

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

Triennio 2025 – 2027

rev 01



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA

SOMMARIO

PREMESSA.....	3
1 SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1 Denominazione, sede legale, sito web e logo dell'azienda.....	4
1.2 Il contesto esterno	5
1.3 Il contesto interno.....	9
2 SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	12
2.1 Valore pubblico.....	12
2.2 Performance	14
2.2.1 Le politiche e le linee strategiche aziendali per il triennio 2025-2027	16
2.2.2 Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2025-2027	55
2.2.3 Il processo di budgeting annuale, valutazione e verifica dei risultati	65
2.2.4 Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale.....	66
2.2.5 Gli obiettivi assegnati al personale di Comparto	67
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	68
2.3.1 Premessa	68
2.3.2 Il contesto Esterno	69
2.3.3 Il contesto Interno	70
2.3.4 Mappatura dei Processi e individuazione delle misure di prevenzione.....	75
2.3.5 Misure per l'abbattimento del Rischio	77
2.3.6 Sezione Trasparenza	83
2.3.7 Piano Triennale delle Attività – Attuazione Misure	85
3 SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	86
3.1 Struttura organizzativa.....	86
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	90
3.2.1 Lavoro Agile: principi e ambito di applicazione	91
3.2.2 Lavoro da Remoto.....	97
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	98
3.3.1 La programmazione strategica delle risorse umane	98
3.3.2 La Formazione del Personale	104
4 SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....	105
4.1 Monitoraggio del valore pubblico e performance	105
4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza.....	108
4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano.....	108
5 ALLEGATI.....	108

Redatto a cura di:

- U.O.C. Programmazione e controllo di gestione
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
- U.O.C. Politiche e gestione del personale
- U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Patrimonio
- U.O.C. Tecnologie Biomediche e sviluppo tecnologico
- U.O.C. Sistemi Informativi e tecnologie della comunicazione

PREMESSA

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del decreto legge 80/2021 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A. funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento unico di programmazione e governance di durata triennale, con aggiornamento annuale, che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e va presentato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Tale documento individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi assorbendo, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare:

- il Piano della Performance, che definisce nel medio/lungo periodo gli obiettivi dell'Azienda indicando le risorse finanziarie, gli strumenti e le azioni per raggiungerli;
- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza armonizzato e integrato con lo stesso Piano della Performance;
- il Piano Triennale del fabbisogno del personale;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA, con il quale vengono definiti i fabbisogni di personale e le modalità organizzative del lavoro stesso al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi programmati
- il Piano Formativo.

Con il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) vengono, inoltre, previste innovative misure di semplificazione volte a implementare gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione.

Il nuovo sistema di programmazione avviato, che sarà costantemente monitorato e aggiornato anche alla luce delle eventuali novità legislative, regolamentari e/o atti di indirizzo, tiene conto degli obiettivi di programmazione fissati nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Le misure previste dal PNRR, recepite con la Deliberazione della Giunta Regionale Lazio 24 maggio 2022 n. 332, recante l'approvazione del Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo - CIS (Missione 6 - Salute), favoriranno il sistema di integrazione tra le diverse funzionalità dei Sistemi Informativi Regionali.

In particolare, il Piano regionale mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. A tal fine, sono stati previsti interventi volti a rafforzare le reti di prossimità, le strutture intermedie e il sistema telemedicina per l'assistenza territoriale, nonché misure finalizzate all'innovazione, alla ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La strategia complessiva perseguita sul territorio regionale si prefigge l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali, implementando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina per una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Vengono, altresì, previste misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Oltre ai predetti interventi di investimento, per le finalità attuative del PNRR, è stato incluso nel Piano operativo regionale l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, l'adozione e l'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico da parte delle Regioni.

In quest'ottica e in linea con la richiamata programmazione, si pone l'attività dell'Azienda, il cui obiettivo prioritario è volto a completare e a rafforzare le attività già avviate su tali temi, facendo ricorso alle risorse del PNRR, alle ulteriori e eventuali risorse nazionali e comunitarie e, ove necessario, anche alle risorse aziendali, compatibilmente con gli equilibri di bilancio.

I SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

I.1 Denominazione, sede legale, sito web e logo dell'azienda

L'Azienda, già denominata "Azienda Ospedaliera Sant'Andrea" secondo quanto previsto dalla Legge n. 453 del 3 dicembre 1999, con la quale essa è stata costituita, ai sensi dall'art. 2 del D.Lgs. n. 517/99 e del vigente Protocollo d'Intesa, assume la denominazione di "Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea".

L'Azienda ha sede legale in Roma, presso via di Grottarossa 1035-1039, partita IVA 06019571006.

Il sito web si trova all'indirizzo URL <http://www.ospedalesantandrea.it>.

L'indirizzo PEC è: protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it.

Il logo aziendale è una declinazione dell'identità visiva adottata dalla Regione Lazio per le Aziende appartenenti al Sistema Sanitario Regionale del Lazio. È costituito da una croce bicolore associata alla scritta "Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea" e "Sistema Sanitario Regionale".



Segno distintivo dotato di autonomia e piena rappresentatività dell'Azienda, può essere utilizzato in combinazione con i loghi identificativi della Regione Lazio e della Sapienza Università di Roma, nelle proporzioni riportate nel segno grafico seguente.



Ove necessario, è altresì associato alla denominazione dell'articolazione organizzativa di riferimento (dipartimento, unità operativa complessa, dipartimentale, semplice, ecc.). Il logo aziendale viene apposto su ogni tipo di documento aziendale sia a valenza esterna che interna.

Con D.L. 1 ottobre 1999 n. 341, convertito con modificazioni dalla L. 3 dicembre 1999 n. 453, si è stabilito che "l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, dalla data del trasferimento alla stessa dei beni immobili e mobili costituenti il complesso ospedaliero Sant'Andrea, succede al Comune di Roma ed agli Istituti fisioterapici Ospitalieri di Roma in tutti i rapporti in corso comunque connessi ai beni trasferiti."

Quindi con Legge di conversione n. 453 del 3 dicembre 1999 veniva costituita l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, già prevista dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 Luglio 1999 pubblicato in G.U. n. 174 del 27 luglio 1999 quale struttura di rilievo nazionale e di alta specialità e sede della II facoltà di Medicina e chirurgia della Sapienza Università di Roma.

Ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. n. 517/99 veniva disciplinato il modello organizzativo dell'Azienda e modificata la denominazione in "Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea".

L'Azienda è oggi sede della facoltà di Medicina e Psicologia di Sapienza Università di Roma, sede di riferimento del corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia, dei corsi di laurea e dei corsi di laurea magistrale delle Professioni sanitarie e dei corsi di specializzazione post-laurea afferenti all'Università.

L'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile ai sensi dell'art. 4 comma 5 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Per la sua natura pubblica, l'Azienda mette a disposizione dei soggetti aventi titolo le informazioni e i dati conoscitivi sul funzionamento e sugli obiettivi programmati, salvaguardando, ex D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, i diritti dei terzi in materia di protezione dei dati personali e sensibili, in applicazione del documento programmatico sulla sicurezza approvato dall'Azienda con deliberazione n. 318/DG del 27 dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

1.2 Il contesto esterno

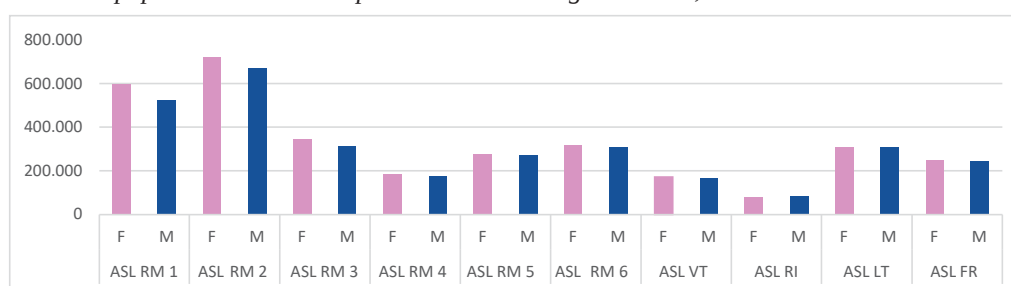
L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha una collocazione geografica del tutto particolare nel contesto metropolitano, che la rendono unica per caratteristiche di afferenza territoriale e molto diversa dai grandi complessi ospedalieri e universitari romani, che sono di più antica istituzione e di regola collocati più vicini al centro cittadino. L'Azienda è infatti situata nell'area nord di Roma, in immediata prossimità del GRA e di arterie di grande comunicazione (Vie Flaminia, Cassia, Salaria, diramazione autostradale Roma Nord) che la mettono in diretto e rapido collegamento con il territorio settentrionale della provincia romana e in condizione di facile accessibilità anche dalle province di Rieti e Viterbo.

In virtù delle sue caratteristiche di elevata qualificazione, legate alla natura universitaria e alla qualità dei servizi, e della presenza di queste grandi direttrici del traffico, pur se extraterritoriale per definizione, l'Azienda esercita la sua attrattività prevalentemente sui residenti della ASL RM I (nel cui territorio insiste), della ASL RM 4 e della ASL RM 5.

I dati epidemiologici riferiti all'anno 2023 riferiscono una popolazione residente complessiva per la Regione Lazio pari a 5.707.112 abitanti, il 48,4% della quale di sesso maschile ed il 51,6% di sesso femminile; l'11% della popolazione residente è composto da cittadini stranieri.

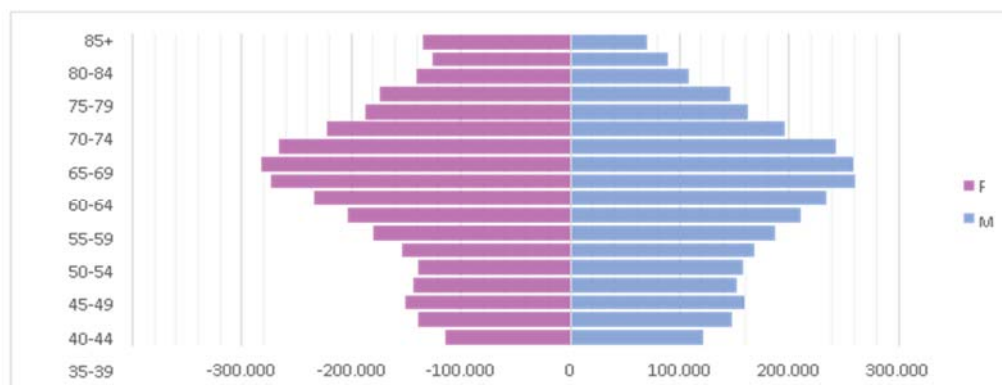
Come si evince dal grafico sottostante, delle complessive 10 ASL, la più popolosa risulta essere la ASL RM2, subito seguita dalla ASL RM1:

Distribuzione della popolazione residente per ASL e Sesso. Regione Lazio, 2023



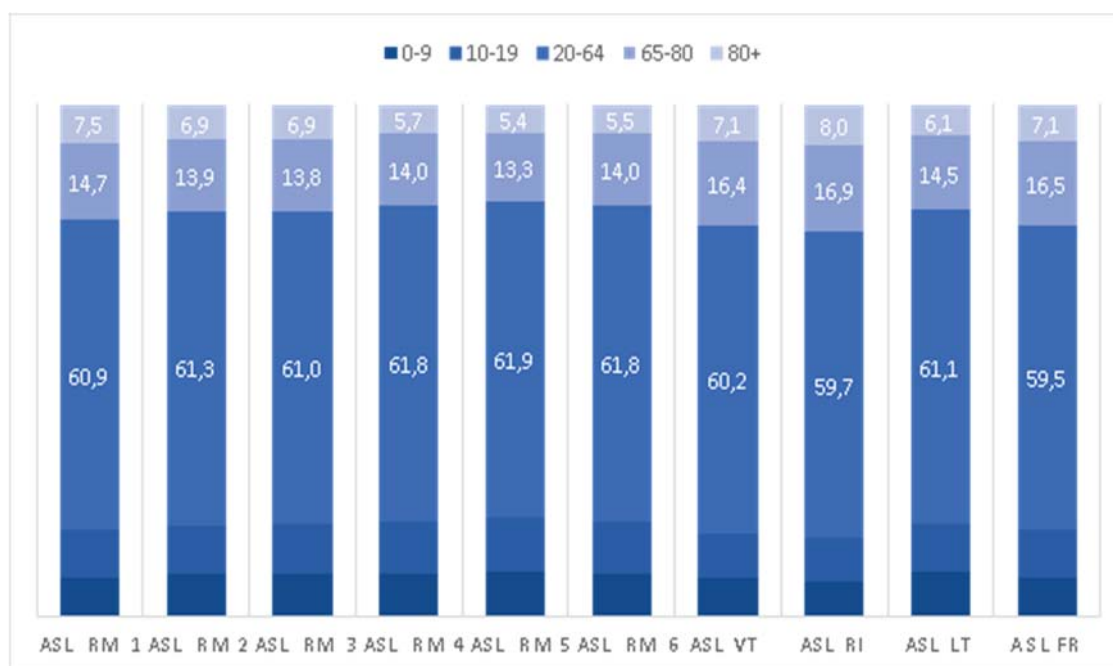
In analogia a quanto si sta verificando negli ultimi decenni su tutto il territorio nazionale e nei paesi occidentali in generale, l'indice di vecchiaia è progressivamente incrementato; ciò viene confermato dall'aspetto "a botte" del grafico sottostante, che evidenzia la presenza di una popolazione residente caratterizzata da bassa natalità e bassa mortalità, con maggiore presenza di individui collocati nelle fasce di età medio-alte:

