5
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA E ORTOPEDIA	7	5	4
EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E DERMATOLOGIA	5	1	7
EMERGENZA-ACCETTAZIONE, AREE CRITICHE E TRAUMA	5	10	3
MATERNI INFANTILE E SCIENZE UROGINECOLOGICHE	10	3	10
MEDICINA DIAGNOSTICA E RADIOLOGIA	10	4	13
MEDICINA INTERNA, SCIENZE ENDOCRINO-METABOLICHE E MALATTIE INFETTIVE	5	4	4
MEDICINA INTERNA E SPECIALITÀ MEDICHE	7	5	2
NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE	5	5	1
TESTA COLLO	8	7	5
TOTALE DIREZIONE AZIENDALE	67	49	54

Alle strutture cliniche si aggiungono le articolazioni organizzative della Direzione Strategica che comprendono 15 Unità Operative Complesse (UOC), 5 Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) e 12 Unità Operative Semplici, come rappresentato nella tabella seguente.

	UOC	UOSD	UOS
Direzione Generale	3	1	2
Direzione Sanitaria	3	2	5
Dipartimento Professioni Sanitarie	2	1	
Direzione Amministrativa	7	1	5
TOTALE DIREZIONE AZIENDALE	15	5	12

L'organigramma completo, prevede un totale di 82 Unità Operative Complesse, 54 Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale e 66 Unità Operative Semplici.

Gli edifici su cui insistono le attività dell'Azienda sono oltre 50, ubicati in otto sedi distinte. La ripartizione logistica delle attività su più strutture determina importanti ricadute gestionali/organizzative che condizionano fortemente la possibilità di un utilizzo ottimale delle risorse.

L'Azienda dispone di una dotazione di **1069 posti letto ordinari** (DGR n° 869 del 7 dicembre 2023 - "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità con gli standard previsti nel DM 70/2015"), di cui 1045 dedicati all'assistenza per acuti e 24 di riabilitazione, a cui si aggiungono **105 posti letto** per le attività di ricovero **a ciclo diurno**. Le attività di degenza ordinaria possono contare su 82 letti di terapia intensiva per adulti, pediatrica e neonatale di 14 PL di UTIC e 48 PL di Terapia Semi Intensiva. Le attività chirurgiche dispongono complessivamente di 334 posti di degenza ordinaria di cui 97 afferenti



alla chirurgia generale e 237 alle chirurgie specialistiche (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia dei trapianti d'organo, ecc).

Posti letto	n°
Ordinario	1069
<i>Terapia Intensiva adulti e neonatale, semintensiva e UTIC</i>	144
<i>Chirurgia</i>	334
<i>Medicina</i>	518
<i>Psichiatria e Neuropsichiatria infantile</i>	49
<i>Riabilitazione</i>	24
Day Hospital/Day Surgery	105

I posti letto ordinari sono distribuiti su 63 reparti di degenza, mentre l'attività di ricovero a ciclo diurno si svolge in 26 sedi differenti, frequentemente impegnate anche nell'erogazione di APA e PAC, ovvero le prestazioni ambulatoriali complesse caratterizzate da percorsi assistenziali multidisciplinari.

L'Azienda è sede di **DEA di II livello**; le attività di emergenza, articolate nel DEA Centrale, nel Pronto Soccorso Pediatrico, nel Pronto Soccorso Ostetrico, nel Pronto Soccorso Oculistico-Odontoiatrico e nel Pronto Soccorso Ematologico, si svolge presso cinque sedi distinte.

Il PUI, per le sue caratteristiche di ospedale per acuti dotato di settori ad alta specializzazione, deputato all'erogazione di prestazioni altamente specialistiche è, inoltre, hub per le seguenti reti regionali:

- Rete Assistenziale dell'Emergenza
- Rete dell'Assistenza Cardiologica e Cardiocirurgica
- Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto
- Rete Assistenziale Trauma grave e Neurotrauma
- Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica
- Rete Assistenziale della Chirurgia Maxillo Facciale
- Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano
- Rete dell'Assistenza perinatale
- Rete Assistenziale delle Malattie Emorragiche congenite
- Rete Assistenziale delle Malattie infettive
- Rete Assistenziale delle Malattie rare



- Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella
- Rete oncologica per la gestione del tumore del polmone
- Rete oncologica per la gestione del tumore del colon e del retto

L'Azienda dispone di **13 blocchi operatori** dotati complessivamente di 31 sale operatorie routinariamente attive;

Il PUI riveste, inoltre, un ruolo di primo piano a livello regionale per l'attività di trapianto d'organo che riguardano il rene, il fegato e il polmone, ed è inoltre fortemente sviluppata l'attività di trapianto di midollo in pazienti sia adulti che pediatrici.

TRAPIANTI D'ORGANO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Fegato	24	25	18	15	15	19	25	27
Rene	67	79	51	17	25	24	13	29
Polmone	9	4	11	7	5	4	4	4
Combinato (rene + fegato)			1					
Totale	100	108	81	39	45	47	42	60

L'Azienda eroga altresì prestazioni di radiologia e neuroradiologia interventistica, presso due sezioni radiologiche distinte e dedicate e dispone, inoltre, di due sezioni di emodinamica il cui funzionamento in emergenza urgenza è legato al ruolo di hub svolto dall'ospedale nell'ambito della rete dell'emergenza cardiologica (angioplastica primaria). Le sezioni di emodinamica erogano anche prestazioni programmate sia di tipo diagnostico che interventistico.

Il servizio di elettrostimolazione cardiaca integra e completa il ventaglio di prestazioni cardiologiche erogate, assicurando in regime di day hospital l'inserzione di dispositivi impiantabili temporanei e definitivi (pacemaker e defibrillatori). L'attività di endoscopia digestiva, infine, è stata accorpata in una unica sede, completamente ristrutturata, con condivisione di spazi, personale e attrezzature da parte delle Unità Operative storicamente coinvolte nella erogazione di tali procedure, di carattere sia diagnostico che terapeutico.

Relativamente alle risorse umane, occorre evidenziare che l'Azienda si avvale complessivamente di 4.480 unità di personale (dato aggiornato al 31.12.2024), per la maggior parte rappresentato da dipendenti del Servizio Sanitario Regionale e per la parte restante da figure assunte dall'amministrazione universitaria, come previsto dalla natura ospedaliero-universitaria dell'Azienda Policlinico Umberto I.



Risulta infatti prioritario l'investimento sul capitale umano e sullo sviluppo di competenze per sostenere nuovi ruoli che si sono rivelati efficaci a garantire integrazione, cooperazione e responsabilità.

Tabella riepilogativa personale al 31.12.2024

RUOLO	TIPO DIPENDENTE	UNITA'
SANITARIO	COMPARTO	2315
	DIRIGENZA	1270
AMMINISTRATIVO	COMPARTO	362
	DIRIGENZA	16
TECNICO	COMPARTO	273
	DIRIGENZA	1
PROFESSIONALE	COMPARTO	7
	DIRIGENZA	5
SOCIOSANITARIO	COMPARTO	231
Totale complessivo		4480



SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Il concetto di Valore Pubblico può essere sintetizzato come «il miglioramento del livello di benessere degli utenti e degli stakeholders di una Pubblica Amministrazione (PA), a seguito del buon esito di una politica o di un servizio».

Possiamo dire dunque che si crea Valore Pubblico quando si utilizzano le risorse a disposizione in modo efficiente, efficace e dunque funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze dei cittadini, realizzando un miglioramento del livello di benessere degli stessi.

Nella prospettiva del PIAO, si genera Valore Pubblico pianificando strategie funzionali da misurare in termini di impatti e, successivamente, programmando obiettivi in modo funzionale al valore pianificato. A riguardo, già con il D.Lgs 150/2009 si introduceva nella Pubblica Amministrazione il concetto di "performance" concepita come funzionale al miglioramento della qualità dei servizi ai fini del soddisfacimento dei fabbisogni dell'utenza, dovendo essere rendicontata non solo contabilmente (accountability) e nel rispetto delle prime condizioni di trasparenza i cui contenuti erano stati affidati inizialmente alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (Civit) poi assorbita dall' Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) dal 2014 (DI 90/2014 convertito dalla L. 114/2014).

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

Il perseguimento di tale scopo comporta la capacità di erogare due diverse tipologie di prestazioni, presidiando da un lato l'attività di primo livello, dall'altro aree di eccellenza che la possano caratterizzare come importante polo di attrazione.

Lo sviluppo delle eccellenze risponde alla vocazione più intrinsecamente innovativa legata alla presenza di importanti aree di ricerca di base e applicata, che trovano un riscontro nella integrazione delle attività con l'Università e nella partecipazione a reti di ricerca nazionali ed internazionali. L'Azienda, in quanto sede di scuole di specializzazione di area sanitaria è anche un grande "ospedale di apprendimento", dove poter sperimentare nuovi modelli formativi che rispondano alle esigenze di multiprofessionalità ed interdisciplinarietà attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e nuove metodiche.

Impostare nuove strategie organizzative comporta fare delle scelte; sapere di poter puntare davvero sulla qualità solo perseguendo al massimo l'appropriatezza di utilizzo delle risorse, con un occhio sempre



attento all'equità perché le diseguglianze di accesso alle prestazioni rappresentano il primo segnale di un sistema pubblico che non riesce a creare valore e dunque livelli di risposta omogenei.

In un'ottica di medio lungo periodo, le strategie aziendali orientate alla creazione di valore pubblico si focalizzano su:

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

Elementi costitutivi della mission aziendale sono:

- a. Centralità della persona, favorendo la sua partecipazione attiva al processo di cura;
- b. ricercare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza e nel rispetto dei principi di equità con imparzialità nella scelta della pratica clinica, oltre che di uguaglianza di genere, di religione, di condizione socio-economica nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- c. perseguire l'innovazione quale processo di creazione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici e produttivi, o modificazione di quelli già esistenti; sostenere l'innovazione organizzativa e gestionale quale elemento valoriale del sistema azienda nel suo complesso; promuovere soluzioni organizzative innovative anche attraverso strumenti di Project Management;
- d. intraprendere tutte le azioni possibili per realizzare la semplificazione, la reingegnerizzazione e la digitalizzazione dei processi;
- e. favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali;
- f. dare rilievo e potenziare i processi di comunicazione verso i cittadini e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali;
- g. affermare la ricerca, di base e applicata, quale indispensabile strumento di sviluppo della conoscenza scientifica e della formazione dei nuovi professionisti;
- h. valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'azienda; contribuire allo sviluppo delle professioni sanitarie, nella prospettiva di definire modelli gestionali di assistenza innovativi;

Al fine di generare Valore Pubblico l'Azienda provvede ad affidare alle strutture sanitarie competenti



obiettivi relativi al Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.) con l'obiettivo di definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari e monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo.

Atteso inoltre che il Valore Pubblico si protegge anche programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, include, tra gli obiettivi di performance, quelli previsti nell'ambito della trasparenza e dell'anticorruzione che costituiscono obiettivi di budget per i Dirigenti responsabili di struttura e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede di budget.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi specifici assegnati alle diverse strutture aziendali nell'ambito del PRE.Val.e del valore pubblico e nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Obiettivi relativi a: Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.) e finalizzati all'incremento del valore pubblico

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore	UO	Target
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	70%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEA	70%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg	UOSD TRAUMATOLOGIA ORTOPEDICA IN EMERGENZA-URGENZA	70%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% parti con taglio cesareo primario (P.Re.Val.E)	UOC OSTETRICIA	<25%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% STEMI con angioplastica nei primi 90'	UOC CARDIOLOGIA E ANGIOLOGIA	60%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% STEMI con angioplastica nei primi 90'	UOC MALATTIE CARDIOVASCOLARI	60%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% STEMI con angioplastica nei primi 90'	UOSD EMODINAMICA B	60%

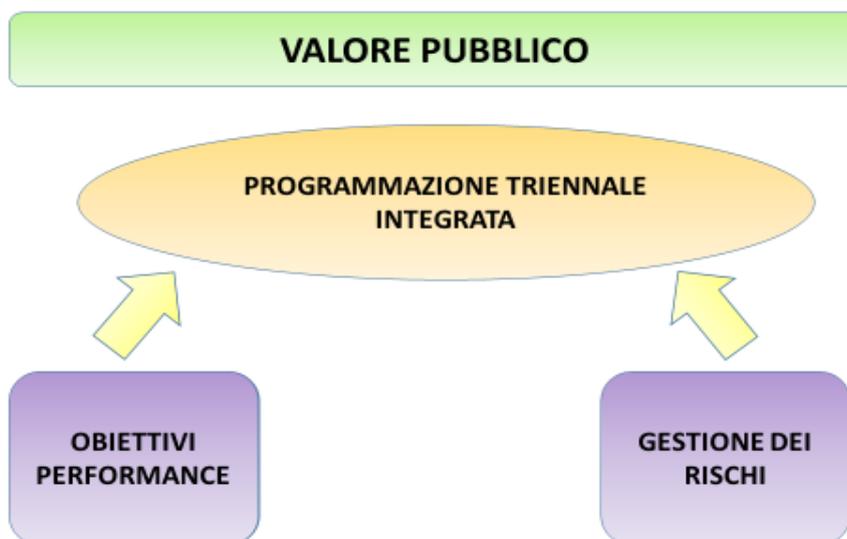


4 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Qualità servizio PS	Pazienti con esito "non risponde a chiamata o si allontana spontaneamente" sul totale dei pazienti (esito 6 e 8)	UOSD P. S. ODONTOIATRICO UOSD P.S. MEDICO E OBI	<= 3%
5 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Qualità del PS - Riduzione ricoveri inappropriati	Tasso ospedalizzazione (%ricoveri/tot accessi)	UOSD PRONTO SOCCORSO MEDICO E OBI	<=8,5%
6 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Efficientamento percorsi Pronto Soccorso	Assorbimento codici rossi entro 12 ore dall'accasso in PS	UOSD PRONTO SOCCORSO MEDICO E OBI UOC CHIRURGIA IN EMERGENZA-URGENZA	>=80%
7 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza)	Tempo mediano di permanenza al DEA per pazienti in codice rosso con esito ricovero	UOSD PRONTO SOCCORSO MEDICO E OBI	< 1080 min.
8 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Abbattimento liste di attesa	% interventi in classe A/B in lista nei tempi previsti	Tutte le UU.OO di area chirurgica	>=70%

Obiettivi relativi a: protezione del Valore Pubblico - prevenzione della corruzione e trasparenza

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore	UO	Target
6- Attività, processi ed efficientamento organizzativo	Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge	Report contenente elenco delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti inseriti nelle singole schede di budget	RPTC	100%
6- Rispetto adempimenti	formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Organizzazione evento formativo	RPTC	100%
6-Rispetto adempimenti	Rispetto adempimenti PIAO	predisposizione sezione PIAO di competenza nel rispetto dei tempi previsti per la pubblicazione	Tutte le U.O.	100%
6-Rispetto adempimenti	aggiornamento codice di comportamento	previa approvazione della Direzione aziendale, presentazione del documento all'OIV per recepimento parere obbligatorio	RPTC e AdP	100%
6- Rispetto adempimenti	Rispetto degli adempimenti relativi alla pubblicazione degli atti su "amministrazione trasparente" anche al fine della predisposizione griglia ANAC	Copertura adempimenti registrati da OIV nell'ambito della predisposizione griglia ANAC	Tutte le U.O.	100%

Altro strumento fondamentale per la creazione di Valore Pubblico è fornito da una corretta gestione della performance che, se da un lato permette di programmare e assegnare obiettivi finalizzati in primis al perseguimento dell'interesse pubblico, dall'altro permette di valutare l'impatto delle strategie aziendali sul benessere economico, sociale, ambientale nel contesto in cui si opera.