Piramide dell'età. Regione Lazio, 2023



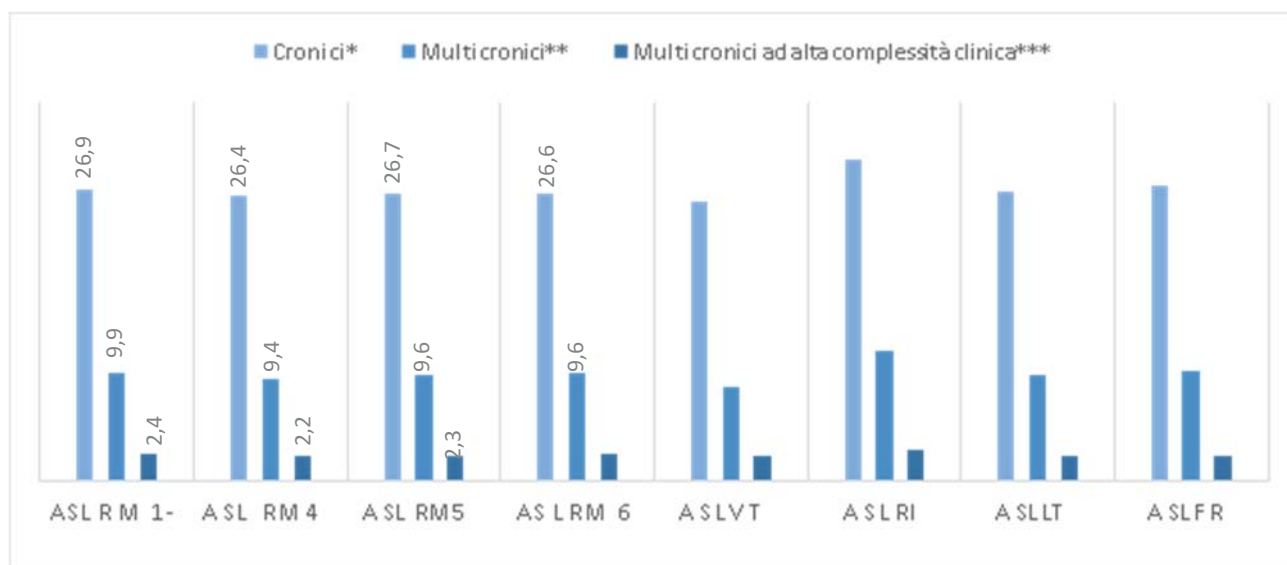
La distribuzione della popolazione residente per ASL e classi di età evidenzia come la ASL più longeva sia Rieti (indice di vecchiaia IV=246), seguita dalla ASL Roma I (IV=196):

Distribuzione della popolazione residente per ASL e Sesso. Regione Lazio, 2023



I dati forniti dal DEP mostrano che nella Regione Lazio il 26,9% della popolazione soffre di una patologia cronica, il 9,8% di almeno due patologie croniche ed il 2,4% di patologie croniche di alta complessità. Partendo dalla definizione di “paziente cronico” come soggetto con almeno una patologia cronica, di “paziente multicronico” come soggetto con due o più patologie croniche, il grafico sottostante dimostra come, coerentemente rispetto alla composizione della popolazione residente per classi di età, la ASL di Rieti e la ASL RMI siano caratterizzate dalla presenza di una popolazione assistita con la più alta prevalenza di pazienti cronici e di pazienti multicronici di alta complessità (affetti da patologie che hanno un maggior impatto sulla mortalità a cinque anni):

Distribuzione della popolazione residente e assistita per stato di cronicità e ASL. Regione Lazio, 2023



L'analisi della mortalità per causa, riferita sempre al territorio dell'ASL RM-I, evidenzia una mortalità più elevata, rispetto a quella rilevata nel Comune di Roma, nei maschi per malattie del sistema cardiocircolatorio, per tumori e per le patologie dell'apparato respiratorio, mentre nelle femmine, accanto alle patologie del sistema cardiocircolatorio e tumorali, emergono le malattie del sistema endocrino e quelle immunitarie.

Nell'ambito delle reti regionali di alta specialità, l'Azienda riveste ruoli diversi a seconda delle specialità presenti e dei volumi di attività erogati negli anni passati.

In linea generale, pur essendo l'Azienda classificata come DEA di 1° livello, in presenza di pressoché tutte le discipline mediche e chirurgiche, essa assicura l'attività di emergenza-urgenza con livelli di autonomia e di prestazioni quali-quantitative paragonabili a quelli di un DEA di 2° livello, essendo residuale il numero di pazienti che il Sant'Andrea è costretto ad inviare all'hub di riferimento, trattandosi di casi limitati all'ambito pediatrico.

Fatta questa necessaria premessa, la tabella seguente descrive, ai sensi della recente DGR n. 869 del 07.12.2023 "Approvazione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015", il ruolo che l'Azienda assume all'interno delle reti dell'emergenza e delle reti di alta specialità ed indica per ciascuna di esse l'HUB di riferimento.

Nell'ambito di tali reti l'Azienda collabora con le altre aziende sanitarie alla gestione del paziente per garantire la continuità delle cure attraverso percorsi clinico assistenziali definiti dalle direttive regionali e basati sulle migliori prove di efficacia presenti in letteratura.

RETE	RUOLO AOU SANT'ANDREA	HUB DI RIFERIMENTO	TIPO DI HUB
RETE EMERGENZA (DCA 73/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	DEA I	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	DEA II
RETE EMERGENZA PEDIATRICA (DCA 73/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	SPOKE	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	HUB medico/ neurochirurgico

	SPOKE	IRCCS BAMBINO GESU' (solo per la chirurgia)	HUB chirurgico
RETE CARDIOLOGICA (DCA 74/2010 e DCA 368/2014 rettif. dal DCA 412/2014, dalle Determinazioni della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e n. G08250/2022 e dalla DGR n 869/2023)	CEC/CE		Centri Cardio- UTIC-E – Cardiochirurgia (CEC)
RETE CARDIOCHIRURGICA (DCA 74/2010 e DCA 368/2014 rettif. dal DCA 412/2014 dalle Determinazioni della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G08250/2022 e n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	CEC (HUB "vicario", turnazione settimanale predisposta da ARES 118)		Centri Cardio- UTIC-E – Cardiochirurgia (CEC)
RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA (DCA 76/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014. dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	PST	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	CTS
RETE TRAUMA GRAVE PEDIATRICO (DCA 76/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	PST-PED	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	CTS-PED
RETE ICTUS (DCA 75/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	UTN I	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	UTN II
RETE MALATTIE INFETTIVE (DCA 58/2010 rettificato dal DCA 540/2015, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021 e n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	DEA con reparto di Malattie Infettive	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	HUB
RETE ONCOLOGICA (DCA 59/2010, rettificato dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021 e n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023) Le reti per patologia ad oggi normate sono volte alla gestione di: Tumore della mammella (DCA U00038 del 03/02/2015; DCA U00189 del 31/05/2017 e Det. G16239 del 24/12/2020) Tumore del polmone (DCA U00419 del 04/09/2015) Tumore della prostata (DCA U00358 del 28/08/2017) Tumore del colon e del retto (DCA U00030 del 20/01/2017)	Centro di Senologia Centro di riferimento Centro Diagnosi e Centro Trattamento Centro di Endoscopia, Centro di Trattamento Colon e Retto		
RETE MALATTIE RARE			

(DCA n. U00413/2017, DCA n. U00063/2018, Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021 e n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023). L'AOU Sant'Andrea è definito Istituto con presenza di Presidi che afferiscono ad un Centro collocato presso il Policlinico Umberto I e gestisce 12 Centri, 56 codici di esenzione e 154 malattie/gruppi Con Det. Reg. n.G10269/2024 l'AOU Sant'Andrea viene riconosciuta destinataria dei fondi destinati all'implementazione della Rete Regionale delle Malattie Rare (di cui alla Det. N. G17287/2023, Det. N. G09257/2024 e Det. N.G10269/2024) per l'implementazione dell'attività dei servizi di genetica ai fini dell'omogeneità e tempestività del percorso	Coordinamento dei Centri di propria afferenza e interfaccia con il livello regionale Centro erogatore prestazioni di genetica medica riconosciuto all'interno del Progetto Implementazione Rete Regionale delle Malattie Rare		
RETE TRASFUSIONALE (DCA U00207 del 20.06.2014, Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023). L'AOU Sant'Andrea ospita il Centro Regionale Sangue	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	P.O. SAN FILIPPO NERI	SIMT AREA DI PRODUZIONE
RETE DONAZIONE D'ORGANO E TRAPIANTI (DGR n.1072/2002 e n. 865/2006 e DGR n 869/2023). Il Coordinamento Operativo è svolto dal Centro Regionale Trapianti dotato di Laboratorio Regionale Immunologico dei Trapianti. La Rete è organizzata secondo i seguenti programmi: - 14 programmi di trapianti di organo solido; - 6 Programmi di Trapianto Midollo (Allogeneico- CSE); - 4 Bio-Banche; - 19 Centri Ospedalieri di Procurement.	Procurement		
RETE PSICHIATRICA SPDC (Determ. regionale n. G08249 del 24.06.2022 e DGR n 869/2023). Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi organizzativo-assistenziali: - SPDC: 24 Servizi di ricovero; 1 Servizi di day Hospital; - Neuropsichiatria infantile: 3 Servizi di ricovero.	SPDC		

Legenda:

UTN I = Unità di trattamento neurovascolare di I livello (Spoke)

UTN II = Unità di trattamento neurovascolare di II livello (Hub)

CEC/CE= Presidi ospedalieri dotate delle strutture di: a. Cardiologia e UTIC con personale dedicato h24; b. Emodinamica Interventistica h24 e servizio di elettrofisiologia/elettrostimolazione; c. Cardiocirurgia e Rianimazione cardiocirurgica; d. Chirurgia Vascolare.

PST = Presidio di Pronto soccorso per traumi (Spoke di I livello)

CTS = Centro traumi di alta specializzazione (HUB)

1.3 Il contesto interno

Come disciplinato dal Protocollo d'Intesa Regione – Università, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 208/2016, pubblicato sul BUR Lazio del 21.6.2016, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è sede del polo didattico della facoltà di Medicina e psicologia dell'Università Sapienza, che assicura un'offerta formativa completa e articolata.

In qualità di Azienda ospedaliero universitaria di cui all'art. 2, commi I e 3, del D.Lgs. n. 517/99, l'Azienda persegue l'obiettivo di realizzare la stretta integrazione e sinergia tra le attività di ricerca e di didattica proprie dell'Università e quelle assistenziali e di efficienza gestionale proprie delle aziende sanitarie, riconoscendo l'inscindibilità delle tre funzioni (didattica, ricerca e assistenza).

Ai fini dell'erogazione delle attività assistenziali in regime di ricovero, la DGR n. 869 del 07.12.2023 "Approvazione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" assegna i posti letto per acuti destinati ai ricoveri a ciclo continuo e ai ricoveri a ciclo diurno, articolati per singola specialità. Tale determinazione, per un totale di 548 posti letto (509 ordinari e 39 day hospital/ day surgery), sarà tuttavia operativa solo al completamento degli interventi di ampliamento dell'Ospedale, previsto per la fine dell'anno 2025.

La tabella seguente mostra la dotazione attuale di posti letto per disciplina, confrontata con la dotazione programmata definita con la suddetta DGR n. 869/2023.

Determinazione n. G01328 del 10 febbraio 2022

DGR n 869 del 7 dicembre 2023

						PL programmati					
AFO	COD DISC	DESCRIZIONE DISCIPLINA	ORD	DH	TOT	AFO	COD DISC	DESCRIZIONE DISCIPLINA	ORD	DH	TOT
1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		20	20	1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		20	20
	08	CARDIOLOGIA	18		18		08	CARDIOLOGIA	20		20
	18	EMATOLOGIA	11		11		18	EMATOLOGIA	14		14
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE	4		4		19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE	4		4
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	10		10		24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	20		20
	26	MEDICINA GENERALE	36		36		26	MEDICINA GENERALE	54		54
	29	NEFROLOGIA	8		8		29	NEFROLOGIA	12		12
	32	NEUROLOGIA	14		14		32	NEUROLOGIA	22		22
	40	PSICHIATRIA	16		16		40	PSICHIATRIA	16		16
	51	MEDICINA D'URGENZA					51	MEDICINA D'URGENZA	16		16
	58	GASTROENTEROLOGIA	16		16		58	GASTROENTEROLOGIA	16		16
	61	MEDICINA NUCLEARE	3		3		61	MEDICINA NUCLEARE	3		3
	64	ONCOLOGIA	12		12		64	ONCOLOGIA	12		12
	68	PNEUMOLOGIA	16		16		68	PNEUMOLOGIA	22		22
	96	TERAPIA DEL DOLORE	1		1		96	TERAPIA DEL DOLORE	2		2
Sub-Totale			165	20	185	Sub-Totale			233	20	253
2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	14		14	2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	20		20
	09	CHIRURGIA GENERALE	56		56		09	CHIRURGIA GENERALE	52		52
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	4		4		10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	4		4
	12	CHIRURGIA PLASTICA	6		6		12	CHIRURGIA PLASTICA	6		6
	13	CHIRURGIA TORACICA	23		23		13	CHIRURGIA TORACICA	30		30
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	14		14		14	CHIRURGIA VASCOLARE	16		16
	30	NEUROCHIRURGIA	14		14		30	NEUROCHIRURGIA	16		16
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30		30		36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30		30
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	5		5		38	OTORINOLARINGOIATRIA	6		6
	43	UROLOGIA	14		14		43	UROLOGIA	18		18
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		16	16		98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		16	16
Sub-Totale			180	16	196	Sub-Totale			198	16	214
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	30		30	3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	36		36
	50	UNITA' CORONARICA	6		6		50	UNITA' CORONARICA	8		8
	51	ASTANTERIA/ BREVE OSS./ MEDICINA D'URGENZA	14		14		51	ASTANTERIA/ BREVE OSS./ MEDICINA D'URGENZA			
	UTN	UTN	6		6		UTN	UTN			
94	TERAPIA SEMINTENSIVA				94	TERAPIA SEMINTENSIVA	14		14		
Sub-Totale			56	0	56	Sub-Totale			58	0	58
4-MP	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		1	1	4-MP	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		1	1
	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	12		12		37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	12		12
	39	PEDIATRIA	8	2	10		39	PEDIATRIA	8	2	10
Sub-Totale			20	3	23	Sub-Totale			20	3	23
Totale Complessivo			421	39	460	Totale Complessivo			509	39	548

Per l'espletamento dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca l'Azienda provvede con le risorse umane che, suddivise nei diversi profili professionali, ammontano al 01/01/2025 complessivamente a n. 2.022 unità, di cui n. 1.830 dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale e n. 192 dipendenti dall'Università, come rappresentato nella tabella seguente:

Personale	Ospedalieri		Universitari		Totale
	Nr. Maschi	Nr. Femmine	Nr. Maschi	Nr. Femmine	
Dirigenza Medica	156	213	102	38	509
Dirigenza Sanitaria	4	21	2	5	32
Dirigenza Amministrativa	7	6	0	0	13
Dirigenza Professionale	2	4	0	0	6
Dirigenza Tecnica	1	0	0	0	1
Comparto Sanitario	326	824	7	30	1.187
Comparto Tecnico	46	37	1	2	86
Comparto Professionale	2	0	0	0	2
Comparto Amministrativo	63	118	2	3	186
Totale	607	1.223	114	78	2.022

Ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992, così come integrato dal D.Lgs. n. 229/99, del D.Lgs. n. 517/99, della L. n. 189/2012, nonché di quanto indicato nel Protocollo di Intesa Regione Università, sono organi dell'Azienda:

1. il Direttore Generale
2. il Collegio Sindacale
3. l'Organo di Indirizzo
4. il Collegio di Direzione.

Il **Direttore Generale**, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento. In qualità di organo di vertice dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Sociali, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Il **Collegio Sindacale**, organo dell'Azienda, è nominato dal Direttore generale ed è composto da tre membri effettivi ed un membro supplente, secondo quanto previsto dal vigente Protocollo d'Intesa e dalle norme di riferimento in materia, rappresentate dalla Legge n. 122/2010, dal Titolo II del D.Lgs. n. 118/2011, dalla Legge Regione Lazio n. 4 del 28 giugno 2013 e dall'art. 4, punto 3) D.Lgs. n. 517/99 e dall'art. 13 del Patto per la Salute degli anni 2014- 2016. Il componente regionale è nominato d'intesa con l'Università.

Il Collegio Sindacale verifica la regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio ai risultati dei libri e delle scritture contabili, nonché svolgendo ogni altra funzione ed attività al medesimo riservata dalle norme nazionali e regionali.

L'**Organo di Indirizzo** è organo collegiale dell'Azienda. Esso, come individuato dall'art. 4 del D.Lgs. n. 517/99, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 517/99, ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e di verificare la corretta attuazione degli obiettivi stabiliti da Regione ed Università e dalla programmazione delle attività. L'Organo di Indirizzo è costituito da cinque membri, nominati con atto del Presidente della Giunta regionale.

Il **Collegio di Direzione** è organo dell'Azienda che assicura la partecipazione decisionale ed organizzativa dei professionisti orientandone lo sviluppo a soddisfare i bisogni di salute degli utenti, a garantire standard più avanzati di assistenza sanitaria e a implementare degli strumenti del governo

clinico. Il Collegio di direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore generale. Esso è composto da:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttori dei dipartimenti ad attività integrata;
- Direttori delle aree amministrative e tecniche;
- Preside della facoltà di Medicina e psicologia;
- Responsabile UOD Organizzazione dei servizi ospedalieri e sviluppo dei percorsi di presa in carico;
- Responsabile UOC Programmazione e controllo di gestione;
- Responsabile Dipartimento Professioni sanitarie;
- Responsabile UOC Farmacia.

Il Collegio di Direzione svolge la funzione di supportare il Direttore generale e di concorrere con la Direzione aziendale, tramite la formulazione di pareri e proposte, alla individuazione delle strategie aziendali, all'elaborazione delle attività dell'Azienda, all'organizzazione e lo sviluppo dei servizi anche in attuazione del modello dipartimentale, alle attività di formazione, ricerca ed innovazione, all'ottimizzazione dell'utilizzo e gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, allo scopo di ottimizzare il perseguimento degli obiettivi e l'integrazione dell'attività didattica e di ricerca con l'attività assistenziale

La **Direzione Aziendale** è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi. La Direzione Aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale e di area vasta in ambito socio-sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'azienda.

2 SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

Per Valore Pubblico, in senso stretto, le “Linee Guida” del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono il livello complessivo di “benessere” economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders, creato da un'amministrazione pubblica, rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

Il Valore Pubblico riguarda, pertanto, sia l'impatto esterno generato dalle Pubbliche Amministrazioni e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, sia le condizioni interne all'ente e si realizza mediante una combinazione bilanciata tra economicità e socialità, con particolare attenzione alle modalità con cui la PA riesce a gestire le proprie risorse in modo efficiente ed efficace.

Il bene primario della salute è un diritto costituzionalmente protetto, rappresenta la mission di tutto il sistema sanitario nazionale e, pertanto, il concetto di valore pubblico della sanità nella sua accezione più ampia.

In riferimento all'impatto esterno, la missione strategica dell'Azienda sanitaria si esplica nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali ed uniformi di assistenza e garantendo tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino, equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi, appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura.

In qualità di Azienda integrata ospedaliera universitaria di cui all'art. 2, commi 1 e 3, del D.Lgs. n. 517/99, l'Azienda vuole essere il luogo dove si realizza una stretta integrazione e sinergia tra le attività di ricerca e di didattica proprie dell'Università e quelle assistenziali e di efficienza gestionale proprie delle aziende sanitarie, riconoscendo l'inscindibilità delle tre funzioni (didattica, ricerca e assistenza) prevista dal predetto Protocollo d'Intesa Regione/Università, nonché sancita dalla Corte Costituzionale e dal Piano Sanitario Nazionale con riferimento alle attività istituzionali delle facoltà di Medicina e Chirurgia.

La formazione degli operatori sanitari, dei medici e dei medici specialisti rappresenta un'attività istituzionale e una modalità di esercizio dell'attività assistenziale. Le strutture assistenziali sono il luogo in cui si svolge l'attività di ricerca sia biomedica che clinica e l'Azienda favorisce lo svolgimento di queste attività anche da parte del personale medico ospedaliero. L'Azienda favorisce, altresì, la ricerca e l'innovazione organizzativa quali strumenti di crescita del sistema di tutela della salute e di ricerca di nuovi modelli assistenziali.

La *mission* dell'Azienda consiste nell'individuazione ed erogazione dei più elevati livelli di risposta al bisogno di salute della persona attraverso un modello organizzativo-assistenziale sostenibile, che coinvolga in maniera inscindibile sia l'attività di ricerca, tesa al costante progresso delle conoscenze mediche e biomediche, sia l'attività didattica, strumento essenziale per la formazione e il miglioramento delle competenze degli operatori sanitari e degli studenti.

In altre parole l'Azienda persegue le seguenti funzioni di Valore Pubblico:

1. funzione assistenziale:
 - attraverso la qualificazione ed il potenziamento dell'offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità sancite in sede di programmazione regionale e compatibilmente con le risorse disponibili;
 - attraverso l'innovazione e la differenziazione dell'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescente e ampliando la gamma delle tipologie di servizio, nel rispetto dei principi di razionalizzazione ed efficientamento dei servizi e della stretta integrazione con la didattica e la ricerca.
2. funzione didattica: l'Azienda è sede di tutti i gradi dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e psicologia;
3. funzione di ricerca: l'Azienda vuole rappresentare il luogo privilegiato per la realizzazione di progetti di ricerca della facoltà di Medicina e psicologia nell'area medica e delle professioni sanitarie, sia sul versante biomedico che su quello della organizzazione dei servizi sanitari, volti a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

Al fine di una concreta realizzazione degli obiettivi di Valore Pubblico, l'Azienda persegue le finalità istituzionali, mediante programmazione attuativa delle indicazioni regionali, nel rispetto dei principi di economicità ed efficienza nella gestione delle risorse, ispirando le sue azioni ai seguenti valori:

- Centralità della persona: assumere come riferimento prioritario la centralità della persona intesa come soggetto autonomo, favorendo la sua partecipazione attiva al processo di cura;
- Difesa della vita umana nelle sue diverse fasi e il rispetto della libertà di scelta delle cure di ogni persona;
- Equità con imparzialità nella scelta della pratica clinica;
- Uguaglianza di genere, di religione, di condizione socio-economica nell'offerta ed erogazione di opportunità diagnostico-terapeutiche e assistenziali;
- Competenza e professionalità di tutti gli operatori che rispondono con appropriatezza ed efficacia in ogni situazione;
- Sicurezza delle cure, adottando tutte le misure necessarie per evitare effetti collaterali;
- Lealtà di tutti i dipendenti dell'organizzazione verso la mission, la vision, i valori e gli obiettivi dell'Azienda;

- Efficienza nell'adottare le misure organizzative e nell'impiegare le risorse disponibili su evidenze di sanità pubblica;
- Informazione e comunicazione: incrementare la qualità e l'efficacia delle comunicazioni al fine di promuovere una cultura dell'informazione sanitaria che, coinvolgendo le comunità, le organizzazioni sociali e di volontariato, consenta al cittadino una concreta libertà di cura;
- Tempestività della cura: monitorare e garantire tempi d'attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche che non inficino l'efficacia delle stesse, anche attraverso lo sviluppo di risposte alternative o complementari al ricovero ordinario, quali il day hospital e il day surgery;
- Performance e qualità: formulare linee guida ed indicatori, anche di esito, di valutazione e monitoraggio delle attività, dei percorsi clinici e della soddisfazione dei cittadini/utenti;
- Sicurezza e salute sul lavoro: assicurare le migliori condizioni di sicurezza, mediante un modello di governance della sicurezza nella prestazione dei servizi e delle attività cliniche, per l'utenza, il personale ed i soggetti in formazione, in grado di diffondere la cultura del lavoro sicuro e rispettoso dell'ambiente quale elemento essenziale per una sanità di valore;
- Valorizzazione professionale: sviluppare adeguata offerta formativa al fine di valorizzare e potenziare il patrimonio professionale esistente e le potenzialità individuali, promuovendo lo sviluppo del senso di appartenenza e condivisione dei valori aziendali da parte del personale;
- Etica della responsabilità: richiamare tutti al valore etico del lavoro in sanità, assumendosi le responsabilità derivanti di fronte al cittadino-utente, all'azienda cui si appartiene e alla società;
- Integrazione: promuovere l'integrazione tra le unità organizzative e sostenere il lavoro di gruppo multidisciplinare e multiprofessionale;
- Innovazione: favorire procedure gestionali innovative e tecnologie che consentano di coniugare la qualità delle prestazioni ad un razionale ed efficace uso delle risorse economiche, strumentali e professionali;
- Concertazione: collaborare ed adottare il metodo del confronto con le organizzazioni sindacali, di volontariato, di promozione sociale e di tutela dei diritti degli utenti;
- Sostenibilità ambientale: adottare politiche e promuovere programmi per l'utilizzo di energie pulite e per l'efficientamento energetico finalizzate ad un modello di ospedale a basso impatto ambientale;
- Trasparenza nell'attività amministrativa, informando correttamente e completamente i diversi soggetti pubblici e privati, nonché nella pratica clinica, fornendo sempre al cittadino degli effetti delle cure e dell'assistenza.