2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Albero e ciclo della performance

Il Valore Pubblico è attuato dall’Azienda attraverso il miglioramento delle performance e di conseguenza delle risorse dell’amministrazione. Detto risultato viene perseguito indirizzando i programmi e le attività verso una risposta alla domanda di salute, orientata a garantire prestazioni efficaci e accessibili; ciò ponendo il paziente al centro dell’attività aziendale, focalizzando l’attività dei Servizi e degli operatori al servizio all’utente garantendo la continuità dei percorsi diagnostico assistenziali e raccordando le iniziative e le attività socio-sanitarie con le indicazioni regionali.

Nel perseguimento di dette finalità, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, in linea con i principi normativi e con le linee d’indirizzo nazionali e regionali, rappresenta le proprie politiche di azione mediante la logica del c.d. “Albero della Performance” che rappresenta il legame tra la programmazione regionale, la mission aziendale e gli obiettivi strategici ed operativi.

Tale rappresentazione mostra come gli obiettivi, di diversa natura, contribuiscano, ai vari livelli organizzativi, nel perimetro di un disegno strategico complessivo coerente, al raggiungimento della *mission* aziendale ed al miglioramento dei livelli di performance sia organizzativa che individuale.

Gli obiettivi annuali, declinati sulla base degli indirizzi strategici aziendali definiti nel Piano Strategico Aziendale, nonché dei documenti di programmazione nazionali e regionali, costituiscono la base di partenza per l’elaborazione dell’albero della performance, in cui è rappresentata graficamente la loro successiva attribuzione ai vari livelli organizzativi aziendali.



Nel definire il quadro degli indirizzi di programmazione aziendale per il triennio di riferimento del presente documento e, in particolare, nella individuazione degli obiettivi da perseguire, l'Azienda intende riferirsi necessariamente ai principali provvedimenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale che hanno stabilito importanti linee d'indirizzo strategico, fissando, al contempo, vincoli rispetto al conseguimento di importanti obiettivi sia di natura assistenziale che di natura economica.

In questo quadro, le principali disposizioni regionali che delineano in modo puntuale il quadro di riferimento sono:

- DCA 208/2016 Presa d'atto del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma La Sapienza per il triennio 2016-2018;
- Programmazione triennale del fabbisogno di personale (DCA n. 403/2016 riguardanti la stabilizzazione del personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e DCA n. 154 e n. 156 del 2016 e nella circolare regionale prot. n. 206022 del 10/06/2016)
- DCA 302/2019 Piano Regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019 -2021
- D.L. n.73 del 7 giugno 2024, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024 n. 107, Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
- DCA 453/2019 Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso
- DCA 81/2020 Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art.2, comma 88 della L.191/2009, secondo periodo.
- DGR n° 869 del 7 dicembre 2023 - "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità con gli standard previsti nel DM 70/2015".

Riveste altresì rilevanza programmatica la Direttiva del 28.11.2023, emessa dal Ministero per la Pubblica Amministrazione in ordine alla misurazione e valutazione della performance individuale, poiché offre importanti indicazioni sulla necessità di improntare il sistema di valutazione della performance in modo



da conferire la massima attenzione verso i dipendenti pubblici, fulcro delle amministrazioni pubbliche; ciò poiché è necessario partire dalle persone e sviluppare contesti capaci di innescare meccanismi virtuosi alla cui base deve esserci il merito.

2.2.2 Ciclo della performance

Il raggiungimento degli obiettivi si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato le performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

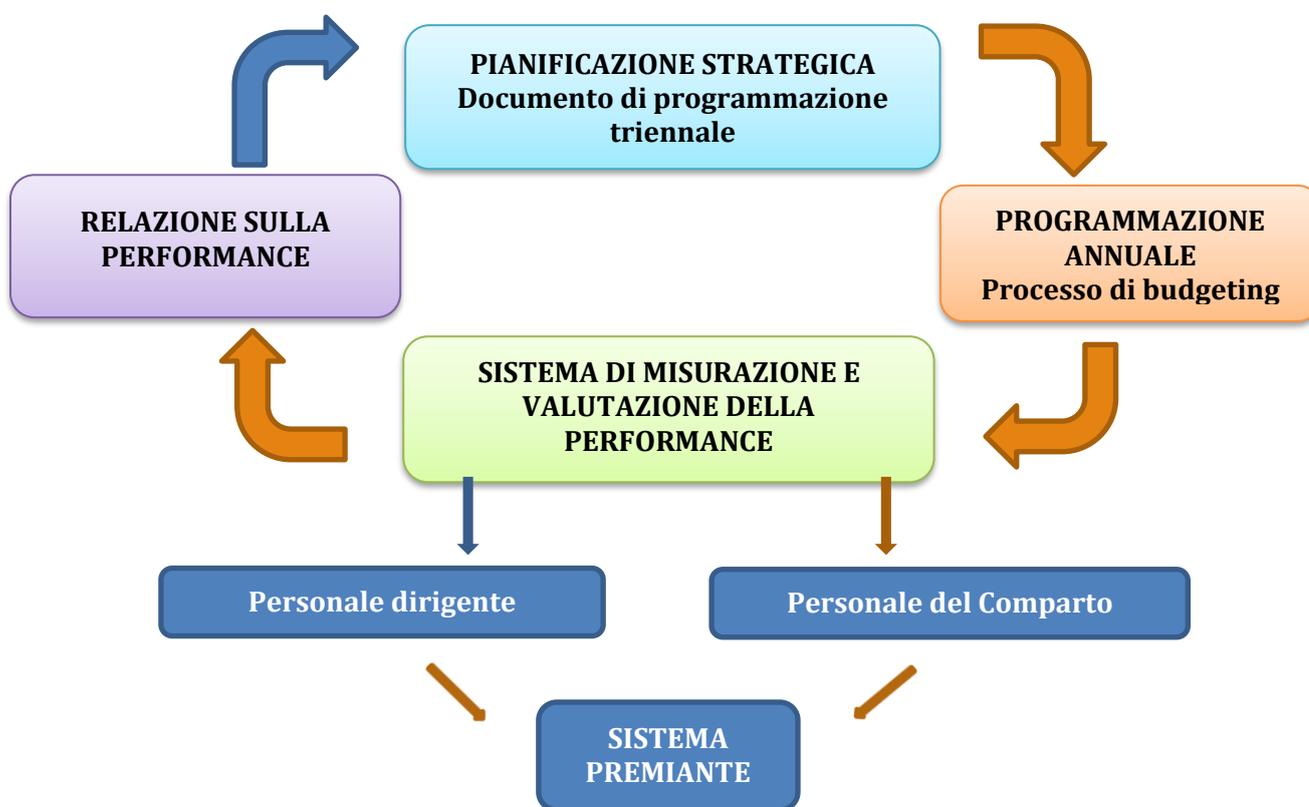
Il ciclo integrato della programmazione è definito dalla norma “Ciclo delle performance” ed il suo corretto svolgersi nel tempo, nel pieno rispetto delle scadenze e della programmazione aziendale - sia essa strategica che operativa - è un elemento essenziale e qualificante del suo sviluppo.

L'OIV sovrintende al funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità proponendo alla Direzione Generale la valutazione dei dirigenti di vertice, avendo verificato la validità delle procedure e la congruità degli obiettivi assegnati (ai sensi di quanto disposto dal D. Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs. 74/2017, e dalla L.R. 1/2011).

La Struttura Tecnica presidia l'integrità del sistema e supporta l'OIV nella gestione del ciclo delle prestazioni, fornendo dati e analisi specifiche per la definizione degli obiettivi e per il monitoraggio e la rendicontazione definitiva dei risultati ottenuti. Esercita tutte le funzioni previste nel regolamento.

Fasi del ciclo di gestione della performance:

- a) Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- b) Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- c) Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) Utilizzo dei sistemi premianti;
- f) Rendicontazione dei risultati.



Alla luce di quanto appena esposto, le strategie che l'Azienda intende attuare mirano, nel rispetto dei vincoli imposti dal contesto normativo vigente, a soddisfare gli obiettivi di programmazione sanitaria nazionale e regionale, inserendoli in un contesto interno di rapporti con l'Università "Sapienza" definiti dal Protocollo d'intesa.

La programmazione aziendale, pertanto, derivando dai provvedimenti programmatori regionali (Programmi Operativi, Approvazione Piani di efficientamento, ecc.) elencati nei paragrafi precedenti, individua le sue aree prioritarie d'interesse nell'ambito dei vincoli di sostenibilità economica e di riqualificazione dei processi assistenziali.

La mappa delle strategie della Direzione aziendale si organizza intorno all'individuazione di aree strategiche di Performance che riguardano la componente clinico-professionale (dirigenza medica e sanitaria), la componente assistenziale (comparto sanitario e tecnico) e la componente amministrativo professionale (dirigenza e comparto).

Le politiche e le strategie aziendali vengono declinate quindi in obiettivi assegnati alle singole strutture operative con il processo di budgeting e attraverso la produzione di reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, ciò al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi. Le strategie, i



relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse con diverse modalità di comunicazione (riunioni plenarie, riunioni con il Comitato budget, pubblicazione intranet, etc.). Il raggiungimento degli obiettivi si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato le performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

Il ciclo integrato della programmazione è definito dalla norma “Ciclo delle performance” ed il suo corretto svolgersi nel tempo, nel pieno rispetto delle scadenze e della programmazione aziendale - sia essa strategica che operativa - è un elemento essenziale e qualificante del suo sviluppo.

L'OIV sovrintende al funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità proponendo alla Direzione Generale la valutazione di performance organizzativa dei dirigenti di vertice, avendo verificato la validità delle procedure e la congruità degli obiettivi assegnati (ai sensi di quanto disposto dal D. Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs. 74/2017, e dalla L.R. 1/2011). La Struttura Tecnica presidia l'integrità del sistema e supporta l'OIV nella gestione del ciclo delle prestazioni, fornendo dati e analisi specifiche per la definizione degli obiettivi e per il monitoraggio e la rendicontazione definitiva dei risultati ottenuti. Esercita tutte le funzioni previste nel regolamento.

2.2.3 Tipologie di performance

Il sistema di misurazione e valutazione aziendale ha come oggetto i seguenti due ambiti di performance:

Performance organizzativa

Il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa si riferisce al grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del processo di budgeting ed opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Organigramma aziendale e negli altri atti organizzativi (Procedura aziendale “Gestione del processo di budgeting”).

Performance individuale

Il processo di misurazione e valutazione della performance individuale si riferisce, in parte, al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi organizzativi generali della struttura di appartenenza e, in parte, a specifici obiettivi individuali comportamentali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti. (cfr. art. 9 del d. lgs. 150/09).



Performance organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura
Performance individuale	<ul style="list-style-type: none"> • contributo individuale assicurato per il raggiungimento degli obiettivi della struttura di afferenza • valutazione comportamenti e competenze individuali

2.2.4 Performance organizzativa: il processo di budgeting

Il budget è lo strumento gestionale che permette di attuare una programmazione di breve-medio periodo e consiste nella individuazione di obiettivi e di risorse necessarie al conseguimento degli stessi che la Direzione negozia con i responsabili dei diversi Centri di Responsabilità.

L'Azienda si avvale, per l'attuazione del processo di budgeting, del Comitato di Budget che ha il compito di:

- » definire gli obiettivi di budget da assegnare ai Centri di Responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione Generale, in linea con gli indirizzi strategico-programmatori della Regione Lazio;
- » definire le schede di budget per tipologia di attività omogenea (UO di chirurgia, medicina, radiologia, ambulatorio, laboratorio, tecnostruttura etc.) e individuare le attività peculiari per definire obiettivi adeguati e presentarle ai responsabili di CdR;
- » partecipare alla fase di negoziazione per giungere alla definizione delle schede di budget per ciascun CdR con individuazione di obiettivi specifici (con riferimento a indicatori di produzione e di costi ma anche a misure di qualità e di appropriatezza).

2.2.5 Le Dimensioni della Performance individuate e le Aree della Performance

Il Piano è stato sviluppato secondo le articolazioni dell'albero della performance, strutturato su due livelli, mediante Aree della performance attraverso le quali è possibile individuare un collegamento indicativo con le priorità strategiche stabilite dalla Direzione Generale dell'Azienda e strettamente correlate agli obiettivi di programmazione regionale.

Gli assi scelti per la Pianificazione di lungo periodo riguardano:

1. **I bisogni dei pazienti.** Orientare lo sviluppo delle attività sulla base dei bisogni specifici del proprio target assistenziale, Analizzare e definire la domanda di prestazioni di ricovero e ambulatoriali da soddisfare consolidando attività esistenti o sviluppandone di nuove, Individuare le criticità attraverso l'analisi dei sinistri e del contenzioso.



2. **Revisione dei percorsi e dei processi:** Identificare e sviluppare i percorsi e processi interni da revisionare per aumentare il valore dell'attività - Valutare i livelli di appropriatezza dei percorsi clinici e organizzativi - Monitorare l'integrazione con i servizi di supporto (provveditorato, farmacia, ecc.)- Sviluppare la ricerca applicata all'assistenza
3. La **Prospettiva economica** Migliorare l'utilizzo dei fattori produttivi (beni sanitari, servizi, risorse umane) - Ottimizzare l'utilizzo delle risorse strutturali (degenza media, utilizzo delle sale operatorie, prestazioni ambulatoriali)
4. **Valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche Individuazione delle vocazioni e sviluppo delle competenze** - Definizione di un piano di formazione coerente con gli sviluppi strategici e la definizione dei piani individuali - Ottimizzazione dell'utilizzo delle tecnologie e definizione degli investimenti

Ai 4 assi precedentemente descritti, per l'anno 2025 sono agganciate 6 aree strategiche a cui sono collegati obiettivi operativi e indicatori.

1. **Incremento della produzione**
2. **Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate**
3. **Migliorare l'appropriatezza**
4. **Rispetto dei percorsi e delle procedure**
5. **Rispetto standard Prevale (qualità)**
6. **Rispetto degli adempimenti**

Per ciascun obiettivo è previsto un monitoraggio che può avere cadenza mensile, trimestrale, o annuale a seconda della maggiore o minore disponibilità di dati in formato elettronico e della necessità, per il calcolo del singolo indicatore, di effettuare il linkage tra database distinti che necessitano, per la loro elaborazione, di operazioni sui dati più complesse di una semplice estrazione automatica. In calce alla presente sezione sono presentate le tabelle contenenti, per ciascuna area strategica, gli obiettivi e gli indicatori selezionati. Nel corso del triennio di vigenza del presente Piano, potranno essere apportate modifiche e integrazioni all'elenco di obiettivi e indicatori oggetto di monitoraggio, al fine di assicurare la coerenza con le nuove linee strategiche aziendali.

2.2.6 Incremento della produzione

Gli obiettivi e gli indicatori appartenenti a quest'area strategica (tipicamente obiettivi assegnabili alle UU.OO. di area clinica) sono orientati all'incremento o al mantenimento dei volumi prestazionali.



Gli obiettivi sono differenziati per regime assistenziale (ricoveri ordinari, ricoveri diurni e attività ambulatoriali) e sono particolarmente strategici per l'azienda in quanto direttamente collegati alla valorizzazione dei ricavi.

Sono previsti obiettivi legati al generico incremento dei volumi di attività e altri più analitici declinati in indicatori su specifiche prestazioni specialistiche.

Rientrano in questa sezione anche obiettivi indirettamente collegati all'incremento dei volumi come la misurazione delle Degenza Media (tipico delle UU.OO. di area medica) e della Degenza Media preoperatoria (tipico delle UU.OO. di area chirurgica), poiché monitorare questi indicatori e adoperarsi per la riduzione delle giornate di degenza consente di aumentare il turn over di pazienti incrementando il numero dei pazienti dimessi e dei Drg prodotti.

Al fine di perseguire tali obiettivi l'azienda ha messo in campo o programmato, da una parte, una serie di azioni legate alla mappatura e alla riorganizzazione di alcuni processi, dall'altra investimenti in ambito di innovazioni tecnologiche e ammodernamento delle apparecchiature.

Di seguito vengono indicati i 5 obiettivi operativi declinati nelle schede di budget cui sono collegati indicatori e target.

- 1- Incremento/mantenimento delle prestazioni di ricovero ordinario
- 2- Incremento/mantenimento delle prestazioni di ricovero diurno
- 3- Incremento/mantenimento delle prestazioni ambulatoriali
- 4- Riduzione/mantenimento della DM
- 5- Riduzione/mantenimento della DM preoperatoria
- 6- Incremento tasso di occupazione PL
- 7- Incremento segnalazioni potenziali donatori

2.2.7 Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate

All'interno di quest'area strategica vengono declinati gli obiettivi correlati al collegamento tra il ciclo della performance, il ciclo di programmazione economico finanziaria e il bilancio.

Questo ambito strategico descrive, in modo specifico, il complesso delle attività rivolte alla razionalizzazione del "consumo" dei fattori produttivi e delle risorse assegnate. Obiettivi specifici sono posti in carico ad alcune UU.OO. in relazione al consumo di farmaci e dispositivi medici. In questo ambito assume valore particolarmente strategico l'obiettivo legato all'efficiente utilizzo della risorsa "sala operatoria". Per tutte le UU.OO. chirurgiche del PUI sono previsti obiettivi e indicatori utili a misurare la saturazione degli spazi operatori assegnati.

Fanno parte di questo ambito strategico anche obiettivi legati all'efficiente utilizzo della risorsa PL, come il valore del Peso Medio dei ricoveri e indirettamente anche l'appropriatezza e tempestiva erogazione



delle prestazioni intermedie. Concorrono al raggiungimento di obiettivi in quest'area anche le UU.OO. della tecnostruttura alle quali spetta l'onere di governare la razionalizzazione della "spesa", sia in termini di appropriatezza delle acquisizioni di forniture, sia in termini di miglioramento continuo dell'attività di procurement (con particolare riferimento, quindi, alle strutture della Farmacia e del Provveditorato). Questo particolare ambito strategico raccoglie lo specifico, ricorrente obiettivo della "spesa farmaceutica", sistematicamente declinato e attenzionato dalla Regione in sede di definizione degli obiettivi assegnati ai direttori generali.

Di seguito gli obiettivi operativi declinati nelle schede di budget a cui sono collegati indicatori e valori traguardo.

1. Contenimento spesa dispositivi medici
2. Contenimento spesa farmaceutica
3. Incremento PM DRG
4. Tasso di saturazione sala operatoria
5. Percentuale di interventi chirurgici iniziati entro le 8.10
6. Tasso di saturazione PL
7. Riduzione tempi di risposta e di refertazione esami diagnostici
8. Migliorare l'appropriatezza delle richieste esami per interni
9. Assicurare il rispetto del budget concordato (amm).

2.2.8 Migliorare l'appropriatezza

Gli obiettivi di mantenimento e incremento dei volumi di attività non possono essere slegati dal necessario processo continuo di miglioramento della qualità dell'assistenza.

La promozione della qualità dell'assistenza sanitaria quindi in termini di equità d'accesso e di uso delle risorse in base ad un buon rapporto costi-efficacia attraverso misure ed azioni tese a garantire che l'assistenza fornita ai pazienti osservi dei criteri specifici.

Questo processo riguarda l'insieme del percorso assistenziale dall'identificazione del 'bisogno sanitario' del paziente agli esiti delle cure prestate e passa attraverso una costante valutazione con criteri e obiettivi definiti per un'assistenza di buona qualità, attraverso la scelta delle linee guida in base alla migliore evidenza, l'identificazione delle pratiche migliori, la misurazione delle quote di inappropriatazza ed un monitoraggio sistematico dei livelli di complessità delle attività erogate.

Sulla base di queste misurazioni strutturate l'Azienda, laddove necessario, proseguirà il processo di rimodulazione dell'offerta sanitaria incentivando modelli organizzativi virtuosi con riguardo sia alla cura della persona che alla razionalizzazione delle risorse.

In particolare gli obiettivi proposti riguardano le UU.OO. di area clinica coinvolte nell'erogazione di



ricoveri ordinari e diurni ma anche le UU.OO coinvolte nei processi di richiesta ed erogazioni prestazioni intermedie.

Gli obiettivi operativi che attengono direttamente all'area strategica dell'appropriatezza sono cinque e sono declinati nelle schede di budget attraverso l'individuazione di specifici indicatori e target.

1. Incremento DH medici terapeutici
2. Riduzione accessi inappropriati (DH)
3. Riduzione DRG ad altro rischio di inappropriatezza
4. Riduzione ricoveri inappropriati (per l'area di emergenza)
5. Migliorare l'appropriatezza richieste esami per interni

2.2.9 Rispetto dei percorsi e delle procedure

Questo ambito strategico descrive in via generale il complesso delle attività rivolte alla razionalizzazione/efficientamento dei percorsi organizzativi sia in area clinica (area della produzione) sia in area direzionale (UU.OO. della tecnostruttura). In tale prospettiva è stata data specifica e distinta rilevanza all'efficientamento dei percorsi chirurgici e di emergenza.

In tale ambito rientrano anche gli obiettivi inerenti il rispetto delle procedure aziendali in ambito di performance, sicurezza delle cure e gestione dei sinistri.

Le linee operative agganciate a quest'area strategica sono di seguito riportate:

1. Supporto alle attività di emergenza
2. Percentuale di pazienti dimessi sabato e domenica
3. Rispetto delle procedure di accettazione
4. Rispetto della programmazione operatoria (interventi effettuati rispetto ai programmati)
5. Rispetto dei tempi previsti nelle procedure aziendali
6. Partecipazione attiva al CVS
7. Partecipazione indagine di prevalenza ICA
8. Corretta compilazione modulistica
9. Rispetto percorsi e procedure in ambito amministrativo (aggiornamento regolamenti in ambito personale, analisi performance, aggiornamento e adeguamento Data Base aziendali, monitoraggi attività, rispetto dei tempi previsti e dei cronogrammi).

2.2.10 Rispetto Standard Prevale e standard di qualità

Quest'area strategica descrive, in via generale, il complesso delle attività rivolte alla implementazione della "efficacia" qualitativa dei percorsi assistenziali verso l'utenza, sia con riguardo, specificamente, agli



outcome derivanti dal Piano Nazionale Esiti (P.Re.Val.E.), sia, più in generale, con riguardo agli ulteriori risultati di miglioramento della qualità nei percorsi assistenziali del Policlinico. Tale ambito strategico raccoglie gli specifici, ricorrenti obiettivo P.Re.Val.E. sistematicamente declinati da parte della Regione in sede di definizione degli obiettivi assegnati ai direttori generali. Considerando la crescente attenzione del management del policlinico verso i processi di certificazione ritenuti opportunità di confronto, crescita e miglioramento continuo, in quest'area trovano spazio anche obiettivi legati a quest'ambito. I percorsi di certificazione vanno interpretati non come atto formale di verifica ma come momenti di approfondimento nella conoscenza dell'organizzazione, di verifica dei processi e di valutazione dell'efficacia dei risultati conseguiti in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni.

Gli obiettivi operativi presenti nelle schede di Budget sono i seguenti:

1. Miglioramento indicatori Prevale
2. Abbattimento liste di attesa
3. Abbattimento tempi di attesa in PS

2.2.11 Rispetto adempimenti

In tale ambito vengono declinati gli obiettivi operativi con i quali si intende rispondere agli adempimenti previsti dalle norme e dai dettami regionali.

In particolare si collocano in quest'ambito obiettivi legati all'attuazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (cui si rimanda al capitolo 8 del presente piano), agli adempimenti in ambito di performance, privacy e formazione.

La formazione del personale, volta a migliorare le competenze tecniche, manageriali e comportamentali degli operatori rappresenta un obiettivo strategico fondamentale nei processi di innovazione gestionale, organizzativa, tecnologica.

Gli obiettivi e la pianificazione aziendale per la formazione sono esplicitati nel Piano Annuale della Formazione.

Fanno parte di quest'area strategica i seguenti obiettivi operativi:

1. Rispetto degli adempimenti in ambito di Trasparenza, anticorruzione e privacy
2. Adempimento rispetto agli obblighi formativi
3. Predisposizione piani e rispetto cronoprogrammi
4. Rispetto tempi di liquidazione fatture (UU.OO. Tecnostruttura)
5. Rispetto tempi predisposizione CE periodici (UU.OO. Tecnostruttura)

2.2.12 Performance individuale

Il processo di misurazione e valutazione della performance individuale si riferisce, in parte, al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi organizzativi generali della struttura di appartenenza e, in



parte, a specifici obiettivi individuali comportamentali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti (cfr. art. 9 del d. lgs. 150/09).

il processo di misurazione e di valutazione della performance individuale tiene conto del:

- contributo individuale assicurato per il raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza;
- grado di raggiungimento degli obiettivi individuali;
- valutazione comportamenti e competenze organizzative individuali.

Gli ambiti di performance individuale valutati sono differenziati in funzione delle categorie di appartenenza.

Per il personale con qualifica dirigenziale, ad esempio, sono oggetto di valutazione:

- gli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- il raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- la qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una adeguata-differenziazione dei giudizi.

Per il personale con qualifica non dirigenziale, ad esempio, sono oggetto di valutazione:

- il raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- la qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza;
- le competenze dimostrate;
- i comportamenti professionali e organizzativi.

2.2.13 Misurazione e valutazione della performance

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa.

La valutazione della performance organizzativa di ogni Centro di Responsabilità (CdR), effettuata sulla misurazione degli obiettivi assegnati e sull'eventuale stesura di documenti e relazioni a supporto delle azioni realizzate, compete al Comitato di Budget, coadiuvato dal Controllo di Gestione e viene comunicata all'OIV per le opportune valutazioni e i conseguenti adempimenti, nonché a tutti i responsabili dei CdR.

La valutazione della performance individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, in base a quanto disciplinato dal vigente regolamento aziendale DDG 839 del 21 settembre 2021 "Regolamento per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ex art. 7 d.lgs. 150/09 e s.m.i.", regolamento cui si rimanda.



2.2.14 Collegamento con il sistema premiante

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

L'esito della valutazione rappresenta la base per la corresponsione di quanto stabilito dai rispettivi CCNLL e agli Accordi Aziendali cui si rimanda.

2.2.15 Rendicontazione

La misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale sono espone, analizzate e contenute nella Relazione annuale sulla performance, adottata dall'Azienda entro le scadenze previste dalla normativa vigente.

2.2.16 Elenco obiettivi operativi e indicatori per dimensione strategica

Di seguito si riportano gli obiettivi ed i relativi indicatori per dimensione strategica suddivisi rispettivamente in relazione alle UU.OO. afferenti ai DAI ed a quelle afferenti alla Tecnostruttura.

Obiettivi UU.OO afferenti ai DAI

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO	INDICATORE
Prospettiva economica	1 - incremento della produzione	Incremento attività a supporto della radioterapia	N° piani di trattamento per radioterapia (almeno 15 a settimana)
		Incremento della produzione chirurgica	Incremento interventi chirurgici 2024 rispetto 2023
		Incremento prestazioni specialistiche	Numero agoaspirazioni follicolari
			Numero inseminazioni artificiali (cod 69.92 e GIN37.006)
		Incremento ricavi da prestazioni ambulatoriali	Numero prestazioni ambulatoriali anno 2024
			Ricavi prestazioni ambulatoriali anno 2024
		Incremento/mantenimento dei ricoveri diurni	N° accessi DH
		Incremento/mantenimento dei ricoveri ordinari	N° dimessi anno 2024
			N° dimessi anno 2024 (N° interventi) ordinari e di day hospital
		Incremento/mantenimento dei ricoveri ordinari e diurni	N° dimessi anno 2024
N° dimessi anno 2024 (N° interventi) ordinari e di day hospital			
Incremento/mantenimento N° prestazioni ambulatoriali	N° ecocolordoppler		
	Numero colonscopie per pazienti amb		
	Numero gastroscopie per pazienti amb		



Prospettiva economica	1 - incremento della produzione		Numero prestazioni ambulatoriali anno 2024
		Incremento/mantenimento prestazioni di DH	Numero ricoveri DH
		Incremento/mantenimento prestazioni di DS	Numero ricoveri DS
		Riduzione/mantenimento della Degenza media	Degenza mediana di transito anno 2024
			DM anno 2024
			DM anno 2024 (al netto dei DRG trapianti)
			DM preoperatoria anno 2024
DM preoperatoria anno 2024 (solo pazienti elettivi)			
DM transito anno 2024			
Prospettiva economica	2 - Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate	Coerenza tra turni programmati e ore rese	Differenza tra ore di presenza programmate (calcolate con il modello 4-3-3) e ore timbrate al netto di quelle acquisite o cedute alla radiologia centrale
		Contenimento spesa dispositivi medici	Spesa per dispositivi medici
		Contenimento spesa farmaceutica	Budget farmaci anti VEGT (valore annuale)
			Spesa per farmaci "File F"
		Efficientamento sale operatorie	% anestesie iniziate entro le 8:10
			% di inizio anestesia primo intervento entro le 08.25
			% di primi interventi iniziati entro le 8:40 (30 minuti dopo inizio anestesia)
			% di primi interventi iniziati entro le 9:10 (60 minuti dopo anestesia)
		Incremento complessità casistica	Incremento peso DRG 2024 rispetto peso DRG 2023
			Peso DRG 2024 rispetto peso DRG 2023
		Incremento delle donazioni	donazioni 2024 rispetto donazioni 2023
		Ottimizzazione delle risorse	Indice occupazione PL
		Riduzione tempi di risposta	% di Refertazione consulenze interne non urgenti entro 12h dalla richiesta
			Esami in urgenza refertati entro 60 minuti dalla richiesta sul totale esami urgenti
			Esami in urgenza refertati entro 90 minuti dalla richiesta sul totale esami urgenti
			Esami refertati per pazienti ricoverati in regime ordinario entro 48 ore dalla richiesta
			Referti consegnati nei 30 minuti sul totale delle richieste di esami estemporanei
referti consegnati nel rispetto del tempo standard sul totale dei referti			
Valutazione del TAT (Turn around time) richieste urgenti			
Saturazione offerta ambulatoriale	% saturazione agende elettroniche percorsi interni		



Bisogni dei Pazienti	3 - Migliorare l'appropriatezza	Incremento DH medici terapeutici	% DH medico di tipo diagnostico sul totale dei DH medici
		Migliorare l'appropriatezza	N° pac di tipo diagnostico
			Numero PAC x diabete
		Riduzione accessi DH inappropriati	% accessi DH inappropriati sul totale degli accessi
		Riduzione ricoveri a rischio di inappropriata	% DRG a rischio di inappropriata sul totale dei DRG prodotti in regime ordinario
Riduzione ricoveri inappropriati	Tasso ospedalizzazione (%ricoveri/tot accessi)		
Revisione dei percorsi e dei processi	4 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Adeguamento delle procedure di Fisica Sanitaria per il trattamento radioterapico di pazienti oncologici allo scopo di ottenere la certificazione regionale per il "PDTA Prostata"	inizio trattamenti entro 2024 + relazione finale
		Corretta compilazione modulistica autopsie ai fini della rendicontazione economica	modulistica compilata entro 30 gg sul totale delle autopsie
		Efficientamento percorsi Pronto Soccorso	Assorbimento codici rossi entro 12 ore dall'accaso in PS
		Efficientamento percorso Ictus	Pazienti con Ictus Ischemico ricoverati in UTN / Pazienti con Ictus Ischemico ricoverati al PUI
		Formazione obbligatoria ai sensi di legge in Risonanza Magnetica per gli studenti dei corsi di laurea e gli specializzandi medici prima di intraprendere attività di MRI.	espletamento dei corsi di formazione + relazione finale
		Implementazione di tecniche di pianificazione VMAT con archi non coplanari per il trattamento radioterapico di pazienti oncologici con tumori cerebrali.	inizio trattamenti entro 2024 + relazione finale
		Ottimizzazione delle risorse	Interventi chirurgici effettuati/interventi chirurgici programmati
		Partecipazione attiva comitato valutazione sinistri	Partecipazione alle riunioni del CVS in almeno il 90% delle sedute
		Predisposizione di reportistica trimestrale di rendicontazione attività svolta su convenzione AMA	report convenzione AMA a giugno, settembre e gennaio 24)
		Procedura operativa per l'accertamento dei Livelli Diagnostici associati alle prestazioni radiologiche ai sensi del D. Lgs. 101/2020, tramite il nuovo sistema di dose-tracking "Physico".	relazione finale + procedura operativa
Qualità servizio PS	Pazienti con esito "non risponde a chiamata o si allontana spontaneamente" sul totale dei pazienti (esito 6 e 8)		