2.2 Performance

La Pianificazione Strategica è il processo mediante il quale la Direzione Strategica definisce nel medio/lungo periodo gli obiettivi dell'Azienda, indicando i mezzi, gli strumenti e le azioni per raggiungerli.

Gli obiettivi strategici e operativi vengono definiti e raccolti in un unico documento, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), introdotto dall'articolo 6 del Decreto Legge n. 80/2021, *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, nella presente sezione "Performance".

Tale ambito programmatico viene predisposto secondo le logiche di performance management, in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009, novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 e della Legge Regionale n. 1/2011, e ha la finalità di definire e realizzare un completo "Ciclo della Performance" all'interno delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere che permette di perseguire un costante miglioramento e una progressiva ottimizzazione della produttività del lavoro e di efficienza e trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha sviluppato il Ciclo della Performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della Mission Aziendale.

Lo strumento che dà avvio al Ciclo della Performance è la pianificazione triennale della performance, che consente di determinare ed esplicitare gli obiettivi da perseguire nel triennio, individuati sulla base delle istanze dei cittadini e delle direttive nazionali e regionali vigenti, considerando l'assetto organizzativo definito, le risorse aziendali disponibili e le esigenze di innovazione, sviluppo e valorizzazione dei servizi sanitari, tecnici e amministrativi.

Il Piano triennale individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni e dei risultati dell'Azienda, costituendo la piattaforma programmatica da cui discenderà il Processo di Budget annuale, quale strumento operativo di condivisione degli obiettivi strategici e operativi e di responsabilizzazione dei direttori delle articolazioni organizzative aziendali, con il fine di assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità della sua rappresentazione agli stakeholders (clienti interni ed esterni, ASL e Regione Lazio), nonché l'attendibilità della stessa misurazione.

Attraverso il Ciclo della Performance, si assegnano gli obiettivi al personale dirigenziale e del comparto, partendo dalla performance organizzativa e dal livello di appropriatezza raggiunto negli anni precedenti, procedendo a stabilire, nell'ambito delle Aree Strategiche, gli obiettivi di governance, di assistenza, di produzione, di prevenzione della corruzione e di trasparenza, definiti in considerazione delle risorse disponibili, della normativa regionale e nazionale di riferimento vigente, che impongono obiettivi economici di riduzione dei costi ad invarianza dei finanziamenti regionali, e nel rispetto dell'obbligo di garanzia dei LEA.

Ai sensi della normativa vigente, costituiscono oggetto di misurazione e valutazione sia la performance organizzativa (intesa come il risultato che un'intera organizzazione con le sue singole articolazioni consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi), che la performance individuale (intesa come misurazione del contributo assicurato dall'individuo alla performance generale della struttura, sia sotto il profilo delle competenze professionali e manageriali dimostrate, che dei comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate).

In conclusione, il Ciclo della Performance, di cui il Piano rappresenta il principale strumento programmatico, si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi, attraverso la Relazione Annuale sulle Performance.

I vantaggi per l'organizzazione sono:

- individuare ed incorporare le attese degli stakeholders interni ed esterni;
- favorire un'effettiva accountability e trasparenza;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance;
- promuovere la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

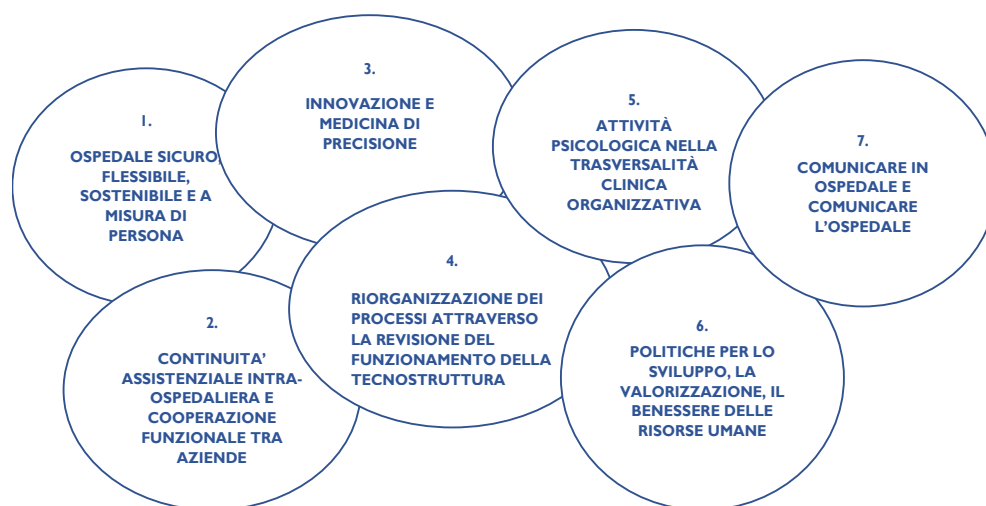
2.2.1 Le politiche e le linee strategiche aziendali per il triennio 2025-2027

Per l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea il Piano Strategico triennale costituisce l'ambito di elaborazione di una visione, di un orizzonte di riferimento a cui tendere, che produce quella necessaria ambizione che alimenta lo slancio all'azione organizzativa nell'ambito della quale sono state valutate le esigenze e i bisogni di salute con le potenzialità interne, nel rispetto degli indirizzi e spazi strategici, definiti a livello nazionale e regionale.

Con il Piano Strategico triennale, L'Azienda quindi ha deciso di misurarsi, nell'ambito di un percorso complesso ma necessario, nella predisposizione partecipata di un documento che consentisse, in modo strutturato a livello metodologico, di definire, attraverso una serie di decisioni e obiettivi strategici tra di loro tutti collegati e rispetto ai quali sono state verificate la coerenza e la compatibilità, la propria identità declinata in sette principali politiche e linee strategiche, nell'ottica di garantire ai cittadini un'offerta sanitaria e sociosanitaria qualitativamente e quantitativamente più adeguata e diretta a soddisfare i reali bisogni di salute degli assistiti quale risultato atteso della strategia aziendale.

Il Piano Strategico triennale definisce obiettivi e azioni, tradotti in politiche e linee operative, e un modello di assetto organizzativo che consente di raggiungerli e sostenerli nel tempo con degli aggiornamenti annuali, definiti e condivisi con la Regione nell'ambito degli strumenti di programmazione e tenendo conto delle risorse a disposizione. In questo senso, il Piano vuole essere lo strumento di riferimento principale nella gestione del processo di riorientamento strategico-operativo e di cambiamento organizzativo dell'Azienda: costituisce l'indirizzo da seguire ma anche l'avvio dell'azione coordinata dell'insieme dei meccanismi operativi a livello aziendale, che devono accompagnare e misurare l'azione sviluppata nelle single aree aziendali interessate dal cambiamento che viene declinato – nel dettaglio e lungo tutto il percorso – nell'ambito delle politiche e linee operative descritte di seguito.

Gli ambiti di azione delineati per il triennio 2025-2027 sono i seguenti:



1. OSPEDALE SICURO, FLESSIBILE, SOSTENIBILE E A MISURA DI PERSONA

Le strutture sanitarie hanno affrontato enormi sfide a causa dell'epidemia di COVID-19. In tutto il mondo, i piani d'emergenza sanitari nazionali hanno faticato a far fronte all'impatto sulla salute della

popolazione della pandemia COVID-19, con gli ospedali e i sistemi di terapia intensiva che hanno spesso ceduto sotto pressioni straordinarie.

In Italia è stata evidenziata una scarsità di posti letto ospedalieri, in particolare di area critica, e la necessità di intervenire, anche in relazione alle continue e progressive innovazioni delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, delle tecniche chirurgiche mini-invasive e robotiche, all'introduzione di nuovi farmaci e all'esigenza di potenziare i servizi territoriali e l'integrazione di questi con le attività ospedaliere, rende necessario sviluppare politiche e azioni sul piano strutturale e sul piano organizzativo cui i finanziamenti del PNRR rispondono secondo i principi definiti nel Regolamento che istituisce il dispositivo per la ripresa e resilienza (Regolamento RRF, UE 2021/241), in linea con i sei pilastri dello strumento di finanziamento Next Generation EU (NGEU).

Il PNRR si struttura lungo tre assi strategici: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale. Il Piano, il cui orizzonte temporale è il 2021-2026, comprende investimenti e riforme volti a rilanciare la crescita del Paese e rappresenta un'opportunità per modernizzare la pubblica amministrazione, rendere più efficiente il sistema giudiziario, rafforzare il sistema produttivo e ridurre la povertà, l'esclusione sociale e le diverse dimensioni della disuguaglianza.

Il Decreto-Legge 34/2020 convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», è finalizzato ad un complessivo rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue diverse articolazioni, territoriale ed ospedaliera, al fine di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche. Esso prevede, quindi, un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione con un aumento strutturale sul territorio nazionale di posti letto di terapia intensiva (per arrivare allo standard di 0,14 posti letto per 1.000 residenti) e di area semi-intensiva (mediante riconversione di posti letto di area medica per acuzie con uno standard dello 0,07 per 1000 residenti e convertibili al 50% in posti di terapia intensiva), un aumento della dotazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti COVID-19, e un consolidamento all'interno delle strutture sanitarie della separazione dei percorsi di accesso e cura.

La Regione Lazio ha adeguato la propria programmazione ospedaliera come da DL 34/2020 con il DCA n.96 del 21 luglio 2020 (aggiornato con DGR 671 del 06/10/2020) e con la recente DGR 869 del 07/12/2023.

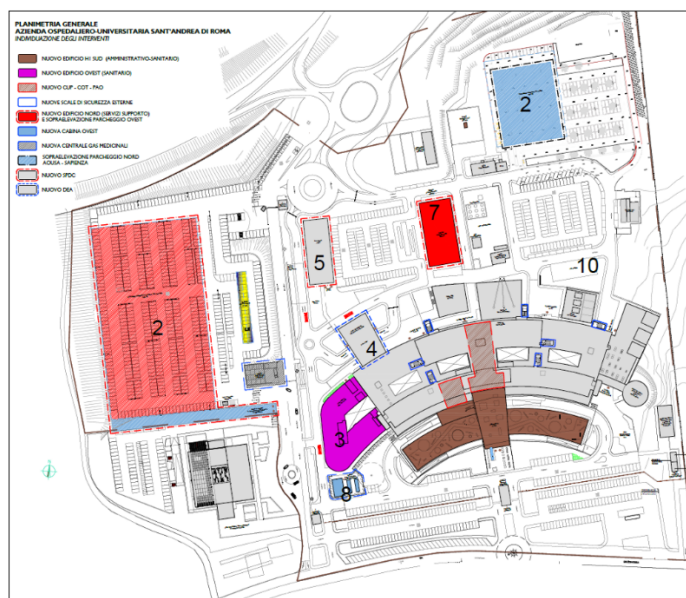
L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea intende proseguire con le attività di sviluppo dei progetti e delle azioni in tema di sicurezza, flessibilità, sostenibilità, e attenzione alla persona, con particolare riferimento a:

- o Ampliamento della struttura;
- o Organizzazione delle piastre di ricovero per l'adeguamento dei volumi ad intensità di cure;
- o Adeguamento antisismico;
- o Applicazione normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- o Adeguamento antincendio;
- o Sostenibilità energetica e Ospedale Green;
- o Miglioramento della viabilità e dell'accessibilità;
- o Sicurezza degli operatori in applicazione della Legge n. 113/2020;
- o Comunicazione negli spazi di cura (intesa come efficienza comunicativa nei reparti, la formazione e motivazione del personale, il sistema di accoglienza, l'informazione e il coinvolgimento positivo dei pazienti e di tutti coloro che entrano nell'organizzazione);
- o Progettazione del comfort, inteso come organizzazione di tempi e di spazi a misura di persona anche attraverso l'attenzione verso la scelta di colori, arredi e spazi;
- o Digitalizzazione e continuo aggiornamento tecnologico;
- o Potenziamento della telemedicina.

IL MASTERPLAN DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA

Con Delibera di Giunta Comunale 294 del 29/05/2013, il Comune di Roma Capitale ha approvato il Progetto Pubblico Unitario dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, che prevedeva una serie di interventi edilizi coordinati con le norme urbanistiche comunali, regionali e di settore. Diversi sono gli interventi a cui è stato dato seguito in virtù dell'approvazione dello strumento urbanistico locale, quali ad esempio, l'ampliamento frontale in via di realizzazione (HI sud). La necessità di adattare lo sviluppo edilizio alle mutate esigenze aziendali rende necessario procedere ad una modifica dell'originario Progetto Pubblico Unitario dell'Ospedale, che tra le altre cose, pone maggiore attenzione agli aspetti di sostenibilità ambientale unitamente alla riduzione dell'impatto edilizio.

Gli sviluppi futuri, infatti, tenderanno a non alterare sensibilmente lo stato attuale, salvaguardando quanto di positivo sinora è stato realizzato, favorendo il minore impatto al suolo attraverso un consistente ridimensionamento delle aree di sedime. Non più edifici di enormi dimensioni, ma strutture misurate al contesto e strettamente necessarie alla funzionalità dell'Ospedale.



Le attività pianificate e già in corso di realizzazione prevedono:

1. Miglioramento della viabilità esistente attraverso l'inserimento di elementi puntuali (es. rotatorie).
2. La realizzazione delle sopra-elevazioni delle aree a parcheggio sia lato nord che sul lato est (utenza ospedaliero-universitaria).
3. Potenziamento dell'Area di Pronto Soccorso, con attivazione di 14 posti letto di Terapia Sub-Intensiva e 10 posti letto di Terapia Intensiva, anche attraverso il finanziamento DL 34/2020, finalizzati agli adeguamenti strutturali per eventuali ulteriori patologie infettive.
4. Sviluppo sopraelevazione per la costruzione del Centro Cuore, con potenziamento della Cardiologia e della Cardiochirurgia.
5. L'inserimento di un adeguato percorso di accesso al Pronto Soccorso e realizzazione di una nuova Camera Calda, che andrà a ridefinire anche gli spazi interni al DEA.
6. Un nuovo edificio per il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, separato dall'Ospedale ma ad esso collegato con percorsi funzionali, tale da rendere il soggiorno dei pazienti più confortevole.

7. Sviluppo delle funzioni sanitarie legate al Centro Onco-Ematologico e parte ambulatoriale e specialistica.
8. Un nuovo edificio amministrativo esterno, non confliggente con la struttura sanitaria, tale da poter consentire la internalizzazione di parte del personale amministrativo che oggi occupa spazi presi in locazione.
9. La realizzazione di adeguati locali tecnologici (quali ad esempio la nuova Centrale Gas Medicali e la nuova Cabina Elettrica), per dare miglioramenti sostanziali alla funzionalità e alla sicurezza del complesso ospedaliero. E' prevista, inoltre, la riqualificazione dei sistemi di raccolta delle acque piovane e vasche di accumulo per uso irriguo.
10. Qualificazione del patrimonio immobiliare esistente anche attraverso una valorizzazione del verde autoctono.
11. Isola ecologica.

INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA FINANZIATI

I numerosi progetti di ampliamento e riqualificazione edilizia in corso di realizzazione o in fase di pianificazione, vengono presentati di seguito, secondo le principali fonti di finanziamento.

1. Finanziamento Legge n. 448/1998, art. 71 -

Ampliamento Complesso Ospedaliero, stralcio HI Sud, H3 e T

Per la nuova area prospiciente l'attuale struttura ospedaliera, i lavori per la realizzazione dell'ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea, relativi allo stralcio funzionale HI Sud, stralcio funzionale H3 e stralcio funzionale T approvato con deliberazione n. 33 del 17/01/2020, sono in fase avanzata di realizzazione.



Al 31.12.2023 si è proceduto al:

- Completamento lavori stralcio funzionale H3;
- Inizio lavori stralcio funzionale T;
- Prosecuzione lavori stralcio funzionale HI Sud;
- Inizio lavori variante strutturale "Ponte di collegamento".

Nel corso del 2024, si è proceduto alla:

- Prosecuzione lavori stralcio funzionale HI Sud;
- Prosecuzione lavori stralcio funzionale T.
- Con delibera n. 947 del 16/07/2024 è stata approvata la perizia suppletiva e di variante (PV2) e del verbale di validazione relativo ai lavori di ampliamento del complesso ospedaliero

Sant'Andrea relativi allo stralcio funzionale HI Sud (onco ematologia, spazi ambulatoriali ed amministrativi), stralcio funzionale H3 (spazi amministrativi), stralcio T (adeguamento alla normativa antincendio) e nuovo CUP - CIG 5279029889 - CUP: F87E13000210002; F86G17002070003.

- Con delibera n. 1544 del 25/11/2024 si è preso atto della Determina Regionale GI2139 del 17/09/2024 "Art. 71 Legge 448/98 Lavori di ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea relativi allo stralcio funzionale HI Sud, stralcio funzionale H3 e stralcio T. Approvazione perizia di variante".

In relazione alla nuova rimodulazione architettonica è stato inviato in Regione Lazio lo studio di fattibilità per l'acquisizione di apparecchiature ed attrezzature sanitarie da destinare alle nuove aree sanitarie che saranno realizzate nell'ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea.

CRONOPROGRAMMA e QUADRO ECONOMICO:

Inizio lavori il 13/09/2021.

Fine lavori il 22/01/2026.

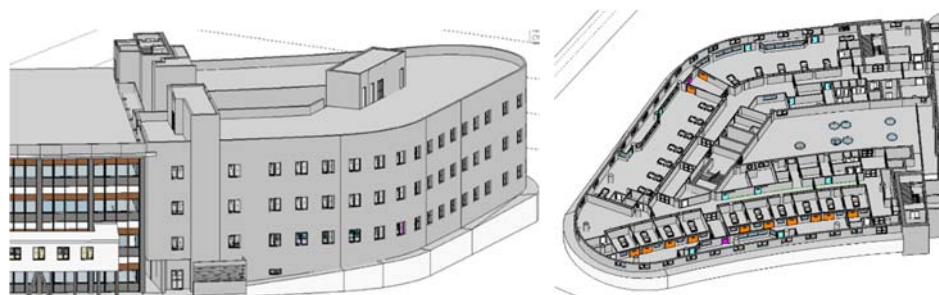
A)	LAVORI A BASE D'ASTA	Progetto esecutivo approvato	Progetto esecutivo di variante "PV2.A" Finanziamento art. 71 Legge 448/1998 CUP F87E13000210002	Progetto esecutivo di variante "PV2.B" Finanziamento scheda 79.1 DGR 861/2017 CUP F86G17002070003
A1	importo lavori escluso sicurezza	15.302.953,88	18.686.268,12	687.514,27
A2	costi della sicurezza	473.287,23	649.480,16	20.000,00
A3	Ribasso unico offerto (27,13%)	4.151.691,39	5.069.584,54	186.522,62
A4	importo lavori ribassato (al 27,13%)	11.151.262,49	13.616.683,58	500.991,65
A5	Progettazione definitiva, esecutiva, coord. Sic. in fase di progettazione	554.485,15	554.485,15	-
A6	Importo complessivo	12.179.034,87	14.820.648,89	520.991,65
B)	SOMME A DISPOSIZIONE			
B1	Incentivi art. 92, D.Lgs. 163/2006 (1,60% importo dei lavori)	84.813,07	143.510,54	4.400,09
B2	Imprevisti 5,00%	581.227,49	500.000,00	50.000,00
B3	Direzione lavori, coord. Sicurezza in fase di progettazione	100.000,00		-
B4	Spese tecniche per verifica progettuale c/cnpaia e IVA	-	75.203,85	-
B5	Ulteriori spese tecniche per prog. Definitiva, esecutiva, coord. Sic. in fase di progettazione variante ostetricia	-	190.034,91	
B6	Collaudatore c/cnpaia e IVA	40.000,00	60.000,00	10.000,00
B7	Collegio Consultivo Tecnico (IVA e C.N.P.A.I.A. compresi)	-	100.000,00	-
B8	Spesa di gara e generali compresa IVA 22,00%	70.000,00	33.789,60	-

B9	Iva 10,00% su lavori	1.162.454,97	1.426.616,37	52.099,16
B10	Iva 10,00% su imprevisti	58.122,75	50.000,00	5.000,00
B11	C.N.P.A.I.A. 4,00% (su progettazione)	22.179,41	29.780,80	-
B12	IVA 22,00% (su spese progettazione e C.N.P.A.I.A.)	126.866,20	170.346,19	-
B13	SAL 1 bis (DM 17/05/2022) a valere su imprevisti iva/c	-	426.242,47	-
B14	IVA 10,00% adeguamento prezzi 2022		100.000,00	
B15	Totale somme a disposizione	2.245.663,89	3.305.524,74	121.499,26
C)	ECONOMIE			
C2	Totale economie di gara rispetto al progetto a stralcio approvato con determina n. B03283 del 29/07/2013	3.131.704,35	-	-
D)	TOTALE	17.556.403,11	18.126.137,62	642.490,90
E)	FINANZIAMENTI			
E1	ART. 71 L. 448/98	17.556.403,11	18.176.456,78	-
E2	Scheda 79.1 DGR 861/2017			642.490,90
E3	Totale finanziamenti	17.556.403,11	18.176.456,78	642.490,90
F)	DIFFERENZA	-	50.283,16	-

2. Finanziamento: D.G.R. n. 671 del 06/10/2020 - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, ai sensi dell'art.2 del D.L. 34/2020.

Sono previsti i seguenti 3 interventi:

- n. 2 interventi per la realizzazione dell'ampliamento di funzioni sanitarie presso l'area OVEST dell'Ospedale Sant'Andrea:
 - Realizzazione di n. 10 posti letto di Terapia Intensiva.
 - Realizzazione di n. 14 posti letto di Terapia Sub-Intensiva (finanziamento completamento DGR 123/2022)
- n. 1 intervento per l'adeguamento delle aree dedicate al percorso del paziente con sospetto di CoViD-19 presso l'attuale area FAST del Pronto Soccorso.



Dettaglio del quadro economico e area degli interventi:

Descrizione	Int. 1 - T.I. 10pl	Int. 2 - S.T.I. 14pl	Int. 3 - Area Emergenza
lavori	€ 1.297.650,45	€ 2.671.889,86	€ 158.884,98
apparecchiature	€ 717.228,56	€ 600.000,00	€ 155.658,07
altro	€ 239.500,89	€ 391.204,55	€ 56.873,39
iva	€ 327.126,58	€ 399.188,99	€ 61.125,38
	€ 2.581.506,48	€ 4.062.283,40	€ 432.541,82
Complessivo	€ 7.076.331,70		

Al 31.12.2023 si è proceduto al:

- ODA n. 1 – 10 PL di Terapia Intensiva.
- ODA n. 2 – 14 PL di Terapia Sub-Intensiva.

Nel corso del 2024, si è proceduto alla:

- Prosecuzione lavori ODA n. 1 – 10 PL di Terapia Intensiva.
- Prosecuzione lavori ODA n. 2 – 14 PL di Terapia Sub-Intensiva.

CRONOPROGRAMMA:

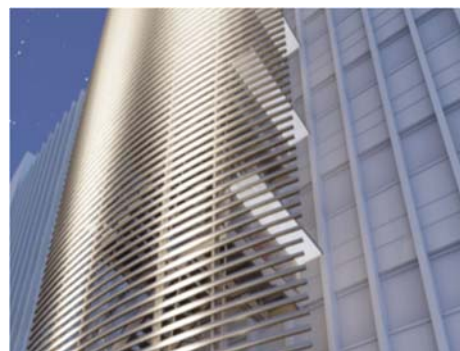
Descrizione Intervento	Inizio Intervento	Fine Intervento
Realizzazione di 10 posti letto di Terapia Intensiva	30/05/2022	31/07/2025
Realizzazione di 14 posti letto di Terapia Sub-Intensiva	30/05/2022	31/03/2025
Adeguamento delle aree dedicate al percorso del paziente CoViD-19	30/03/2022	31/03/2025

3. Finanziamento Deliberazione 22 marzo 2022, n. 123 avente ad oggetto “DGR 671/2020 Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID -19, art.2 del D.L. 34/2020 - Approvazione del Piano rimodulato ed assegnazione finanziamenti integrativi all'A.O. S. Andrea” (pubblicata sul BURL n. 27 ordinario del 29/03/2022) per la realizzazione delle opere strutturali e di completamento dell'involucro per la sopraelevazione del Nuovo Edificio Ovest, piani SI e PT, destinata all'ampliamento dell'area critica (sale operatorie e laboratorio analisi), l'importo complessivo è di € 2.430.309,80 (codice CUP F81B22000660002); l'attività è iniziata nel corso dell'anno 2024 e la conclusione è prevista entro la data del 31/03/2025.