Revisione dei percorsi e dei processi	4 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Relazione semestrale in merito alla centralizzazione dei casi di intossicazione acuta da monossido di carbonio o di intossicazione acuta con insufficienza d'organo, nell'ambito della rete dell'emergenza regionale	relazione su casi intossicazione acuta a giugno e dicembre
		Riapertura del PS e definizione delle procedure	Avvio delle attività entro il 31.12.2024
		Rispetto della programmazione operatoria	Liste trasmesse entro termine/totali liste trasmesse
		Rispetto delle procedure in accettazione	Differenza in minuti tra accettazione amministrativa ed esecuzione prelievo inferiore
		Supporto alle attività di emergenza	Pazienti dimessi sabato e domenica/ tot pazienti dimessi
			Ricovero entro 12 ore dall'arrivo in PS dei pazienti con destinazione ricovero chirurgico
		Supporto alle attività di trapianto	Numero pazienti in lista attiva per trapianto di fegato al 31.12.2024
			Numero pazienti in lista attiva per trapianto di Rene /Proposte nuovi inserimenti in lista
Numero pazienti proposti per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto di polmone			
Tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza)	Tempo mediano di permanenza al DEA per pazienti in codice rosso con esito ricovero		
Bisogni dei pazienti	5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg
			% int x fratture femore (paz >65aa) entro 48 ore
			% parti con taglio cesareo primario (P.Re.Val.E)
			% STEMI con angioplastica nei primi 90'
Valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche	6 - Rispetto adempimenti	Abbattimento liste di attesa	% interventi in classe A/B in lista effettuati nei tempi previsti
		Aumentare la percentuale di ricetta dematerializzata alla soglia del 90%	N° ricette dema / ricette tot (fonte dati informazioni inserite nel sistema TS)
Valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche		Rispetto adempimenti in ambito anticorruzione e trasparenza	Rispetto obblighi formativi in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy

**Obiettivi UU.00. afferenti alla tecnostruttura**

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO	INDICATORE
Revisione dei percorsi e dei processi	Attività, processi ed efficientamento organizzativo	Aggiornamento sito web aziendale	Predisposizione procedura per il popolamento e aggiornamento del sito web aziendale
		Aggiornamento software	Adeguamento del software per la gestione amministrativo contabile al piano dei CDC approvato a febbraio 2024
		Analisi performace DAI 2023 su contributo scientifico alla sperimentazione clinica	Presenza reportistica annuale
		Approvazione PARS 2024	Proposta delibera PARS 2024
		Approvazione regolamento sperimentazione cliniche	Presentazione formale DDG
		attività propedeutiche all'affidamento del servizio di rassegna stampa, monitoraggio e analisi audio-video	Predisposizione e trasmissione alla UOC beni e servizi del capitolato tecnico e indagine di mercato relativa all'affidamento
		Attuazione piani aziendali in tema di prevenzione, sicurezza e controlli	Implementazione dei controlli ambientali secondo i protocolli aziendali
		Attuazione piano aziendale Prevenzione legionella	Implementazione del piano di monitoraggio prevenzione legionella secondo le Procedure aziendali
			Completa valutazione rischio legionella per edificio
		Coordinamento (per quanto di competenza) delle attività necessarie al recupero prestazioni ambulatoriali della UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	Report mensile con indicazione delle attività finalizzate
Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge	Report contenente elenco delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti inseriti nelle singole schede di budget		
Coordinamento per quanto di competenza circa la predisposizione del percorso "azioni di contrasto alla violenza di genere"	Implementazione delle iniziative proposte		



Revisione dei percorsi e dei processi	Attività, processi ed efficientamento organizzativo	Corretta gestione delle attività convenzionali	Trasmissione bozza di convenzione entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta
			Trasmissione bozza di convenzione entro massim 30 giorni dal ricevimento della richiesta
		Creazione/aggiornamento tariffe ALPI (limitatamente all'ALPI allargata in regime ambulatoriale)	Adozione dei provvedimenti amministrativi
		Definizione del Piano di comunicazione 2024	presentazione documentazione formale
		Efficientamento "URP"	Trasmissione report per tipologia di reclamo e encomio con evidenza del trattamento
		Gestione tempestiva delle richieste sindacali	valutazione ed eventuale predisposizione risposta alle richieste sindacali entro 30 giorni dal ricevimento
		Governo del rischio clinico	Predisposizione relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art. 2 c. 5 della L. 24/2017); 2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della L. 24/2017).
		Implementazione attività del Piano Annuale del rischio sanitario (PARS)	Presentazione formale relazione con dettaglio attività rese per la parte di competenza
		Implementazione e messa a regime software HR	Piena funzionalità del software per la gestione delle risorse umane (settore giuridico ed economico) compreso "portale del dipendente" e gestione autorizzazioni on-line
		Implementazione procedura per flusso informativo organi ricevuti e donati	Implementazione di una procedura per la definizione di un flusso informativo relativo agli organi ricevuti e a quelli donati con individuazione di tutti soggetti coinvolti
		Individuazione delle prestazioni afferenti all'area della riabilitazione in coerenza con le riorganizzazioni in atto	Presentazione di un documento che evidenzi la tipologia, e i volumi delle prestazioni evidenziando le modalità organizzative
		Informatizzazione dei processi	Esecuzione attività necessarie all'avvio del portale "DATISALUTE"
		Monitoraggio attività del CVS	Relazione mensile sulle sedute del CVS evidenziando eventuali criticità
Monitoraggio dell'erogazione del servizio infermieristico e di supporto esternalizzato per unità operativa	Produzione report mensile (da produrre entro il mese successivo a quello di riferimento) da trasmettere alla Direzione strategica		



Revisione dei percorsi e dei processi	Attività, processi ed efficientamento organizzativo	Monitoraggio mensile obiettivi di budget UO afferenti ai DAL.	Predisposizione report mensile per monitoraggio obiettivi di budget (monitoraggio da settembre 2024)
		Organizzazione di Giornate di promozione alla donazione	Calendario delle giornate di promozione alla donazione
		Predisposizione contratti individuali entro 30 giorni dal conferimento degli incarichi	data stipula contratto - data conferimento incarico <= 30 gg
		Predisposizione del nuovo regolamento per la disciplina del patrocinio legale in favore dei dipendenti dell'AOU Policlinico Umberto I	Presentazione documento entro il 31.12.2023
		Predisposizione ed adozione procedura	Elaborazione/revisione procedura aziendale in tema di SSL
		Predisposizione ed adozione regolamenti (Affidamento e revoca incarichi dirigenza e comparto, disciplina dei servizi di guardia e pronta disponibilità dirigenza area sanitaria)	Trasmissione documento alla direzione strategica ed eventuale adozione con atto deliberativo
		Predisposizione report mensile con monitoraggio principali indicatori su produzione aziendale	Condivisione report entro il mese successivo
		Predisposizione report mensile finalizzato al monitoraggio delle azioni mirate alla riduzione del sovraffollamento in PS	Dimessi e ricoverati nelle giornate di sabato e domenica indice di occupazione PL per disciplina e UO
		Programmazione tirocini professionalizzanti	Reportistica mensile con programmazione e monitoraggio
		Rendicontazione attività	Effettuazione sopralluoghi presso tutti gli ambienti di lavoro ai sensi art.25, D.Lgs. 81/08
			Rivalutazione del personale under 50 con esonero alle attività ai fini della conferma o del rientro in servizio
		Rendicontazione attività coordinamento donazioni, prelievi e trapianti	alimentazione cruscotto informativo regionale nel rispetto dei tempi concordati
		Revisione regolamento CVS e del percorso per gli adempimenti previsti dalla L. 24/2017	Presentazione documento entro il 31.12.2024



Revisione dei percorsi e dei processi	Attività, processi ed efficientamento organizzativo	Riorganizzazione percorsi assistenziali	Partecipazione per quanto di competenza alla predisposizione dei PDTA (Trauma maggiore, Gestione Sepsi e shock settico, CA colon-retto, CA Polmone, Paziente bariatrico/obesità, CA prostata)
			avvio attività e rendicontazione UDI
			Attivazione progetto TOBIA per la parte di competenza
			Costruzione PDTA (Trauma maggiore, Gestione Sepsi e shock settico, CA colon-retto, CA Polmone, Paziente bariatrico/obesità, CA prostata)
			Redazione documento sul percorso chirurgico per attività non programmate
		Progettazione, sviluppo e avvio PDTA (Trauma maggiore, Gestione Sepsi e shock settico, CA colon-retto, CA Polmone, Paziente bariatrico/obesità, CA prostata)	
		Rispetto adempimenti in ambito CUG	Presenza documentazione avvio delle iniziative e rispetto dei tempi previsti per le attività del CUG
		Rispetto dei tempi indicati dalla Direzione Aziendale rispetto ad atti ritenuti prioritari e progettualità	avvio dei seguenti progetti: Impelentazione CC oncologia progetto Value Based RMA Progetto LEAN oncologia Progetto TOBIA Certificazione ISO 9001:2015 processi trasversali
		Rispetto della pianificazione delle visite periodiche (consegna della pianificazione nominativa delle visite periodiche dei lavoratori inclusa radioprotezione)	Esecuzione di tutte le visite di sorveglianza sanitaria previste dall'art. 41 del D.Lgs 81/08
		Supporto al processo di Budget	Predisposizione schede di budget per tutte le UU.OO del Policlinico
Effettuazione di almeno 2 monitoraggi intermedi con evidenza degli scostamenti rispetto al target (UU.OO. Afferenti ai DAI)			
Supporto alla Direzione strategica per la definizione di accordi/progetti	Predisposizione e formalizzazione degli atti funzionali allo sviluppo del "Programma di osservazione ospedaliera" oggetto dell'accordo tra il Policlinico e il St. Mary's Institute for educational excellence, LLC/Atlantis)		



Revisione dei percorsi e dei processi	Attività, processi ed efficientamento organizzativo	Sviluppo attività a supporto della donazione	% di rifiuto della donazione
		Tempo intercorrente tra segnalazione e contatto con l'equipe sanitaria < 2 ore	Tempo intercorrente tra segnalazione e contatto con l'equipe sanitaria < 2 ore
Valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche		Organizzazione eventi formativi	organizzazione eventi formativi accreditati con ordine dei giornalisti
Prospettiva economica	Economico finanziaria	Accuratezza dati CE	Predisposizione mensile di una relazione (da produrre entro i termini previsti) da condividere con la Direzione strategica, propedeutica alla predisposizione del CE, contenente le informazioni come da format
			Predisposizione trimestrale di una relazione (da produrre entro i termini previsti) da condividere con la Direzione strategica, propedeutica alla predisposizione del CE, contenente le informazioni come da format
		Assicurare il rispetto del budget concordato per conto di costo di competenza	Scostamento tra consuntivo e budget concordato per i conti di competenza
			Report con per monitoraggio mensile del budget formazione
		Attività di controllo del rispetto dei Budget per macrovoci di spesa	Predisposizione report mensile da condividere con la Direzione strategica, propedeutica alla predisposizione del CE, contenente le informazioni come da "linee guida"
		Attualizzazione del debito/credito scaduto	Reportistica mensile e per UO con indicazione analitica delle fatture scadute
		Gestione della Piattaforma per il monitoraggio dei crediti commerciali	$i = \text{media delle rilevazioni del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC / stock di debito risultante dal bilancio di verifica. (i=PCC/STOCK)}$
		Gestione e rendicontazione attività relative alla convenzione con Università "La Sapienza"	Predisposizione report semestrale con rendicontazione attività e segnalazione di criticità e proposte di miglioramento
		Gestione pagamenti alpi	Report mensile contenente i dati per la liquidazione compensi ai medici da produrre entro il giorno 8 del mese successivo e Report mensile per la liquidazione compensi al personale supporto diretto da produrre entro il giorno 30 del mese successivo
		Monitoraggio pignoramenti bancari	report trimestrale da trasmettere al collegio sindacale e al "contenzioso".



Prospettiva economica	Economico finanziaria	Monitoraggio riscossione crediti da strutture private (condiviso con UOC Ref)	Documento di monitoraggio mensile da prodotte entro il 25° giorno del mese successivo
		Predisposizione di reportistica sui tempi di liquidazione fatture x singola UO	Report bimestrale entro il 15° giorno del mese successivo
		Rendicontazione economica attività di ricerca clinica	Report trimestrale da trasmettere alla direzione strategica su incassi e utilizzi
		Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	% fatture liquidate entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura
		Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	N° fatture scadute riferite all'anno 2024 (al netto delle fatture bloccate secondo la metodologia individuata da Regione Lazio)
		Rispetto del budget concordato (solo personale infermieristico)	predisposizione azioni organizzative propedeutiche alla internalizzazione delle strutture afferenti al lotto B
Valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche	Rispetto adempimenti	Ageguamento sistema al nuovo CUR	Modifiche Agende ReCUP e listini ALPI a seguito dell'entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore tariffario e del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale
		aggiornamento codice di comportamento	previo approvazione della Direzione aziendale presentazione documento all'OIV per recepimento parere obbligatorio
		Aggiornamento DVR	Sopralluoghi nei luoghi di lavoro finalizzati all'aggiornamento dei DVR
			Aggiornamento/Redazione DVR di Dipartimento/di reparto
		Aggiornamento portale NSIS	Implementazione delle informazioni relative alle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso il PUI e autocertificazione delle informazioni in ottemperanza al DM 22/04/2014
		Aggiornamento sito internet (pubblicazione documenti in sezione amministrazione trasparente)	Pubblicazione documenti secondo le indicazione del RPTC
Pubblicazione documenti secondo le indicazione del RPTC e aggiornamento portale aziendale con linee di intervento PNRR di competenza della UOC			
Aggiornamento sito internet (pubblicazione documenti PNRR)	Implementazione e aggiornamento portale aziendale con le linee di intervento PNRR di competenza della UOC		



Valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche	Rispetto adempimenti	Avvio delle procedure di raccordo e coordinamento per l'attuazione della normativa vigente in materia di privacy sulla base delle indicazioni del DPO	<p>Predisposizione documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atto di nomina a persona autorizzata al trattamento - atto di nomina a delegato privacy - atto di nomina ai responsabili amministrativi di dipartimento - Predisposizione modello Atto di nomina a Responsabile del trattamento dei dati personali - Predisposizione modelli aggiornati "liberatoria per utilizzo di immagini" e "liberatoria per utilizzo immagini interventi chirurgici"
		Azioni di miglioramento di cui al Piano della Performance regionale	Realizzazione delle attività previste nell'ambito dell'implementazione dei piani di miglioramento contenuti nel Piano delle performance regionali e monitoraggio della performance rispetto alla programmazione aziendale
		codice di comportamento	previa approvazione della Direzione aziendale e del RPTC, presentazione documento all'OIV per recepimento parere obbligatorio
		Incremento ricette dematerializzate	ricette dematerializzate sul totale delle ricette
		Indagine di prevalenza ICA come da PARS 2024	Svolgimento attività previste nel PARS
			Svolgimento attività nelle UO indicate nel PARS
		Monitoraggio rischi interferenti	Riunioni di coordinamento ed aggiornamento dei documenti di valutazione dei rischi interferenti
		Piena implementazione attività di cui al regolamento ALPI	Attuazione delle disposizioni previste nel regolamento ALPI
		Rispetto adempimenti in ambito performance	Predisposizione relazione sulla performance
		Rispetto adempimenti PIAO	predisposizione sezione PIAO di competenza nel rispetto dei tempi previsti per la pubblicazione
Coordinamento Gdl responsabile della predisposizione del PIAO al fine della pubblicazione dello stesso secondo le tempistiche previste			



Valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche	Rispetto adempimenti	Rispetto degli adempimenti relativi alla pubblicazione degli atti su "amministrazione trasparente" anche al fine della predisposizione griglia ANAC	Copertura adempimenti registrati da OIV nell'ambito della predisposizione griglia ANAC
		Rispetto dei tempi e degli adempimenti previsti nell'ambito dei progetti PNRR	rispetto delle milestone previste dai documenti regionali
		Rispetto standard di qualità del Flusso informativo contratti di dispositivi medici. Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati.	La percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi dell'anno oggetto di osservazione (Anno 2024 – Da Gennaio a Dicembre) sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell'anno oggetto di osservazione (2024) ha una copertura maggiore o uguale al 75%. Nel calcolo sono inclusi tutti i dispositivi dotati di codice di repertorio e tipi di dispositivo (tipo DM=1, tipo DM=2), ad eccezione dei dispositivi il cui codice repertorio è appartenente alle categorie CND Q ed L.
		Rispetto standard di qualità del Flusso informativo contratti di dispositivi medici. Percentuale di copertura rispetto al Modello CE.	La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione (anno 2024 – da Gennaio a Dicembre) copre l'80% dei costi rilevati da Modello CE (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)*.
		Rispetto standard di qualità del Flusso informativo contratti di dispositivi medici. Percentuale di copertura rispetto al Modello CE.	La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione (anno 2023 – da Gennaio a Dicembre) copre l'80% dei costi rilevati da Modello CE (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)*.
		Supporto alla Direzione strategica	predisposizione della proposta di nuovo Atto aziendale del Policlinico nel rispetto delle tempistiche di cui alla DGR n.310 del 02.05.24
		Verifiche in ambito ALPI	verifica rispetto rapporto volumi ALPI/SSN per UU.OO.
		Sviluppo attività formativa	Pianificazione e realizzazione eventi formativi in tema di SSL
		formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Organizzazione evento formativo



<p>Revisione dei percorsi e dei processi</p>	<p>Rispetto delle tempistiche e delle procedure aziendali</p>	<p>Flusso file F - rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi</p>	<p>Le trasmissioni dei dati relativi al consumo dei medicinali in Distribuzione Diretta pura (Flusso F) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (anno 2023 – da Gennaio a Dicembre).</p> <p>La trasmissione del Flusso F viene effettuata entro il 10° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale.</p> <p>Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'andamento del costo di acquisto e dei medicinali dichiarati).</p> <p>* Per la valutazione dell'obiettivo verrà verificato il numero di eccezioni straordinarie attivate nel sistema regionale (per accogliere invii tardivi) e l'impatto delle rettifiche trasmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati).</p>
---	--	--	---



<p>Revisione dei percorsi e dei processi</p>	<p>Rispetto delle tempistiche e delle procedure aziendali</p>	<p>Flusso file F - rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi</p>	<p>Le trasmissioni dei dati relativi al consumo dei medicinali in Distribuzione Diretta pura (Flusso F) ed Ospedalieri (Flusso R) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (anno 2023 – da Gennaio a Dicembre).</p> <p>La trasmissione del Flusso F viene effettuata entro il 10° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale.</p> <p>La trasmissione del Flusso R viene effettuata entro il 15° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale.</p> <p>Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'andamento del costo di acquisto e dei medicinali dichiarati).</p> <p>* Per la valutazione dell'obiettivo verrà verificato il numero di eccezioni straordinarie attivate nel sistema regionale (per accogliere invii tardivi) e l'impatto delle rettifiche trasmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati).</p>
---	--	--	--



Revisione dei percorsi e dei processi	Rispetto delle tempistiche e delle procedure aziendali	Flusso file R - rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi	<p>Le trasmissioni dei dati relativi al consumo dei medicinali Ospedalieri (Flusso R) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (anno 2023 – da Gennaio a Dicembre).</p> <p>La trasmissione del Flusso R viene effettuata entro il 15° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale.</p> <p>Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'andamento del costo di acquisto e dei medicinali dichiarati).</p> <p>* Per la valutazione dell'obiettivo verrà verificato il numero di eccezioni straordinarie attivate nel sistema regionale (per accogliere invii tardivi) e l'impatto delle rettifiche trasmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati).</p>
		Gestione acquisizioni e procedure d'acquisto	Recepimento procedure di gare regionali attivate nel 2024
		incremento dispensazione diretta	dispensazioni 2024 rispetto dispensazioni 2023



Revisione dei percorsi e dei processi	Rispetto delle tempistiche e delle procedure aziendali	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 1.3.1	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: A) per tutti gli interventi di cui al CIS (DGR 332/2022) saranno effettuate tutte le attività richieste in qualità di soggetto attuatore delegato (Es: REGIS, documentazione necessaria all'attuazione del CIS, avvio atti propedeutici alla ontrattualizzazione con gli Operatori economici, qualora individuati) per il raggiungimento di milestone e target; B) entro il 30 giugno 2023, così come previsto dal DM di riferimento, conferimento all'infrastruttura FSE regionale dei dati e documenti facenti parti del "nucleo minimo" prodotti dai sistemi aziendali secondo le specifiche tecniche vigenti (FSE 2.0): - referti medicina di laboratorio; - lettera di dimissione; - referti di radiologia; - referto di specialistica ambulatoriale. C) Per tutti gli interventi: regolare contributo al monitoraggio mensile per l'attuazione dell'intervento; rispetto del principio del DNSH ai fini della riconoscibilità del finanziamento, secondo la percentuale green tag indicata negli allegati alla DGR 332/2022, e dei principi del PNRR
		Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	Il raggiungimento dell'obiettivo relativo agli interventi ex art 20 L 67/88 sarà riconosciuto se , ai sensi della L. n. 205/2017 art.1 comma 436 se: - sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi entro 30 mesi dalla data di sottoscrizione dell'accordo di Programma; - sarà comunicata l'avvenuta aggiudicazione entro 18 mesi dall'ammissione a finanziamento. Per gli altri fondi statali: sia rispettata la tempistica prevista nelle specifiche convenzioni stipulate dalla Regione Lazio con gli enti finanziatori.



Revisione dei percorsi e dei processi	Rispetto delle tempistiche e delle procedure aziendali	PNRR Missione 6 C2 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 M6 C2 1.1.2, Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS); Governo delle installazioni di Apparecchiature finanziate con il PNRR : report dei collaudi ultimati e monitoraggio della rendicontazione sulle piattaforme regionali e ministeriali
		Predisposizione del piano di formazione 2024 e relativo atto deliberativo	Presentazione documentazione entro 31.12.2024
		Predisposizione della programmazione triennale degli acquisti per beni e servizi	Predisposizione documentazione contenente la programmazione triennale degli acquisti per beni e servizi
		Proporzione di prestazioni in ricovero ordinario o diurno erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe A
		Proporzione di prestazioni specialistiche erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B
		Rispetto adempimenti e tempistiche per procedure PNRR	Attività erogate rispetto attività previste scostamento tra tempi richiesti e tempistiche di esecuzione attività
		Supporto all'attività di acquisizione beni	Trasmissione alla UOC Beni e servizi della pianificazione acquisti di prodotti farmaceutici e dispositivi medici
Trasmissione alla UOC Beni e servizi dei fabbisogni in tempo alla utile alla indizione delle procedure di gara (indicate nello scadenziario gare)			

2.3 SISTEMI E INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE

Le dimensioni e i numeri del Policlinico Umberto I sono equiparabili a quelli di una cittadina di medie dimensioni con la complessità aggiuntiva di assicurare la gestione di servizi a elevata criticità a tutte le



strutture dell'Ospedale e in particolare alle strutture dell'area dell'emergenza (1 DEA e 4 PP.SS.), 6 terapie intensive, 13 blocchi operatori, 7 sale interventistiche nonché alle strutture di ricovero distribuite nei 46 edifici all'interno del campus e nelle 7 sedi esterne.

I sistemi dell'Azienda Policlinico Umberto I sono utilizzati quotidianamente da circa 8.000 utenti di *dominio* dotati di credenziali di autenticazione personali con le quali accedono a oltre 2.700 postazioni di lavoro desktop, 65 workstation, 800 stampanti di rete e 70 notebook. L'infrastruttura di connettività per la gestione dei sistemi fonia-dati è costituita da circa 270 apparati attivi di rete, oltre 4.000 punti doppi di cablaggio strutturato, 120 VLAN, sistemi di comunicazione analogici (MD110) e VoIP per un totale di circa 5.500 numerazioni telefoniche attive.

Usufruento di una quota dei finanziamenti assegnati nell'ambito del PNRR M6C2 1.1.1. Digitalizzazione DEA, l'Azienda ha avviato un processo di upgrade tecnologico:

- delle postazioni di lavoro in uso continuativamente da più di otto anni dando priorità alle postazioni attive nell'area dell'emergenza (1 DEA e 4 PP.SS.) presso cui sono coinvolti poco meno di 500 operatori turnanti per assicurare le prestazioni in emergenza h24, 7x7
- degli apparati attivi in uso continuativamente da più di 10-15 anni per assicurare la connettività necessaria all'esercizio dei sistemi attraverso la propria infrastruttura di rete costituita da dorsali in fibra ottica per la connessione degli edifici interni ed esterni al campus.

Come disposto dalla Regione Lazio con DCA n. U00257 del 5 luglio 2017 nella logica della gestione dell'emergenza in reti di specialità tempo dipendenti, il Policlinico svolge altresì il ruolo di HUB per le strutture sanitarie Spoke attive sul territorio regionale avvalendosi della piattaforma regionale ADVICE.

2.3.1 Sviluppo e aggiornamento sistemi e infrastrutture - ICT

Nel corso del biennio 2023 – 2024 l'Azienda ha avviato e condotto le attività che continuano nell'es. 2025 necessarie per l'implementazione delle soluzioni applicative utili per la gestione del percorso specialistico dei pazienti in ambito onco-ematologico, nefrologico e di procreazione medicalmente assistita.

A tal fine l'Azienda ha acquisito in manutenzione di licenza d'uso le applicazioni necessarie per la gestione del paziente negli ambiti specialistici citati in premessa e ha proceduto all'avvio del sistema di gestione della *Procreazione medicalmente assistita (PMA)*, della *Gestione della prescrizione delle terapie antiblastiche verso l'UFA* nonché per la *Gestione tramite applicazione dell'acquisizione automatizzata dei parametri necessari del paziente nefrologico* che necessita di essere sottoposto a dialisi.

Avviata in produzione la soluzione applicativa APP Policlinico Umberto I che consente agli assistiti che abbiano una prestazione ambulatoriale prenotata sul sistema RECUP di procedere autonomamente con il pagamento della prestazione oppure con il self check-in della prestazione laddove l'assistito sia esente evitando di doversi recare alle casse ticket dell'Azienda.



2.3.2 Gestione processi clinici interni

In continuità rispetto a quanto avviato nel biennio 2022-2023 per la gestione del paziente nel percorso operatorio che ha reso possibile di attivare per tutte le strutture chirurgiche la redazione del verbale operatorio e della programmazione della Lista operatoria integrata con la gestione della Lista di attesa, nel corso dell'es. 2024 l'Azienda ha avviato un'azione di monitoraggio delle proprie Liste di attesa implementando sul sistema di gestione del percorso operatorio indicatori di *score priority* e indicatori cromatici, per supportare una più efficace ed equa gestione dei ricoveri e degli interventi.

Costante il supporto per l'utilizzo di un sistema intuitivo per la prescrizione dematerializzata integrato con il sistema di gestione del paziente in dimissione dai diversi setting assistenziali (degenza, ambulatoriale o area dell'emergenza) con conseguente costante incremento del numero delle ricette dematerializzate prescritte ai propri pazienti per le visite specialistiche di controllo, per le prestazioni diagnostiche e per la prescrizione dei farmaci individuati per l'avvio della terapia al proprio domicilio senza che l'assistito debba rivolgersi al proprio medico di medicina generale.

Avviata la soluzione applicativa che consente la gestione della Distribuzione Diretta dei farmaci ai pazienti che necessitano di farmaci ad alto costo con gestione integrata dei dati necessari ai flussi di rendicontazione.

2.3.3 Adeguamento e messa in sicurezza sistemi ICT

Costante l'attività dell'Azienda nel condurre interventi finalizzati ad elevare il livello di sicurezza delle infrastrutture tecnologiche dell'Ospedale in un'ottica di *continuous improvement* individuata quale modalità efficace per la gestione della sicurezza. Alle attività condotte nell'ultimo triennio (migrazione del data-center, consolidamento dei sistemi presenti nel Campus, realizzazione di una soluzione di Disaster Recovery) l'Azienda ha aggiunto l'acquisizione di una soluzione di Network Access Control la cui configurazione sarà completata nel corso del 2025 e ha programmato attività di formazione specifica per attuare una maggiore consapevolezza dei propri operatori verso le problematiche della protezione dei dati e della sicurezza. Costante la verifica dell'operato degli Amministratori di sistema, il monitoraggio dei sistemi e l'esecuzione programmata di Vulnerability Management con verifica dei processi di sicurezza attivi e valutazione delle eventuali necessità di adeguamento in ambito security.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa autorizzata dall'Azienda ai propri dipendenti in modalità "agile" è assicurata attraverso la piattaforma AWINGU che impone l'utilizzo del doppio fattore di autenticazione.



2.3.4 Obiettivi MISSIONE 6 P.N.R.R. – Aggiornamento tecnologico digitale

In questo quadro di costante implementazione delle attività e delle soluzioni necessarie al miglioramento delle condizioni di lavoro con conseguente valore aggiunto verso l'utenza, si inquadrano alcune delle attività finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il PNRR definisce un quadro di investimenti e di riforme con obiettivi e traguardi calendarizzati al cui conseguimento è vincolata l'assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall'Unione Europea. Per quanto riguarda gli obiettivi ICT nell'ambito della MISSIONE 6 - SALUTE COMPONENTE M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO DIGITALE - INVESTIMENTO 1.1.1, si riporta di seguito una sintesi:

2.3.5 M6C2 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)) - progetti in essere

Alle prime 5 voci di finanziamento per 5 ambiti tecnologici diversi previsti per l'Area ICT che, congiuntamente contribuiscono all'innalzamento delle infrastrutture e degli applicativi affinché questi ultimi siano in grado di rispettare quanto previsto dalle Linee Guida nazionali pubblicate sulla GU l'11 luglio 2022 per l'attuazione del FSE 2.0, nel corso dell'es. 2024 sono stati aggiunti ulteriori 5 voci di finanziamento.

Le attività progettuali, da condurre aderendo alle iniziative CONSIP (Accordi Quadro e/o Convenzioni) targate PNRR sono in corso di realizzazione per i primi 5 finanziamenti e in corso di definizione/affidamento per i finanziamenti assegnati nella seconda metà dell'es. 2024.