4. Finanziamento: D.G.R. n. 861/2017 – Scheda 80 - Piano antincendio dell'Ospedale Sant'Andrea

L'intervento previsto, di particolare complessità strutturale già approvato dal genio Civile della Regione Lazio, prevede la realizzazione delle scale di sicurezza esterne del corpo torre dell'Ospedale Sant'Andrea:

- n. 1 scala dal piano 10 al piano 1 lato est;
- n. 1 scala dal piano 10 al piano 1 lato ovest;
- n. 1 scala dal piano 1 al piano S1 lato est.



Dettaglio del quadro economico e area degli interventi:

DGR 861/2017- SCHEDA 80		
A)	LAVORI A BASE D'ASTA	
A1	Importo lavori	€ 1.573.929,88
A2	Costi della sicurezza	€ 315.000,00
A3	Totale lavori	€ 1.888.929,88
A4	Importo complessivo	€ 1.888.929,88
B)	SOMME A DISPOSIZIONE	
B1	Incentivi art. 113 D.Lgs. 50/2016 (2,00*0,6% importo lavori)	€ 22.667,16
B2a	Lavori a fattura perspostamenti sottoservizi/attrezzature in copertura	€ 8.000,00
B2b	Imprevisti	€ 129.181,27
B3	Prog. definitiva, esecutiva, coord. sicurezza in fase di prog.	€ 57.359,40
B4	Direzione lavori, coord. sicurezza in fase di esecuzione	€ 56.100,73
B5	Collaudatore	€ 15.488,93
B6	Spese di gara e generali	€ 5.000,00
B7	Iva 10,00% su lavori	€ 188.892,99
B8	Iva 10,00% su B2	€ 13.718,13
B9	C.N.P.A.I.A. 4,00% (su spese tecniche)	€ 5.157,96
B10	Iva 22,00% (su spese tecniche e C.N.P.A.I.A.)	€ 29.503,54
B11	Iva 22,00% (su spese di gara e generali)	€ 1.100,00
B12	Totale somme a disposizione	€ 532.170,11
C)	TOTALE PROGETTO	€ 2.421.100,00

L'inizio dei lavori è previsto entro il primo semestre dell'anno 2025 con conclusione entro l'anno 2026.

5. Finanziamento: D.G.R. n. 861/2018 – Scheda 79

Gli interventi previsti, che avranno inizio nel corso dell'anno nel 2025:

- adeguamento alle normative prevenzione incendi della centrale termo frigorifera che si prevede si concluda nell'ambito dello stesso anno;

- con Determina Regionale GI7961 del 24/12/2024 è stata approvata la perizia di variante sub intervento I "Riqualificazione edilizia ed impiantistica delle aree CUP, dei servizi generali e dei nuovi ambulatori posti al piano terra dell'A.O. Sant'Andrea". Art. 20, Legge 11 Marzo 1988, N. 67 - DGR 861 del 19/12/2017 - Scheda 79 "Riorganizzazione, adeguamento e messa a norma, manutenzione straordinaria e ammodernamento tecnologico dell'Azienda Ospedaliera S. Andrea". Si procederà quindi all'affidamento dell'intervento nell'ambito della perizia di variante generale relativa all'intervento "Lavori di ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea riguardanti lo stralcio funzionale H1 Sud, stralcio funzionale H3 e stralcio funzionale T" nell'ambito dei fondi di cui all' Art.71 Legge 448/98, comprendente anche l'intervento "Centro Unico Prenotazioni" (quindi al suo inizio), per concludersi nell'anno 2026;
- Realizzazione nuove dorsali elettriche (progettazione ed esecuzione lavori).

6. Finanziamento: P.N.R.R. – D.G.R. n. 581/2022

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT):

La Centrale Operativa Territoriale COT dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è prevista al Piano Terra e consta di 150 mq complessivi. Svolge la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei vari setting assistenziali. Oltre ai lavori edili ed impiantistici sono previsti interventi di acquisizioni di Device e sistemi specifici di Interconnessione. I lavori (deliberazione n. 369/2023) sono stati avviati in data 02/08/2023; in data 08/02/2024 sono stati ultimati e in data 25/03/2024 è stato sottoscritto il certificato di collaudo assunto al Protocollo Aziendale al n. 4693 del 25/03/2024 e approvato con delibera n. 392 del 29/03/2024.

7. Finanziamento– DGR n. 22/2024 LAVORI PER IL GIUBILEO 2025

Con Determina di Giunta Regionale n.22 del 18/01/2024, si è proceduto all' Assegnazione di risorse agli Enti del SSR per la realizzazione degli interventi di cui alla DGR 622/2023 ed approvazione dello Schema di Convenzione con la Società Giubileo 2025. In data 15/07/2024 è stato sottoscritto il verbale di inizio lavori relativo all'intervento:

A. Spostamento ambulatori di ginecologia, pediatria ed oculistica del Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma presso parte delle aree attualmente occupate dal reparto di Istopatologia ed adiacenti al Pronto Soccorso stesso. La tipologia di intervento si configura come "lavori di ristrutturazione" necessari alla riallocazione di detti ambulatori. Tali attività si rendono necessarie al fine di liberare le aree destinate ad ospitare la nuova TAC;

B. lavori di installazione di una nuova TAC all'interno del Pronto Soccorso nelle aree attualmente occupate dagli ambulatori di ginecologia, pediatria ed oculistica. Anche in questo caso la tipologia di intervento si configura come "lavori di ristrutturazione". Tali lavori permetteranno la installazione di una nuova TAC.

In data 17/12/2024 è stato redatto il verbale di presa in carico anticipata; la data del collaudo è prevista entro il 30/06/2025.

In data 01/08/2024 è stato sottoscritto il verbale di inizio lavori relativo all'intervento:

C. lavori necessari alla rimodulazione degli spazi all'interno del Reparto di Medicina Nucleare. La tipologia di intervento si configura come "lavori di ristrutturazione". Tali attività si rendono necessarie al fine di liberare le aree destinate ad ospitare la nuova RMN 3T;

D. lavori di installazione di una nuova RMN 3T nelle aree attualmente occupate in parte dal reparto di Medicina Nucleare. Anche in questo caso la tipologia di intervento si configura come “lavori di ristrutturazione”. Tali lavori permetteranno la installazione di una nuova RMN 3T.

La data prevista di fine lavori è il 31/03/2025.

8. MANUTENZIONE STRAORDINARIA

Nuova cabina elettrica (progettazione ed esecuzione lavori) prevista nella DGR n. 378/2023 necessaria al fine di soddisfare le richieste di aumento potenza per l'alimentazione dei nuovi edifici e delle migliori innovazioni tecnologiche di automazione e telecontrollo.

La Direzione Strategica aziendale ha avviato la programmazione di una serie di interventi edilizi e/o di razionalizzazione dell'allocazione dei reparti di degenza nella logica della flessibilità, sicurezza e sostenibilità degli interventi, condividendone le strategie con Sapienza Università di Roma e con la Regione Lazio, al fine di ottimizzare l'organizzazione dipartimentale e la condivisione delle risorse, di valorizzare la realizzazione di alcuni percorsi assistenziali nell'ambito delle discipline “core” e di risolvere alcune criticità “logistiche”, legate ai limiti strutturali dell'edificio originale del complesso ospedaliero.

In questo ambito rientrano i seguenti interventi che potrebbero essere progettati e realizzati nel corso degli anni 2025-2027:

- DGR n. 378/2023
 - o Centro di diagnosi e cura delle patologie cardiache e cardiocirurgiche, realizzazione del "Centro cuore";
 - o Ampliamento delle piastre operatorie;
 - o Nuova cabina elettrica e adeguamento antincendio nosocomio
 - o Nuovo edificio SPDC.
- Realizzazione della sala operatoria ibrida;
- Adeguamento alla normativa tecnica e dei VVF dei quadri elettrici dei piani;
- Realizzazione degli sganci elettrici delle Cabine, Gruppi Elettrogeni e UPS come previsto dalla norma tecnica dei VVF;
- Efficientamento energetico della Centrale Termofrigorifera dell'Ospedale Sant'Andrea e della sua alimentazione elettrica;
- Realizzazione di pensiline fotovoltaiche per copertura dei parcheggi e installazione di colonnine di ricarica elettrica.

Si renderebbe necessario altresì individuare finanziamenti finalizzati a:

- Razionalizzazione della distribuzione dei reparti di degenza presso gli emipiani di degenza, coerentemente con la realizzazione dei nuovi edifici ospitanti il Centro Cuore e i nuovi reparti di Oncologia ed Ematologia, secondo i seguenti criteri aggregativi, alternativi o complementari tra di loro, cercando di uscire dalla logica del mero accorpamento per specialità:
 - a) per settore nosologico, ossia raggruppamenti in base all'appartenenza ad un'unica categoria nosologica delle patologie trattate;
 - b) per intensità delle cure, ossia in base medesime necessità e complessità assistenziali;
 - c) per organo o apparato;
 - c) per grandi aree specialistiche, ossia raggruppamento in rapporto all'omogeneità delle discipline coinvolte.
- Cappotto termico e riqualificazione pilastri del Corpo torre delle Degenze dell'Ospedale;
- Adeguamento funzionale con Manutenzione Straordinaria del Nuovo Pronto Soccorso;

- Miglioramento sismico delle strutture del complesso ospedaliero;
- Lavori di installazione di nuovi generatori di vapore in sostituzione di quelli attualmente in uso presso la Centrale Termica (6000 kg/h);
- Lavori per adeguamento delle Climatizzazioni delle Degenze del corpo Torre dell'Ospedale;
- Trattamento ed accumulo idrico in vasca di laminazione delle acque superficiali;
- Ammodernamento Sistemi di Cablaggio Informatici, di antintrusione e sorveglianza TVCC;
- Lavori per la creazione di sistemi di recupero energetico idronico per n. 30 UTA a servizio dei vari reparti ospedalieri;
- Ammodernamento e Adeguamento dei locali Anatomia Patologica, Morgue e Sale Settorie – Laboratori;
- Riqualificazione Piano 9°;
- Ammodernamento e Adeguamento dei locali di Rianimazione al PI;
- Realizzazione di una nuova Palazzina Amministrativa, al fine di riportare all'interno del complesso ospedaliero le funzioni di supporto e della tecnostuttura, che sono allocate in uffici in affitto presso altro edificio nel quartiere Labaro;
- Realizzazione della sopraelevazione del parcheggio per i dipendenti;
- Nuova Rotatoria presso ingresso lato GRA.

DIGITALIZZAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE TECNOLOGIE

I numerosi progetti nell'ambito della digitalizzazione e aggiornamento delle tecnologie in corso di realizzazione o in fase di pianificazione, vengono presentati di seguito, secondo le principali fonti di finanziamento.

I. Finanziamento: P.N.R.R. - DIGITALIZZAZIONE

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sottolinea l'importanza della transizione digitale come uno dei tre assi strategici per la ripresa del Paese a cui contribuiranno a vario titolo tutte le missioni, inclusa la Missione n. 6, dedicata alla salute, che include le seguenti componenti: “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” e “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”.

La digitalizzazione delle aree di nuova realizzazione, di cui ai finanziamenti DL 34/2020 e Art. 71 della Legge 448/99, è parte integrante della nuova progettualità e sarà attuata mediante i fondi PNRR relativi ad interventi di cui alle DGR 332/2022, 581/2022 e 643/2022.

M6.C2 – I.I.I. AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO - DIGITALIZZAZIONE DEA I E II LIVELLO

Scheda I: importo rimodulato a seguito della DGR 236/2023: € 192.147,15

Fabbisogno tecnologie informatiche (HW/SW/SVCS). Hardware per postazioni di lavoro (PC fissi, portatili, scanner, stampanti, etichettatrici, tablet, antenne wi-fi), acquisizione di tablet per la gestione a letto del paziente, postazioni di refertazione Diagnostica per Immagini, Postazioni di Digital Pathology, Postazioni su carrello per sale operatorie, etc.

L'intervento rappresenta uno step fondamentale sull'infrastruttura per lo sviluppo della digitalizzazione, la cui realizzazione, iniziata nel 2023, proseguita gradualmente nelle annualità 2024, continuerà nel 2025, secondo la programmazione approvata dalla Regione Lazio.

Realizzate negli anni 2023 e 2024, nell'ambito del progetto relativo alla scheda I, le seguenti forniture:

- Servizi di supporto Sanità Digitale – sistemi informativi clinico assistenziali;

- n.150 postazioni pc;
- n.60 stampanti A4 multifunzione;
- n.89 stampanti B/N A4.