Di seguito una sintesi:

Attività	procedura CONSIP	stato procedura Consip
Cablaggio LAN e Wi-Fi	Convenzione Consip Reti Locali 8	Adesione alla Convenzione "RETI LOCALI Ed. 8 per la fornitura degli apparati switch e degli access point necessari all'Azienda per ampliare o rinnovare gli apparati in uso disposta con delibera n. 0000656 del 24/07/2024
Servizi di sviluppo dell'interoperabilità dei dati sanitari e sviluppo di interfacce applicative, sistemi di message broker e di orchestrazione	AQ System Management	Adesione all'Accordo Quadro SGM per la realizzazione delle integrazioni e delle modifiche evolutive necessarie (upgrade Repository e attivazione gateway) necessarie per l'adeguamento all'architettura prevista dalle Linee Guida 2022 per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 nonché per l'attivazione del modulo di Prescrizione e somministrazione integrato con i sistemi di gestione del paziente ricoverato in uso presso i reparti di degenza dell'Azienda. Completata la configurazione della nuova infrastruttura per



		l'attivazione delle applicazioni a micro servizi, disposto con delibera n. 000050 del 24/01/2024
Sviluppo di APP mobile e servizi on-line per la fruizione di servizi e informazioni al cittadino	AQ Sanità Digitale 2	Adesione all'Accordo Quadro per sviluppo APP orientamento e accettazione paziente - Completato lo sviluppo del progetto con attivazione della funzione di orientamento, di self check-in del paziente esente prenotato, di pagamento e di self check-in del paziente solvente prenotato. App Policlinico pubblicata sullo store Android da dicembre 2023 e sullo store iOS da luglio 2024, adesione disposta con delibera n. 000650 dell'11/08/2023
Fabbisogno tecnologie informatiche – HW postazioni di lavoro	Convenzione PC Desktop e Workstation 2 <i>PC DESKTOP, WORKSTATION e Monitor</i> Convenzione Stampanti 19 e 20	Attraverso le Convenzioni CONSIP citate sono stati acquistati i PC e le stampanti utilizzando le quote del finanziamento previste per l'es. 2023 e per l'es. 2024
Blocchi operatori	Accordo Quadro Sanità Digitale 2	Avviate le attività di adesione all'AQ Sanità Digitale 2 per implementare la soluzione applicativa infrastrutturale che consentirà la rilevazione automatica dei tempi di ingresso/uscita dai Blocchi e dalle sale operatorie
Repository	Accordo Quadro Sanità Digitale 2	Avviate le attività di adesione all'AQ Sanità Digitale 2 per la revisione delle integrazioni applicative necessarie tra i sistemi in uso, il repository aziendale e il gateway regionale per la conseguente alimentazione del FSE 2.0. L'adeguamento prevede anche l'implementazione di un middleware di integrazione tra i gestionali e le catene analitiche di laboratorio
Apparati attivi	AQ Centrali telefoniche 9	Progetto di upgrade della Centrale telefonica in uso presso l'Azienda e delle componenti correlate
Risorse hardware per PDL destinate a funzioni sanitarie e clinico-diagnostiche	Convenzioni CONSIP	Acquisizioni delle componenti hardware e delle periferiche necessarie per assicurare alla PDL clinico-sanitarie l'attivazione delle funzioni di tracciamento delle provette nonché di acquisizione ottica dei dati del paziente per il conseguente check rispetto alle somministrazioni

I finanziamenti previsti dal PNRR consentono di realizzare:

- una rilevante attività di upgrade delle postazioni di lavoro nelle aree con maggiore necessità di



continuità operativa (DEA – PP.SS., area dell'emergenza e delle terapie intensive, Blocchi operatori, attività diagnostiche, gestione del front-office e dell'accoglienza, PDL di reparto);

- l'upgrade della connettività di rete con ampliamento della capacità di banda e conseguente miglioramento delle prestazioni applicative che prevedono la gestione delle immagini;
- l'adeguamento applicativo dei sistemi in uso per la gestione della specialistica ambulatoriale, della refertazione di radiologia, di laboratorio e dell'anatomia patologica per la conseguente produzione dei referti specialistici nel rispetto degli standard nazionali previsti dalle Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico pubblicate l'11 luglio 2022 adottate con DM Salute 20 maggio 2022, finalizzate al conferimento della documentazione sanitaria ritenuta di prioritaria rilevanza per il paziente (referti diagnostici, referti ambulatoriali, lettera di dimissione etc.) al **Fascicolo Sanitario Elettronico regionale**, e di conseguenza verso il FSE nazionale, con conseguente beneficio per un maggiore supporto all'assistito che attraverso un'unica piattaforma applicativa potrà ottenere la propria documentazione sanitaria una volta sottoscritta elettronicamente dal professionista refertante;
- il supporto all'orientamento verso le sedi di erogazione dei servizi e delle prestazioni all'interno della struttura sanitaria tramite la funzione di geo-localizzazione integrata nonché la gestione del self check-in, dell'accettazione e del pagamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali prenotate attraverso il sistema regionale RECUP.

2.4 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA (PTPCT)

Nel 2025, per la prima volta, l'Azienda si è dotata di un software specifico per l'elaborazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza che ha consentito, tra l'altro, la mappatura dei processi in modo lineare e dettagliato.

Il Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2025/2027, così formulato e comprendente tutte le sezioni previste dalla normativa di riferimento, viene allegato al presente documento e ne forma parte integrante.

2.5 PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE

L'art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 ha modificato gli artt. 1, 7 e 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (Testo Unico del Pubblico Impiego - TUPI) prevedendo che *le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità... l'assenza di qualunque forma di discriminazione diretta e indiretta.... nonché un*



ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo... e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno.

La citata legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto, quindi, ex novo, l'obbligo giuridico per le P.A. di generare **benessere organizzativo** e ha previsto l'istituzione del **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** per *le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*, ricostituito in Azienda nel 2022. Il CUG ha presentato, ai sensi dell'art. 48 del dlgs. 11 aprile 2006, n. 198, il *Piano di Azioni Positive (PAP)*, dove la nozione giuridica di "azioni positive" consiste nelle misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro; obiettivo ribadito dal d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

Il PAP, adottato con delibera del Direttore Generale n. 796 del 05/10/2023, è il punto di partenza per l'analisi, lo sviluppo e la realizzazione di iniziative volte a migliorare la produttività e il benessere dei lavoratori, favorendo un clima organizzativo che si oppone a qualunque forma di violenza e discriminazione, con l'intento di creare condizioni di lavoro il più possibile inclusive e rispettose di tutte le diversità, promuovendo le pari opportunità e favorendo l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne.

Le macro aree su cui il CUG svolge la propria attività di competenza sono le seguenti:

1. Benessere Organizzativo
2. Tolleranza zero a qualunque forma di Molestia, Violenza e Discriminazione
3. Conciliazione Vita Privata- Lavoro
4. Parità di genere e Pari Opportunità
5. Formazione

2.5.1 Benessere Organizzativo

Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, (DPR n. 62 del 16/04/2013), novellato dal DPR 13 giugno 2023, n. 81, in particolare sulla dirigenza, recita: *Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il **benessere organizzativo** nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e **rispettosi** tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla **formazione** e all'**aggiornamento** del personale, all'**inclusione** e alla **valorizzazione delle differenze di genere**, di età e di condizioni personali.*

Tutte le azioni e iniziative proposte nel Piano di Azioni Positive, di cui alla presente Sezione 2.5 del PIAO, costituiscono il **Piano di Miglioramento** del Benessere Organizzativo Aziendale che il CUG, nello svolgimento delle proprie funzioni, ha il compito di monitorare proponendo azioni mirate di integrazione e modifica.

Si aggiunga che la Direttiva n. 2/2019 di Funzione Pubblica individua il ruolo centrale del CUG per la crescita della **Cultura del Rispetto** della persona e dell'ambiente.



Le azioni proposte dal Comitato, volte alla promozione di comportamenti che favoriscano il rispetto reciproco, delle persone e dell'ambiente, sono:

- a) lo svolgimento di indagini qualitative sui temi di Benessere organizzativo, Parità di genere, e Conciliazioni vita privata-lavoro, per conoscere le opinioni dei dipendenti su tutte le dimensioni che determinano la qualità della vita e delle relazioni nei luoghi di lavoro, per rilevare la loro percezione delle pari opportunità, anche con attenzione al genere, alla maternità, alle discriminazioni sul lavoro, alle persone fragili. Questa azione costituisce la premessa per il ciclo di lavoro del nuovo CUG e riguarda il miglioramento del benessere organizzativo mediante la conduzione di cicliche indagini sul benessere organizzativo, la successiva analisi dei risultati e l'elaborazione di un Piano per il Miglioramento del Benessere organizzativo. La proposta mira a introdurre per la prima volta un ciclo biennale di svolgimento dell'indagine che consenta all'Amministrazione e al CUG di individuare tempestivamente le eventuali aree di criticità rilevate e di attuare misure che ne favoriscano il graduale superamento;
- b) lo svolgimento di attività di laboratorio per imparare a gestire lo stress personale, proseguendo con i corsi svolti nel 2023 con professionisti della salute mentale;
- c) la redazione e adozione di un Codice di Condotta;
- d) l'adesione all'iniziativa "Riforma-Mentis" promossa da Funzione Pubblica e Formez PA come formazione obbligatoria per il personale aziendale;
- e) supporto del CUG all'attività della Consigliera/e di Fiducia, con funzione di mediazione, prevenzione e/o risoluzione di conflitti;
- f) la promozione dei principi di sostenibilità affinché l'intera Amministrazione si impegni nell'adozione di un modello produttivo in grado di contemplare obiettivi di tutela ambientale, benessere sociale, economia sostenibile per un "Policlinico Ecosostenibile", attivando un circolo virtuoso di iniziative volte a sensibilizzazione e sviluppare una cultura di sostenibilità ambientale.

2.5.2 Tolleranza zero a qualunque forma di Molestia, Violenza e Discriminazione

La Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione 29 novembre 2023: *"Riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme"* riconosce al **CUG** il ruolo di *"osservatore privilegiato e attento conoscitore della situazione del personale dell'amministrazione di appartenenza....importante sensore delle situazioni di malessere collegate alla violenza e alla discriminazione... contribuendo a far crescere la cultura del rispetto nei luoghi di lavoro e, di conseguenza, nei contesti familiari e nella società civile"*.

Per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere, gli strumenti e le azioni individuate dal Comitato Unico di Garanzia prevedono:

- a) l'istituzione di uno Sportello Anti Violenza per



- persone che giungono ai Pronto Soccorso o vengano intercettate dai Servizi Aziendali,
 - dipendenti del Policlinico Umberto I,
 - persone che svolgono attività di didattica e tirocinio;
- b) la realizzazione, per le donne (incluse le dipendenti) che hanno subito una forma di violenza domestica e/o sessuale (maltrattamenti/abusi fisici, sessuali, psicologici, economici, minacce, *stalking* o altro) sole o con figli/e, di un percorso di accoglienza personalizzato che garantisca loro adeguata assistenza sanitaria e sociale, legale, penale o civile o minorile, nonché l'accompagnamento e orientamento nel post dimissione, oltre che protezione e messa in sicurezza, in caso di elevato pericolo, presso strutture dedicate (CAV - Centri Anti Violenza e Case Rifugio);
- c) la sensibilizzazione, per l'emersione della molestia e della violenza nei luoghi di lavoro, attraverso l'informazione e la formazione rivolta a tutto il personale aziendale (circa 5.000 dipendenti) sul fenomeno: dinamiche e caratteristiche, procedure assistenziali, riconoscimento dei segnali, ruolo e funzioni della rete territoriale antiviolenza attraverso corsi specialistici qualificati, tenuti da esperte/i specializzate/i;
- d) la partecipazione a tavoli di sviluppo per la prevenzione e la gestione delle aggressioni nei luoghi di lavoro;
- e) l'adesione a campagne di sensibilizzazione, come ad esempio quella di "Posto Occupato" campagna contro ogni violenza di genere 365 giorni l'anno, la panchina rossa, ecc.;
- f) l'istituzione della figura del Disability Manager (delibera del Direttore Generale n. 796 del 05/10/2023).

2.5.3 Conciliazione Vita Privata- Lavoro

Per una maggior qualità di vita personale e lavorativa, la Direzione e il CUG intendono:

- a) migliorare la "Mobilità casa-lavoro" coinvolgendo il Mobility Manager per individuare soluzioni in grado di favorire sia coloro che sono costretti a far ricorso all'utilizzo del mezzo privato di trasporto sia coloro che utilizzano i mezzi pubblici;
- b) agevolare tutti gli strumenti di flessibilità che la disciplina di settore consente, incluso lo *smart working*, orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, garantendo al personale che documenti gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza (Direttiva 29.12.2023 Ministro per la PA);
- c) consentire la fruizione del Nido-Sapienza e del Centro Estivo anche al personale ospedaliero, al fine



- di conseguire, sul tema, una vera parità di trattamento con il personale universitario;
- d) svolgere attività di informazione al personale sui servizi di cura aziendali e promuovere iniziative rivolte all'attenzione della propria salute;
 - e) individuare opportunità di convenzionamento per agevolazioni riservate al personale aziendale, con esercizi commerciali, agenzie di servizi e altre organizzazioni, anche di carattere culturale e per il tempo libero.

2.5.4 Parità di genere e Pari Opportunità

La creazione di un contesto lavorativo improntato all'equilibrio di genere prevede l'utilizzo di strumenti che contribuiscano a realizzare l'effettiva parità, attraverso azioni mirate, quali:

- a) l'applicazione aziendale delle *Linee Guida sulla Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni* - Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica e Dipartimento per le Pari Opportunità 06.10.2022;
- b) l'adozione di un Regolamento aziendale sul **Linguaggio di Genere**, ossia neutro in termini di genere, non sessista e non discriminatorio, per il suo utilizzo in tutti i provvedimenti e documenti (atti, regolamenti, PDTA, delibere e determinazioni ecc) , nella comunicazione aziendale e in tutti i contesti anche informali: riunioni, seminari, commissioni, ecc.
- c) l'adozione del **Bilancio di Genere**, strumento di analisi e monitoraggio, in un'ottica di genere, delle politiche aziendali e delle risorse di bilancio dedicate mediante il quale rappresentare le spese del bilancio riclassificate contabilmente in chiave di genere (con una serie di indicatori statistici per monitorare le azioni intraprese e per incidere sulle disuguaglianze di genere) e la loro associazione alla struttura del bilancio. Il bilancio di genere è lo strumento identificato per realizzare una maggiore trasparenza sulla destinazione delle risorse di bilancio e sul loro impatto su uomini e donne, consentendo un'analisi dell'impatto sul genere delle principali misure intraprese.

2.5.5 Formazione

Il DPR 13 giugno 2023, n. 81, ha novellato il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, (DPR n. 62 del 16/04/2013 introducendo l'art. 4-bis che prevede: *Il dirigente cura la crescita professionale dei collaboratori, favorendo le occasioni di formazione e promuovendo opportunità di sviluppo interne ed esterne alla struttura di cui è responsabile.*

Il CUG ha individuato per ogni area tematica di competenza la formazione necessaria a tutto il personale per condividere gli obiettivi della Direzione Strategica:

Corso di formazione e informazione sul Comitato Unico di Garanzia rivolto a tutto il personale



aziendale: disciplina di riferimento, funzioni, attività e programmazione.

Corso di formazione specialistico obbligatorio sul fenomeno della violenza, fruibile in modalità mista, in presenza e asincrona (FAD) per fornire:

- adeguata conoscenza della rete antiviolenza;
- strumenti per un'attenta lettura dei segnali e per facilitare l'emersione della violenza nei luoghi di lavoro, anche quando non dichiarata;
- conoscenza dei principali effetti della violenza maschile sulla salute psico-fisica e sulle conseguenze sociali per le donne colpite e i figli minori;
- conoscenze necessarie per acquisire competenze in merito alla valutazione del rischio di recidiva e ri-vittimizzazione;
- strumenti per analizzare e monitorare l'efficacia degli interventi, con l'obiettivo di:
 - condividere la cornice concettuale, legale e metodologica del fenomeno,
 - condividere prassi operative, procedure, linguaggi,
 - costruire una rete efficace di accoglienza che sappia rispondere alle diverse esigenze delle utenti.

Corso di formazione specialistico per la gestione dello stress individuale.

Considerata la grande partecipazione e il forte successo delle edizioni 2023 del corso per la gestione dello stress, il Comitato di Garanzia ne promuove la prosecuzione, in accordo con la Direzione Strategica. Tramite la psicoeducazione si vuole fornire ai partecipanti le informazioni necessarie ad apprendere in maniera più approfondita i temi della resilienza, del supporto del gruppo, della gestione delle emozioni e dello stress; accompagnando il lavoro con dei laboratori pratici volti alla ricerca di strategie e tecniche per implementare il benessere dell'individuo nell'ambito personale e lavorativo. L'intento è quello di offrire delle modalità funzionali per affrontare l'emergenza, che possano essere utilizzate sia durante che dopo l'evento stressante, al fine di acquisire delle capacità e delle competenze utili per lo svolgimento del lavoro, diminuendo il rischio di incorrere nel burn-out.

Corso di autoformazione online, da rendere obbligatoria, "Riforma-Mentis" per innalzare il livello di consapevolezza da parte del personale **sul tema delle molestie di genere**:

- riflettere sui segnali deboli, sui contesti e sui comportamenti molesti sul luogo di lavoro;
- approfondire le conseguenze psicologiche, organizzative e legali della molestia sul luogo di lavoro;
- condividere un approccio sulla gestione degli eventuali casi di molestie;
- definire pratiche preventive utili a garantire un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso del principio della parità di genere;
- individuare gli strumenti e i percorsi di tutela disponibili rispetto alla protezione delle vittime.

Eventi dedicati all'informazione e alla sensibilizzazione su discriminazioni molestie e mobbing e sui



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

diritti delle persone LGBTQIA+.

2.5.6 WELFARE aziendale:

Il Piano Welfare aziendale è un insieme di prestazioni che l'azienda eroga a favore dei dipendenti sotto forma di benefit rimborsabili o attraverso la fornitura diretta di servizi, al fine di incrementare il benessere delle lavoratrici e dei lavoratori e dei loro familiari.

Il CUG sarà promotore dell'attuazione di tale obiettivo.

La proposta del Piano Azioni Positive è, quindi, come detto, articolata su azioni, relative alle tematiche di competenza del CUG.

Si richiama, in particolare in tutte le azioni proposte, il carattere innovativo, strutturale e permanente dei temi proposti.



SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'azienda è stata oggetto di diversi interventi di modifica, come specificatamente descritto alla precedente Sezione 1 – Scheda anagrafica dell'Azienda alla quale si rimanda

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

In Italia il lavoro agile è stato introdotto dall'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 che comporta una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto.

Superata la fase emergenziale legata al COVID l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I autorizza ai propri dipendenti l'accesso alla modalità agile sulla scorta delle specifiche disposizioni interne adottate volte a precisare le condizioni prioritarie di accesso al lavoro agile, in coerenza con le previsioni normative nel tempo vigenti, quali il Regolamento aziendale in materia approvato con deliberazione n. 17 del 9.1.2023 in attuazione della normativa nazionale vigente, in raccordo con quanto previsto dall'art. 14, L. 7 agosto 2015 n. 124 e in osservanza della Legge 22 maggio 2017, n. 81 e s.m.i.

Detto Regolamento si applica a tutto il personale dipendente dell'Azienda, a tempo indeterminato o determinato, e al personale universitario funzionalmente assegnato all'Azienda, anche con contratto part-time o con impegno orario ridotto, nonché al personale comandato in ingresso, le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività della Struttura di afferenza.

Sono, invece, esclusi dall'ambito di applicazione del Regolamento e, pertanto, non sono ammessi allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile i dipendenti che: svolgono attività di cura e di assistenza diretta che, per loro natura, devono necessariamente essere espletate nelle sedi aziendali, nei presidi ospedalieri e nelle sedi territoriali; svolgono attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico; svolgono attività per le quali è necessaria la presenza nella sede di lavoro aziendale (per esempio, magazzino, laboratori, ecc.); svolgono attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto.

Alla luce di quanto sopra, il Regolamento non si rende applicabile al personale sanitario, fatto salvo per le sole attività espletabili da remoto e nei periodi in cui l'attività non prevede l'erogazione diretta dell'assistenza.



L'introduzione del lavoro agile è finalizzata a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa, garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Nel Regolamento vengono indicati i criteri e le modalità attraverso i quali viene o meno concessa al dipendente l'autorizzazione a svolgere l'attività lavorativa in modalità agile.

L'Azienda ha emanato sull'argomento una circolare operativa con nota prot. 4873 del 06.02.2023 integrata con nota prot. 15888 del 21.04.2023. Inoltre, stante quanto previsto dal decreto milleproroghe (D.L. 30.12.2023 n. 215), il quale non ha prorogato ulteriormente i termini dello smart working emergenziale per i lavoratori fragili del pubblico impiego, tutti i dipendenti "fragili" dall'anno 2024 debbono attenersi alle procedure aziendali previste dal Regolamento suddetto qualora operanti in SW.

La U.O.C. Amministrazione del Personale sulla base della documentazione acquisita provvede agli adempimenti conseguenti e necessari per regolarizzare la richiesta di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

L'autorizzazione alla prestazione lavorativa in modalità agile è concessa dall'Azienda fino al 31.12 dell'anno di riferimento, eventualmente rinnovabile, garantendo da parte del/della dipendente la continuità della prestazione lavorativa fino alla nuova assegnazione degli obiettivi annuali dell'esercizio successivo.

Difatti anche per l'anno 2025, con nota prot. 50850 del 30.12.2024, l'Amministrazione ha comunicato la proroga dei contratti in essere fino al 31.01.2025 al fine di consentire l'espletamento delle procedure di rinnovo in presenza delle medesime condizioni o di specifica nuova autorizzazione in caso di modifica delle condizioni del contratto già stipulato.

La U.O.C. Amministrazione del Personale sulla base della documentazione acquisita provvede agli adempimenti conseguenti e necessari per regolarizzare la richiesta di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

Nella prima fase di sperimentazione, l'autorizzazione alla prestazione lavorativa in modalità agile è stata concessa dall'Azienda per un periodo fino al 31.12.2023, eventualmente rinnovabile, garantendo da parte del/della dipendente la continuità della prestazione lavorativa fino alla nuova assegnazione degli obiettivi annuali dell'esercizio successivo. In merito, con nota prot. 46704 del 29.12.2023, l'Amministrazione ha comunicato la proroga dei contratti in essere fino al 31.01.2024 al fine di consentire l'espletamento delle procedure di rinnovo in presenza delle medesime condizioni o di specifica nuova autorizzazione in caso di modifica delle condizioni del contratto già stipulato.



3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO

Il PTFP si configura come un atto di programmazione ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo n. 165 del 2001 ed in base all'articolo 6, comma 4, del d.lgs. 165/2001 esso viene adottato annualmente nel rispetto delle previsioni di cui ai commi 2 e 3 ed è approvato secondo le modalità previste dalla disciplina dei propri ordinamenti.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale individua nel medio termine, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi, le risorse umane necessarie all'espletamento delle attività, superando il tradizionale concetto di dotazione organica statica che diventa invece dinamica e quindi tale da ridefinirsi quantomeno con un orizzonte triennale. Resta sullo sfondo la possibilità di mantenere la cosiddetta dotazione organica "a tendere" che esprime la consistenza delle figure professionali auspicabili per la migliore efficienza delle strutture.

In linea generale la scrivente Direzione continua ad operare, parallelamente all'implementazione delle risorse umane necessarie, affinché trovino sempre più ampia diffusione ed attuazione manovre di razionalizzazione, efficientamento nonché di qualificata organizzazione del lavoro, avuto riguardo anche all'allocazione delle risorse umane disponibili e in ordine alla valutazione delle professionalità già esistenti e delle possibili modalità di riutilizzo, nella logica di impulso alle linee strategiche ritenute "core" in ragione della mission e del posizionamento strategico rispetto ai competitors.

Premessa di contesto - Personale Universitario e personale SSR – caratteristiche e criticità

Nella scrivente Azienda Ospedaliero-Universitaria, costituita ai sensi del Digs. 517/1999, la componente di personale universitario era, all'atto dell'istituzione, ovviamente preponderante rispetto al personale del SSR seppur negli anni si è reso necessario integrare detta componente anche con personale del SSN.

Difatti, in particolare per la compagine medica, alla cessazione del personale universitario docente e ricercatore con attribuite le funzioni assistenziali, se non reintegrati dall'Ateneo, l'Azienda ha provveduto all'assunzione di dirigenti medici del SSN. Per detta tipologia di personale le ore dedicate all'assistenza sono pari a 28 ore settimanali rispetto alle 38 ore del personale SSR. Ciò comporta, nel calcolo del Full Time Equivalent (FTE) che per ogni figura della dirigenza medica e sanitaria non medica del SSR corrisponda solo lo 0.74% del personale universitario.

La scrivente Direzione aziendale, a seguito della proposta del nuovo Atto Aziendale effettuata nel 2024 attualmente al vaglio della Regione Lazio, ha già posto in essere le fasi propedeutiche alla definizione del nuovo sistema degli incarichi dirigenziali e alla relativa graduazione delle funzioni prevedendo quindi nel corso dell'anno 2025 di procedere con l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 6 D.Lgs. 517/99.



3.3.1 Programmazione strategica delle risorse umane – criteri osservati

L'Azienda ha formalizzato il Piano Triennale del fabbisogno del personale 2024-2026 a mezzo nota prot. 33902 del 19/09/2024 redatto secondo le specifiche indicazioni impartite dalla Regione Lazio con nota prot. U1024381 del 14/08/2024 e a seguito di più riunioni intercorse presso la sede regionale per approfondimenti necessari a seguito dell'applicazione della metodologia AGENAS mirata alla corretta individuazione dei fabbisogni aziendali.

Nella redazione del piano sono stati considerati i seguenti fattori relativamente a ciascuna annualità del triennio di riferimento: il personale in servizio al 1^o gennaio, la relativa spesa prevista per lo stesso nel medesimo anno, il risparmio per le cessazioni programmate il costo delle assunzioni, rapportate alle mensilità incidenti sul relativo esercizio, definite sulla base delle priorità condivise dalla direzione strategica in relazione alle singole figure professionali necessarie per adeguare gli organici delle varie strutture.

Si specificano di seguito gli interventi che la Direzione aziendale ha intenzione di porre in essere nel triennio di riferimento al fine di migliorare ed ampliare i servizi offerti all'utenza con impatto sul fabbisogno di personale:

- Abbattimento delle liste di attesa chirurgiche
- Potenziamento attività dell'area pediatrica
- Potenziamento attività area radiologica
- Attivazione nuovo reparto di medicina interna
- Attivazione Centrale Operativa Territoriale (COT)

L'Azienda intende inoltre proseguire nel processo di internalizzazione del servizio infermieristico e di supporto e nel dare seguito, secondo le specifiche indicazioni regionali, alle procedure di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di legge per come dettagliato di seguito.

Nel corso dell'anno 2024 le Aziende Sanitarie di Roma sono state coinvolte nelle azioni di intervento preordinate all'accoglienza dei pellegrini per il Giubileo ordinario 2025, il cui piano è stato approvato con DPCM del 10 aprile 2024.

La Regione Lazio, a seguito della definizione del cronoprogramma delle procedure tecnico-amministrative relative alle azioni inerenti la "Sanità" di cui all'allegato 1 del citato DPCM, ha trasmesso la documentazione inerente le risorse economiche assegnate a ciascuna Azienda per l'assunzione di personale per il potenziamento dell'assistenza e soccorso dei pellegrini del Giubileo 2025, tra le quali quelle assegnate a questo Policlinico, pari ad € 9.274.337,49.

Con nota prot. n. U0701530 del 29 maggio 2024, la Regione Lazio, in relazione alla pianificazione delle procedure assunzionali del personale in argomento, ha trasmesso il cronoprogramma delle procedure e degli scorrimenti di graduatoria da avviare per ciascuna Azienda e profilo, in forma aggregata o autonoma,



da considerare autorizzate con la nota stessa.

Per le suddette assunzioni è stata stabilita la decorrenza dei contratti di lavoro a tempo determinato dal giorno 1° dicembre 2024, fatta salva la possibilità di una decorrenza successiva a tale data, con scadenza fino e non oltre il 31 dicembre 2025.

3.3.2 Vincoli economici finanziari

Il Piano dei fabbisogni triennio 2024-2026 è coerente con le risorse economiche attribuite a questa Azienda nel BEP 2024, pari ad € 242.042.000, e 2025 pari ad € 264.218.066 comprensivi del finanziamento dedicato alle assunzioni del personale per le esigenze straordinarie del Giubileo 2025.

Sulla scorta di dette risorse è possibile programmare nell'ambito del Fabbisogno anno 2025 le residuali assunzioni già autorizzate per l'anno 2024 e non attuate in corso d'anno.

Si richiama inoltre la nota prot. n. U1552488 del 17/12/2024, acquisita al protocollo generale dell'Azienda il 18/12/2024 con n. 49380, con la quale la Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria Aree Risorse Umane della Regione Lazio, nelle more della conclusione dei percorsi di stabilizzazione e del perfezionamento delle nuove acquisizioni di personale per i profili oggetto di autorizzazione da parte della Regione stessa, al fine di garantire la prosecuzione dei servizi, ha autorizzato la proroga dei contratti a termine in essere, la cui scadenza era fissata al 31/12/2024, fino al 30/06/2025.

3.3.3 Pianificazione assunzioni nel triennio

Allo stato attuale il Piano assunzionale 2024-2026 non è ancora approvato dalla Regione Lazio e pertanto, dovendo rispettare i termini di adozione del PIAO, si rinvia quindi ad un atto separato che sarà reso pubblico con le dovute modalità. Lo stesso procedimento riguarderà il Piano assunzionale 2025-2027.

3.3.4 Internalizzazioni

L'Azienda è impegnata da diversi anni in un processo di internalizzazione delle competenze del personale infermieristico e di supporto che ha visto la progressiva acquisizione di perimetri e setting assistenziali coerenti con l'implementazione del modello di complessità assistenziale e continuità di presa in carico.

Il processo di internalizzazione, rallentato dalla fase pandemica è ripreso e, da aprile 2021, in coincidenza con il cambio appalto, si è avviato il processo di configurazione secondo percorsi integrati e sostenuti da personale infermieristico e di supporto.

In particolare alla data del 01.01.2025 risultano ancora attivi due lotti del servizio in oggetto nelle consistenze sottoriportate:



NUOVE CONSISTENZE LOTTO 1 (A)		INFERMIERI	OSS
Struttura	Tipologia di servizio	N. infermieri N	N. OSS
EMATOLOGIA ESTERNA	Pronto soccorso ematologico	16	6
EMATOLOGIA ESTERNA	DH	5	0
Pediatria	O.B.I. Pediatrico	11	2
PRIMA E TERZA CHIRURGICA	SALA OPERATORIA	2	0
		34	8
NUOVE CONSISTENZE LOTTO 2 (B)		INFERMIERI	OSS
Struttura	Tipologia di servizio	N. infermieri N	N. OSS
Neurologia	Degenza Ordinaria-Neurologia1	11	5
Neurologia	Degenza Ordinaria-Neurologia 2 Stroke	21	8
Neuro chirurgia	Degenza NCH	21	6
Neuro chirurgia	Camera Operatoria	14	8
Urologia	Degenza Ordinaria Ortopedia	22	18
		89	45
TOTALE DEI 2 LOTTI		123	53

Dette consistenze, essendo riferite ad un servizio, sono da intendersi in termini di FTE e pertanto il corrispondente numero del personale da reclutare con rapporto di lavoro a tempo indeterminato risulta complessivamente pari a n. 145 unità di Infermiere e n. 63 unità di Operatore Socio Sanitario.

L'Azienda ha programmato nel corso dell'anno 2025 la chiusura dei suddetti lotti subordinandone l'attuazione ai necessari reclutamenti sia di personale infermieristico che di supporto nelle opportune entità.

3.3.5 Percorsi di stabilizzazione

Nel corso dell'anno 2024 l'AOU Policlinico Umberto I, in applicazione dell'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234/2021 e s.m.i., ha proceduto con l'espletamento di avvisi pubblici per la stabilizzazione di personale del comparto e della dirigenza precario ed in possesso dei requisiti ivi previsti, che erano stati indetti nel mese di dicembre 2023 con relativo bando pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana alla fine del mese di febbraio 2024.