Scheda 2 - importo rimodulato a seguito della DGR 236/2023: € 361.193,30

La scheda relativa alla Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino - ha previsto un piano operativo finalizzato alla realizzazione di un progetto di semplificazione e dell'innovazione digitale per l'orientamento e l'accesso ai servizi sanitari dei cittadini, massimizzando l'utilizzo dei dati disponibili in azienda e generati da varie fonti dati. L'intervento iniziato nell'anno 2023, è stato completato nell'anno 2024.

Scheda 4 - importo rimodulato a seguito della DGR 236/2023: € 496.593,63

In riferimento all'intervento denominato "Reti Locali 7 - lotto 3" - Intervento prima fase SK 4 - Fabbisogni ulteriori tecnologie. REING. NETWORK AZIENDALI. CABLAGGIO LAN E WIFICABLAGGIO LAN E WI-FI, nell'anno 2024 sono stati potenziati i cablaggi delle reti LAN e Wi-Fi aziendale con la sostituzione dei RACK.

Scheda 5 - importo rimodulato a seguito della DGR 236_2023: € 254.280,99

Per il funzionamento e l'aggiornamento dei sistemi operativi delle postazioni di lavoro per l'esecuzione del progetto relativo ai servizi di semplificazione e dell'innovazione digitale per l'orientamento e l'accesso ai servizi sanitari dei cittadini per le pubbliche amministrazioni del SSN saranno acquisite licenze Microsoft.

A seguito della rimodulazione delle risorse a disposizioni delle aziende, con la DGR 297/2024 sono proseguiti gli investimenti finanziati dal PNRR.

Scheda 1- importo rimodulato a seguito della DGR 297/2024: € 854.000,00.

Acquisizione di un applicativo nell'ambito dell'intervento denominato "digitaly pathology", che dovrà essere integrato con il LIS. Altresì è prevista l'acquisizione di analoghi applicativi per il DIMA e per l'ematologia, che dovranno anche essi essere integrati con il LIS.

Scheda 2 - importo rimodulato a seguito della DGR 297/2024: € 400.000,00

Ammodernamento RIS/PACS, afferente alla gestione della diagnostica cardiologica: si intende integrare l'applicativo con la piattaforma MUSE NX, dedicata alla cardiologia.

Altresì si amplierà il sistema RIS/PACS per l'acquisizione dei referti e delle immagini da parte degli utenti in rete.

L'intervento prevede anche l'evoluzione della piattaforma ANALITICS a disposizione della diagnostica per immagini.

Scheda 3 - importo rimodulato a seguito della DGR 297/2024: € 550.000,00

Acquisizione di una piattaforma customizzata che consenta la digitalizzazione delle sale operatorie, attraverso la gestione e la visualizzazione dei dati, di rendicontare le performance e di valutare gli indicatori di efficacia ed efficienza.

Scheda 4 - importo rimodulato a seguito della DGR 297/2024: € 120.000,00

Il finanziamento della predetta scheda consiste nell'aggiornamento del sistema informativo di gestione delle prestazioni cliniche che afferiscono al paziente nell'ambito delle attività di reparto e Pronto Soccorso.

Scheda 5: importo € 805.200,00

Acquisizione di una piattaforma per la gestione informatizzata dei flussi e dei servizi farmaceutici comprensiva dell'integrazione con l'armadio farmaci e con il carrello distribuzione farmaco. Attivazione del Dossier Sanitario Elettronico.

Scheda 6: importo € 300.000,00

Aggiornamento della piattaforma AREAS per il modulo repository, al fine di ottimizzare il database con la completezza dei dati riferiti ad eventi e dati clinici degli assistiti - aggiornamento piattaforma ELLIPSE.

Scheda 7: importo € 150.000,00

Aggiornamento della piattaforma AREAS modulo ORDER ENTRY, al fine di ottimizzare la gestione del flusso delle richieste di prestazioni, consulenze e servizi ospedalieri, nonché il monitoraggio dello stato di avanzamento delle richieste e delle informazioni di ritorno.

Intervento: Sanità Connessa e RANSAN

L'intervento Sanità Connessa prevede la fornitura diretta a seguito di bando Infratel della connettività a banda larga per le strutture sanitarie, mentre l'intervento RANSAN prevede la fornitura diretta da parte della Regione Lazio per il tramite di LAZIOcrea S.p.A. della nuova connessione SPC.

L'intervento prevede la connettività a 10 Gbit/s ridondata verso Big Internet e la connettività a 1 Gbit/s mediante anello in fibra per il collegamento tra AUO Sant'Andrea e Regione Lazio.

Dal 2023 si è realizzata per AOUSA la connettività a 1 Gbit/s con RANSAN. La realizzazione degli step successivi proseguirà nelle annualità successive, quindi anche nel 2025, secondo la pianificazione regionale e Infratel nazionale.

Intervento: Strategia Cloud Italia

La Strategia Cloud Italia prevede la migrazione dei sistemi informativi in ambito sanitario (classificati come critici) sul Polo Strategico Nazionale, che ha l'obiettivo di dotare la Pubblica Amministrazione di tecnologie e infrastrutture cloud che possano beneficiare delle più alte garanzie di affidabilità, resilienza e indipendenza.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, in qualità di Soggetto Attuatore individuato dall'avviso multimisura per la presentazione di domande di partecipazione a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - missione I - componente I investimento I.1 "Infrastrutture digitali" e investimento I.2 "Abilitazione al cloud per le PA locali" ASL/AO (marzo 2023), pubblicato sulla Piattaforma PA Digitale 2026 e in scadenza al 19/05/2023, per finanziare le attività di migrazione dei propri servizi On-Premise e On-Cloud classificati, in ottemperanza a quanto previsto dalla Strategia Cloud Italia, con destinazione Polo Strategico Nazionale (PSN).

Il passaggio in Cloud è previsto nell'annualità 2025.

Intervento: COT, Telemedicina, device e interconnessione

L'intervento ha previsto l'acquisto di device per la funzionalità della COT, in conformità con le linee guida emanate dalla Regione Lazio con determina n. G16240 del 24/11/2022 per assicurare l'interoperabilità con la Piattaforma regionale di telemedicina e con gli applicativi aziendali.

Per quanto riguarda l'interconnessione, nel 2024 è proseguito il contratto in essere che prevede l'utilizzo della piattaforma unica per la comunicazione tra le COT dell'SSR.

Per quanto attiene l'intervento COT Interconnessione è stato assegnato all'Azienda Sant'Andrea l'importo complessivo € 52.415,20 di cui € 12.051,29 sono stati utilizzati per l'acquisizione di HW da mettere a disposizione del Team Operativo Ospedaliero (TOH).

In riferimento alla Scheda COT Device, nell'anno 2024 si è proceduto all'acquisizione dei dispositivi medici in seguito alla rimodulazione - Importo: € 71.328,0:

- n. 2 ECG
- n. 10 bilance
- n. 10 smart watch
- n. 1 piattaforma
- n. 11 registratori holter
- n. 1 sw di analisi
- n. 1 modulo di integrazione worklist.

Intervento: Infrastruttura 5G

L'intervento prevede la realizzazione di un impianto DAS per l'erogazione di servizi in rete 5G all'interno della rete dei DEA di I e II livello dell'area metropolitana di Roma e il potenziamento del segnale su tecnologia 4G e inferiori all'interno dell'AOUA.

2. Le nuove tecnologie: gli investimenti programmati nell'ambito dell'ampliamento del complesso ospedaliero, stralcio H1 Sud, H3 e T

In relazione alla nuova rimodulazione architettonica è stato inviato in Regione Lazio lo studio di fattibilità per l'acquisizione di apparecchiature ed attrezzature sanitarie da destinare alle nuove aree sanitarie che saranno realizzate nell'ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea.

L'importo complessivo per realizzare le progettualità approvate con atto deliberativo n.1001 del 26/07/2024 è pari a complessivi € 7.370.945,60 compreso le somme a disposizione per gli oneri accessori.

3. Le nuove tecnologie: gli investimenti programmati nell'ambito dell'ampliamento del complesso ospedaliero, stralcio H1 Sud, H3 e T

In relazione alla nuova rimodulazione architettonica è stato inviato in Regione Lazio lo studio di fattibilità per l'acquisizione di apparecchiature ed attrezzature sanitarie, nonché di sistemi di connettività e interoperabilità di piattaforme gestionali dati da destinare alle nuove aree sanitarie che saranno realizzate nell'ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea.

La richiesta dell'importo complessivo da assegnare per l'attuazione del predetto studio è pari a complessivi € 17.876.551,90 compreso le somme a disposizione per gli oneri accessori.

4. Finanziamento: P.N.R.R. - DGR n. 297/2024

L'utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell'ambito della Missione 6 - Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1 - Sub Investimento 1.1.2: Grandi Apparecchiature Sanitarie prevede per l'Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea n.°26 interventi per un investimento complessivo di € 5.142.400,00:

SK	DESCRIZIONE	IMPORTO COMPLESSIVO i.i.
1	TAC RADIOTERAPIA	5.152.400,04 €
2	GAMMA CAMERA/TC	
3	ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	
4	ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	
5	ANGIOGRAFO VASCOLARE	
6	ANGIOGRAFO VASCOLARE	
7	ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE	
8	ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE	
9	ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE	
10	ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE	
11	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO	
12	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO	
13	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO	
14	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO 3D	
15	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO 3D	
16	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO 3D	
17	ECOTOMOGRAFO GINECOLOGICO 3D	
18	TELECOMANDATO PER ESAMI DI REPARTO	
19	TELECOMANDATO PER ESAMI DI PS	
20	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO 3D	
21	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO 3D	
22	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO 3D	
23	ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE	
24	ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE	
25	ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE	
26	ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE	

5. Finanziamento DGR 22/2024 - Giubileo della Chiesa Cattolica 2025

L'Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea ha investito l'importo complessivo di € 6.832.000,00 dedicato alla ristrutturazione, alla razionalizzazione dei percorsi di emergenza e al potenziamento delle attrezzature di Pronto Soccorso. Le risorse dedicate ai dispositivi medici, per l'importo complessivo di € 3.660.000,00 è stato utilizzato per l'acquisizione delle seguenti tecnologie sostenendo il rinnovo dei percorsi diagnostico assistenziali:

Rif Intervento	CUP	Descrizione	Importo complessivo i.i.
1	F88I23000540003	Letti degenza alta intensità, media intensità, ordinaria	3.660.000,00 €
2	F88I23000540003	Tomografo Computerizzato multistrato di ultima generazione	
3	F88I23000540003	Sistema radiologico portatile con detettore digitale e stand mobile dedicato	
4	F88I23000540003	Monitor medicale per immagini	
5	F88I23000540003	Sistema medicale portatile per somministrazione terapia pazienti	
6	F88I23000540003	Acquisizioni apparecchiature ancillari ai fini dell'ottimizzazione ed efficientamento degli interventi previsti per il Giubileo 2025	
6-1	F88I23000540003	Apparecchio per anestesia	
6-2	F88I23000540003	Monitor multiparametrico	
6-3	F88I23000540003	Carrello per emergenza corredato di monitor defibrillatore	
6-4	F88I23000540003	Iniettore	
6-5	F88I23000540003	Pacchetti clinici specifici per la Spectral CT e aggiornamento della workstation IntelliSpace Portal IX alla versione Advanced Visualization Workspace	

6. Finanziamento DGR 695/2021

L'assegnazione dei fondi destinati alla all'acquisizione in urgenza di apparecchiature di media e bassa tecnologia in sostituzione di attrezzature non più utilizzabili per vetustà od obsolescenza tecnologica e per la manutenzione straordinaria del parco macchine in capo alle Aziende Sanitarie Ospedaliere

ed IRCCS pubblici del Lazio, dedicati alle acquisizioni in urgenza” per un importo complessivo di € 1.000.000,00 ha consentito la sostituzione di 6 sistemi di monitoraggio nei reparti di seguito indicati:

Rif.	TIPOLOGIA DI APPARECCHIATURA	Q.tà	UBICAZIONE	Importo Totale i.i.
.01	Sistema di monitoraggio completo di centrale con n. 6 monitor p.l. + 2 monitor stativo	1	Stroke Unit (6 p.l.)	657.631,93 €
.02	Sistema di monitoraggio completo di centrale con n. 9 monitor p.l. + 2 monitor su stativo	1	Terapia Intensiva (TIPO) 9 p.l.	
.03	Sistema di monitoraggio completo di centrale con n. 8 monitor p.l. + 2 monitor su stativo	1	UTIPO (8 p.l.)	
.04	Sistema di monitoraggio completo di centrale con n. 8 telemetri + 2 monitor su stativo	1	Cardiochirurgia (14 p.l.)	
.05	Sistema di monitoraggio completo di centrale con n. 8 telemetri + 2 monitor stativo	1	Cardiologia (18 p.l.)	
.06	Sistema di monitoraggio completo di centrale con n. 6 monitor + 2 monitor stativo	1	UTIC (6 p.l.)	