Attraverso l'espletamento dei suddetti avvisi pubblici e attraverso l'utilizzo di graduatorie concorsuali valide di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, a seguito di opzione autorizzata per i casi indicati nella determinazione regionale n. G 05286 del 18.04.2023, sono state stabilizzate con rapporto di lavoro a tempo indeterminato le seguenti unità di personale:



Profilo	Unità
D.M. - Anestesia e Rianimazione	4
D.M. - Malattie dell'Apparato Respiratorio	2
D.M. - Medicina d'Emergenza-Urgenza	9
D.M. - Medicina Interna	5
D.M. Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	1
Dirigente Biologo	8
Infermiere	22
OSS	32
Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	2
Totale complessivo	85

Inoltre, nel mese di novembre e dicembre 2024 sono stati indetti, in applicazione dell'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234/2021 e s.m.i., ulteriori avvisi pubblici i cui bandi, sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana con scadenza per la presentazione delle domande a gennaio 2025.

In esito all'espletamento delle suddette procedure verranno stabilizzate le seguenti unità di personale precario:

Dirigenza

Profilo	Disciplina	Posti
Dirigente Medico	Anestesia e Rianimazione	8
Dirigente Medico	Malattie Infettive	7
Dirigente Medico	Medicina d'Emergenza-Urgenza	1
Dirigente Medico	Pediatria	1
Dirigente Medico	Urologia	1
Dirigente Farmacista	Farmacia Ospedaliera	2
Totale complessivo		20

Comparto

Profilo	Posti
Fisioterapista	1
Infermiere	3
Operatore Socio Sanitario	22
Totale complessivo	26

3.3.6 Strategie per soddisfare i fabbisogni di personale

Al netto delle procedure sopra indicate, per il restante personale da reclutare si ritiene di dover procedere



al reperimento di graduatorie utili, ovvero alla valutazione di bandire concorsi ad hoc ovvero aggregarsi a procedure che la Direzione regionale dovesse ritenere di autorizzare.

Allo stato, la situazione risulta essere la seguente.

Avvisi Mobilità Nazionale

Profilo	Disciplina	Posti
Dirigente Medico	Patologia Clinica	2
Dirigente Medico	Medicina Trasfusionale	4
Dirigente Medico	Ematologia	1
Collaboratore Amministrativo Professionale		2
Totale complessivo		3

Aggregazione a Concorsi di altre Aziende del SSR

PROFILO	POSTI	AZIENDA
DM - Anestesia e rianimazione	13	ASL Roma 1
DM - Radiodiagnostica	5	AO San Camillo Forlanini
DM - Oncologia	2	AO San Giovanni
Dirigente Amministrativo	1	AO San Giovanni
Dietista	5	ASL Roma 2
Operatore Socio Sanitario	25	PTV
Logopedista	1	ASL Roma 1
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	11	AOU Sant'Andrea
Tecnici Neurofisiopatologia	2	ASL Roma 1

Concorsi pubblici

PROFILO	POSTI	NOTE
Dirigente Fisico	1	concorso da bandire con aggregazione altre Aziende
Assistente Tecnico - Informatico	11	concorso riservato ex lege 68/99 art. 1
Assistente Amministrativo	6	concorso riservato ex lege 68/99 art. 18, c. 1 -

Collocamento obbligatorio

PROFILO	UNITA'	MODALITA'
Assistenti Amministrativi	6	avviamento riservato ex lege 68/99
Operatore Tecnico - addetto all'informatica	11	avviamento riservato ex lege 68/99



3.3.7 Assunzioni con rapporto di lavoro a tempo determinato per le esigenze sanitarie straordinarie del Giubileo ordinario 2025

Con la menzionata nota prot. n. U0701530 del 29 maggio 2024, la Regione Lazio, in relazione alla pianificazione delle procedure assunzionali del personale da reclutare con rapporto di lavoro a tempo determinato per il potenziamento dell'assistenza e soccorso dei pellegrini del Giubileo 2025, ha autorizzato questa Azienda all'assunzione delle seguenti unità:

Profilo	Disciplina	Unità
Dirigente Medico	Cardiologia	5
Dirigente Medico	Chirurgia Generale	7
Dirigente Medico	Medicina d'Emergenza-Urgenza	16
Dirigente Medico	Medicina Interna	3
Dirigente Medico	Neurologia	3
Dirigente Medico	Oftalmologia	6
Dirigente Medico	Ortopedia	3
Dirigente Medico	Pediatria	3
Dirigente Medico/Odontoiatra	Odontoiatria	3
Dirigente Biologo	Patologia Clinica	2
Assistente sociale		1
Tecnici di Laboratorio Biomedico		2
Infermiere		66
Operatore Socio Sanitario		21
Totale complessivo		141

3.3.8 Incarichi di Struttura complessa dell'Area Sanitaria

Riguardo le Unità Operative Complesse dell'Area Sanitaria, si evidenzia che questa Azienda, nel PTFP 2024 - 2026, per l'anno 2024, ha previsto l'affidamento a personale universitario dell'incarico di direzione, ad inizio anno vacante, delle seguenti strutture per il quale è stata chiesta e ottenuta l'autorizzata regionale a procedere:

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA	DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA
UOC Chirurgia Orale	DAI Testa-Collo
UOC Endocrinologia, Malattie del Metabolismo, Andrologia	DAI Medicina Interna, Scienze Endocrino-Metaboliche e Malattie Infettive
UOC Geriatria	DAI Medicina Interna e Specialità mediche
UOC Ginecologia Chirurgica e Oncologia	DAI Materno Infantile e Scienze Uroginecologiche



UOC Ortopedia e Traumatologia	DAI Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica e Ortopedia
UOC Psichiatria	DAI Neuroscienze e Salute Mentale
UOC Radioterapia	DAI Ematologia, Oncologia e Dermatologia
UOC Urologia	DAI Materno Infantile e Scienze Uroginecologiche

Per tutte le suddette UOC sono in corso le procedure per l'affidamento dell'incarico ad eccezione della UOC Chirurgia orale per la quale è stato concluso l'iter per l'individuazione del relativo Direttore.

Inoltre, per l'anno 2024, è stato previsto l'affidamento a personale del SSR dell'incarico di direzione, che si è reso vacante nel corso dell'anno per pensionamento o aspettativa del titolare, delle seguenti Strutture per il quale è stata chiesta e ottenuta l'autorizzata regionale a procedere

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA
UOC Gestione delle Professioni Sanitarie
UOC Farmacia
UOC Organizzazione delle Attività Sanitarie

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il sistema ECM prevede l'accreditamento di attività formative che riguardano l'aggiornamento e la formazione su competenze specifiche finalizzate ad uno sviluppo continuo di un "professionista" nell'ambito di percorsi di base accademici (laurea e/o specializzazione) che costituiscono ufficialmente il "core curriculum" di una professione/disciplina/area professionale. I valori guida intorno ai quali si declina la Formazione Continua in Medicina nell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma sono:

- efficacia, quindi la ricerca e lo sviluppo di metodologie formative necessarie per determinare i comportamenti professionali attesi e la loro declinazione nei contesti di lavoro;
- appropriatezza, quindi l'adeguatezza dei percorsi formativi rispetto ai bisogni di competenze che esitano dalla relazione del professionista con la sua organizzazione di appartenenza;
- etica, ovvero la consapevolezza che la finalità di ogni intervento formativo è il miglioramento della qualità delle cure, tutelando i setting di apprendimento da qualsiasi possibile interferenza di interessi che non abbia in questa finalità il suo chiaro indirizzo; Oggi, la necessità dettata dalla normativa di individuare gli obiettivi formativi attraverso l'analisi dei bisogni e di valutarne il raggiungimento induce le strutture sanitarie a una maggiore attenzione metodologica sul processo (tempi e funzioni dedicate) ed a un coinvolgimento più capillare e formalizzato di tutti i livelli organizzativi aziendali. La rilevazione del fabbisogno formativo acquista una rilevanza particolare ed evita il rischio di aumentare la forbice tra gli investimenti per lo sviluppo professionale e i risultati organizzativi.



3.4.1 Analisi di contesto

La formazione continua e l'aggiornamento professionale, rappresentano uno strumento necessario per favorire il cambiamento di comportamenti individuali e collettivi nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel contesto organizzativo dell'azienda e per promuovere lo sviluppo professionale a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi; pertanto, svolge un ruolo prioritario in tutti gli ambiti organizzativi in cui la qualità delle "prestazioni" dipende essenzialmente dalle risorse umane e dall'organizzazione delle relative attività, migliorando la qualità delle prestazioni rivolte ai cittadini.

3.4.2 Piano formativo aziendale 2024

È lo strumento della Direzione Strategica, che definisce modalità, risorse e leve formative per supportare il perseguimento degli obiettivi di sviluppo aziendale e professionale. Si è provveduto all'individuazione di criteri omogenei che hanno consentito di operare la classificazione degli eventi formativi, sviluppando le capacità dell'operatore a muoversi in una realtà complessa quale è l'organizzazione sanitaria. Gli obiettivi comuni e condivisi valorizzano tutte le risorse disponibili in questo modo la formazione diventa strumento strategico per la gestione delle risorse umane, per lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità e per lo sviluppo del sistema. Il Piano Formativo Aziendale nel 2024, in corso di formalizzazione, prevede n. 137 progetti formativi, dei quali 111 eventi accreditabili in ECM. Ciò consentirà un aggiornamento puntuale delle competenze individuali e di innovare le attività degli operatori in modo da rispondere alle aspettative del territorio ed anticiparne i bisogni.

I corsi sopramenzionati coinvolgono, grazie al lavoro dei facilitatori della formazione presenti in ciascun Dipartimento clinico e struttura dell'Area Centrale, tutte le aree che compongono l'azienda sia di ambito clinico assistenziale che quelle tecnico-amministrative. Per quanto riguarda in particolare i progetti di formazione della direzione strategica sono stati individuati come focus lo sviluppo della leadership organizzativa e del teambuilding e le metodologie di project management, per lo sviluppo di competenze che rappresentano leve fondamentali per il cambiamento.

3.4.3 Aggregazione corsi per area tematica formativa

Sintesi Aree Formative	N° Eventi
Accreditamento Istituzionale	11
Appropriatezza Delle Prestazioni	2
Comunicazione	5
Donazione Trapianti	3
Etica -Bioetica e Deontologia	1
Evidence Base Practice	1



Health Tecnology Assessment	2
Management Sanitario	10
Percorsi Clinico Assistenziali	62
Sanita' Digitale	15
Sanita' Digitale	1
Sicurezza e Igiene Ambienti di Lavoro	3
Sicurezza del Paziente e Risk Management	9
Umanizzazione delle Cure	8
Somministrazione Stupefacenti	1
	137

Eventi esterni

Per quanto concerne gli eventi esterni, il Personale Tecnico Amministrativo potrà partecipare a n. 25 eventi formativi, erogati da società esterne specializzate in aggiornamenti di natura tecnica formando così 50 dipendenti.

Budget di Formazione

Spese di accreditamento	(conto 502020301)	€ 50.000,00
Spese per docenti/società esterni)	(Conto 502020302)	€ 140.000,00
Spese per rimborsi viaggio, vitto e alloggio)	(Conto 502020119)	€ 10.000,00
Spese pagamento dei docenti/tutor interni all'Azienda	(Conto 502020399)	€ 50.000,00

Formazione in tema di sicurezza sul lavoro - D. Lgs. 81/08

La Formazione sulla sicurezza sul lavoro è un tema che assume una connotazione rilevante soprattutto all'interno di un policlinico universitario e le risorse che possono essere dedicate a questa attività sono numerose e diffuse nell'organizzazione aziendale e devono essere valorizzate.

Al contempo, in considerazione della necessità di garantire una risposta capillare e continuativa al fabbisogno formativo previsto dagli obblighi di legge, a partire dal 2020 è stato necessario ricorrere a contratti con agenzie formative esterne (vedi Delibera DG n. 1125 del 26/11/2020 "Affidamento dei Servizi di progettazione corsi di formazione multimediali [...] e Delibera DG n. 655 del 25/06/2021 "Adesione alla convenzione stipulata tra Consip S.p.A. e il RTI composto da Sintesi S.p.A. (mandataria [...])", in grado di garantire una copertura del fabbisogno obbligatorio in tema di sicurezza secondo quanto descritto nei rispettivi programmi di corsi a distanza e in presenza (vedi nota SPP al Direttore Generale



prot. n. 0037956 del 19/10/2022, avente come oggetto “Analisi del fabbisogno formativo anno 2022 in tema di salute e sicurezza sul lavoro e proposta di Piano Formativo 2022/23”).

Le proposte formative presentate per l’anno 2023 e 2024 quindi, dall’esame della Delibera di acquisizione dei servizi formativi (Delibera n.0655 del 25/6/21), risultano essere coperte in gran parte dall’offerta di servizi da parte della ditta esterna aggiudicataria, tranne per alcune fattispecie che dovranno essere coperte con soluzioni alternative a quelle deliberate.

Tutto ciò si realizza su un’attenta analisi del fabbisogno formativo realizzata tramite una ricognizione della formazione pregressa a seconda dei destinatari, anche in base alle informazioni pervenute dagli uffici competenti al SPP, che hanno permesso di trasmettere indicazioni e chiarimenti relativamente al Piano Formativo Aziendale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I per l’anno 2023-2024, tenuto conto anche delle novità apportate dal D.L. 146/2021. Per attuare in maniera efficace e mirata il piano formativo, dal 2023 il SPP si è avvalso di:

- Una piattaforma *on line* per l’iscrizione ai corsi per la gestione dei processi formativi.
- La disponibilità di un’aula dedicata esclusivamente alla formazione sulla sicurezza sul lavoro e l’utilizzo, nei periodi estivi, delle aule universitarie.
- L’erogazione a distanza di alcuni corsi, in sincrono e in asincrono, nei limiti previsti dalla normativa.
- Il coinvolgimento dei Direttori DAI, dei Dirigenti e dei Preposti nella promozione alla partecipazione ai corsi. A partire dall’autunno 2023, i preposti possono iscrivere direttamente dei lavoratori a loro afferenti ai corsi, tramite la piattaforma di gestione.

Dal 2023, proseguendo per il 2024 si sono attivati corsi per le seguenti aree tematiche:

- corso “Rischio Specifico rivolto a lavoratori” (durata 12 h), accreditato ECM per tutte le professioni;
- corso rivolto ai Dirigenti delegati alla sicurezza, specifico sull’esercizio delle funzioni di delega, art. 16 D.Lgs. 81/08;
- corso per preposti, ai sensi dell’art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell’Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011;
- corso per Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, ai sensi dell’art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell’Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 (completo 32h; aggiornamento 8h);
- corso “Formazione Chemioterapici Antiblastici”;
- corso rivolto ai lavoratori esposti al rischio di radioprotezione (Rischio Specifico), ai sensi del D. Lgs 81/2008 e D. Lgs. 101/2020, accreditato ECM;
- Corsi di formazione per Addetti antincendio livello 3, organizzati ai sensi dell’art. 37 del D. Lgs 81/2008 e D.M. 10/03/1998.

Nel 2024 saranno attivati anche altri corsi, quali il percorso formativo con modalità didattiche *blended* dedicato al Rischio da atti di aggressione e violenza, che prevede moduli a distanza, in presenza e



addestramento a tecniche comportamentali.

In alcuni casi, si possono aggiungere in estemporanea anche corsi su tematiche specifiche che, in considerazione del contesto altamente innovativo del Policlinico, si possono determinare quali ad esempio il corso per la gestione delle emergenze e criticità in Procreazione medicalmente assistita (atmosfera sotto-ossigenate; gestione dell'azoto liquido).

SEZIONE 4 – MONITORAGGI

Le attività di monitoraggio sono dettagliatamente riportate nelle singole sezioni, con riferimento alla normativa di settore relativa a Performance, Rischi corruttivi, lavoro agile e fabbisogno Triennale del Personale.

Per la valutazione complessiva del P.I.A.O. si prevedono momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi su base semestrale, a cura del gruppo di lavoro specificatamente costituito per la redazione del Piano.

Tali attività sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche all'aggiornamento annuale del PIAO.

In particolare, il monitoraggio relativo al valore pubblico e alla performance avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Il monitoraggio relativo ai rischi corruttivi e alla trasparenza avverrà secondo le indicazioni fornite dall'ANAC.