7. Finanziamento DGR 861/2017

Nel sottoprogetto 79.5, che prevede il rinnovo e potenziamento tecnologico dell'Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea per un importo complessivo di € 2.877.201,76, sono stati utilizzati € 1.405.108,18 per acquisire:

- o n. 14 tavoli operatori da assegnare ai blocchi operatori aziendali
- o n. 6 ventilatori polmonari da utilizzare nel blocco operatorio I.

8. Finanziamento DGR 770/2016

I fondi di importo pari a € 6219.963,16 destinati come indicato nella DGR 770/2016 e approvati con determina n. G16506 del 04/12/2024, saranno utilizzati dall'azienda per l'acquisizione di apparecchiature sanitarie in sostituzione di attrezzature non più utilizzabili per vetustà od obsolescenza tecnologica e per la manutenzione straordinaria del parco macchine, come di seguito indicato:

- o apparecchi per anestesia n. 4
- o arco a C per chirurgia vascolare n. 1
- o arco a C per chirurgia ortopedica n. 1.

9. Finanziamento DGR 345/2017

L' Azienda Ospedaliera Universitaria Sant' Andrea attraverso i fondi destinati all'acquisizione di apparecchiature sanitarie in sostituzione di attrezzature non più utilizzabili per vetustà od obsolescenza tecnologica e per la manutenzione straordinaria del parco macchine ha investito l'importo complessivo di € 598.572,85, disposto dalla DGR 345/2017, per acquisire nell'annualità 2024 quanto di seguito indicato:

- o Monitor defibrillatore n.5
- o Microscopio confocale dermatologico
- o Centrifughe da banco n. 2

Altresì nell'anno 2025, l'Azienda procederà, mediante l'utilizzo delle risorse dello stesso finanziamento, con l'acquisizione di n. 2 portatili di radiologia.

10. Gli altri investimenti programmati

La Direzione Strategica aziendale ha avviato la programmazione di una serie di investimenti riguardante l'acquisizione di apparecchiature e tecnologie, nonché di applicativi, SW e HW interessanti le seguenti aree.

- Area Radiologica, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
 - o Risonanza magnetica 3 Tesla
 - o Sistemi di radioscopia mobile
- Blocchi Operatori, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
 - o N. 1 sistema di monitoraggio intraoperatorio
 - o N. 2 Amplificatori di Brillanza digitali
 - o N. 1 Microscopio operatorio per oculistica con OCT
- Area Ambulatoriale, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
 - o Colonna endoscopica per Chirurgia Toracica
 - o Microscopio laser confocale dermatologico
 - o Sistema per litotrissia urologica
 - o Sistema per videoendoscopia interventistica per Pneumologia
 - o Sistema per lo screening del carcinoma anale
 - o Sistema di coloangioscopia per la diagnosi e il trattamento delle malattie pancreatico-biliari
- Area Anatomia Patologica, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
 - o N. 1 scanner per la digitalizzazione di vetrini a servizio della Digital Pathology
 - o N. 1 Sistema automatizzato di tracciabilità / rintracciabilità per l'archiviazione di bio-cassette e vetrini per la UOC Anatomia Patologica.
- Area ospedaliera generale nel cui ambito si prevede:
 - o Il potenziamento dei sistemi implementati per garantire la cybersecurity per le apparecchiature medicali, nonché garantire la loro funzionalità e la loro specificità in relazione alla loro applicazione in rete e/o interfacciamento con altri applicativi.
 - o L'acquisizione di SW di Intelligenza Artificiale
 - o Il proseguimento del processo di affinamento e aggiornamento tecnologico teso all'ammodernamento dell'infrastruttura software esistente;
 - o L'acquisizione di piattaforme informatiche e software gestionali che, integrati sia con applicativi regionali che con applicativi aziendali, consentono la gestione informatizzata dei processi amministrativi, sanitari e clinici.

POTENZIAMENTO DELLA TELEMEDICINA

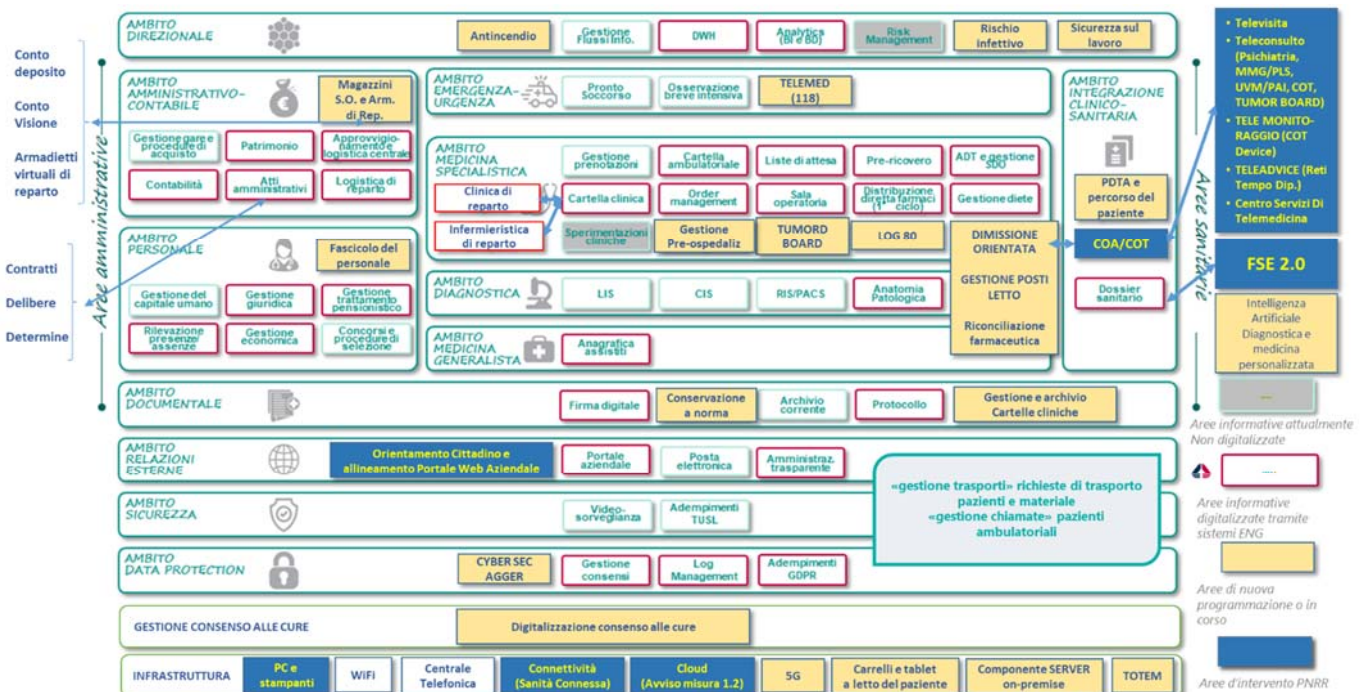
La normativa europea relativa al “European Data Spaces” e la creazione dell'Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale, presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), così come gli enormi investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'implementazione al sistema della telemedicina nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, vanno nella direzione di creare uno spazio comune in cui raccogliere tutti i dati sanitari dei pazienti, sia a livello europeo sia nazionale, per creare quello che, il decreto che istituisce la neonata Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale, chiama “Ecosistema di Dati Sanitari”.

Nell'ambito delle azioni di centralizzazione delle piattaforme, sia del FSE sia della telemedicina, ovvero dei due principali sistemi di aggregazione di dati sanitari che non sono ancora in grado di comunicare tra

loro, va sottolineato che la vera telemedicina non può essere ridotta a un consulto che avviene tramite WhatsApp, oppure a una visita medica basata sull'impiego di App dei grandi "player" dell'Information Technology.

La telemedicina va collocata in un approccio più ampio, che prevede la reingegnerizzazione dei processi organizzativi, fortemente ancorati a processi analogici che, proprio di recente nel corso dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione di SARS-CoV-2, hanno dimostrato il loro fallimento. Il rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale non può prescindere dalla rimozione di procedure altamente analogiche ancora presenti al suo interno.

Nell'ambito di uno scenario e di un mercato dell'innovazione tecnologica altamente dinamico e veloce, che si sta via via definendo, a partire dalla diffusione della Carta d'Identità Elettronica (CIE) come unico sistema di identificazione del paziente e di aggregazione di dati clinici e sanitari, sostituendo tutti gli altri sistemi attualmente in uso, per continuare con la possibilità di generare dati sanitari in modo automatico tramite dispositivi indossabili, la disponibilità di applicazioni che consentono al paziente di raccogliere autonomamente alcuni dati (per esempio, parametri vitali, sintomatologia, assunzione del farmaco ecc.) e di indirizzarli direttamente alla dashboard della struttura o del medico che lo ha preso in carico, la presenza di piattaforme di telemedicina che permettono visite e colloqui a distanza fra personale sanitario e paziente, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha progettato, nel corso del 2023, il proprio **"Ecosistema digitale"**, rappresentato nello schema seguente, quale sistema integrato di ambiti, piattaforme, attività e procedure trasversali all'intera Azienda e coinvolgenti l'area sanitaria, l'area amministrativa e tutti i fornitori di servizi digitali, sul quale definire la pianificazione degli investimenti, la pianificazione della formazione del personale, la revisione dei processi, la documentazione e la certificazione delle attività in ottica digitale.



L'Azienda ha avviato il completamento della digitalizzazione delle attività assistenziali che realizzano i percorsi di diagnosi e cura e sviluppare progressivamente percorsi di telemedicina in una logica di integrazione con le ASL territoriali, secondo le seguenti due direttrici:

1. Lo sviluppo dell'interoperabilità tra tecnologie biomedicali, dispositivi medici e piattaforme software, nel cui ambito saranno sviluppati:

- Il rapporto tra professionisti nella rete dell'emergenza: il teleconsulto nell'ottimizzazione dei percorsi nel Pronto Soccorso nella rete regionale;
- La tele cooperazione chirurgica come strumento di formazione e supporto sul campo operatorio;
- La digitalizzazione e telemedicina come strumento di flessibilità organizzativa nelle reti aziendali, interaziendali funzionali e per la presa in carico dei pazienti con polipatologie;
- La tele psicologia nelle reti aziendali;
- Gli strumenti digitali per migliorare la qualità dell'assistenza: l'accertamento infermieristico;
- Sistemi digitali per la Centrale Operativa Ospedaliera per la transizione delle cure nella dimissione orientata e bilanciamento tra l'offerta e la domanda di prestazioni;
- Tele-diagnostica per il supporto alla diagnosi a distanza e per le seconde opinioni nei casi complessi.

2. L'ospedale a casa del paziente: la digitalizzazione e l'utilizzo della telemedicina per il potenziamento dell'assistenza in prossimità e lo sviluppo delle competenze, nel cui ambito saranno approfonditi:

- Sviluppo e supporto all'autocura e alla gestione del paziente attraverso l'applicazione dei modelli di e-health da remoto;
- Investire in qualità di vita: la teleassistenza e telecontrollo nella terapia del dolore, nelle cure palliative, nelle malattie croniche, nelle patologie onco-ematologiche;
- Sviluppo dei sistemi di telecontrollo per l'aderenza terapeutica.

Il quadro complessivo degli investimenti pianificati nel triennio per realizzare l'Ecosistema Digitale aziendale è sintetizzato nella seguente tabella.

DESCRIZIONE INTERVENTO E TIPOLOGIA DI INVESTIMENTO		Valore economico (su costi anno 2023)				
Descrizione dell'investimento (titolo)	Ambito investimento	Valore economico anno 2023	Valore economico anno 2024	Valore economico anno 2025	Valore economico anno 2026	Totale valore economico
Sale operatorie (areas BO)	Sanitario		61.000 €	61.000 €	61.000 €	183.000 €
Tumor Board - Navify	Sanitario	36.145 €	36.145 €	36.145 €		108.434 €
UFA - LOG 80	Sanitario	47.346 €	31.232 €			78.578 €
UFA - LOG 80 - SERVIZI ENGINEERING	Sanitario	37.759 €				37.759 €
COT	Sanitario	42.700 €				42.700 €
DEVICE PER TELEMEDICINA COT	Sanitario	71.328 €				71.328 €
PDITA - SOFTWARE	Sanitario	204.350 €	148.840 €			353.190 €
Orientamento al cittadino	relazioni esterne		366.270 €			366.270 €
Orientamento al cittadino - Navigazione indoor	relazioni esterne		61.000 €			61.000 €
Cyber security - Elettromedicali	Cyber security	32.533 €	97.600 €	97.600 €	65.067 €	292.800 €
Cyber security - IT	Cyber security	51.761 €	207.044 €	207.044 €	155.283 €	621.133 €
Cyber security - Firewall virtuale	Cyber security		32.533 €	32.533 €	32.533 €	97.600 €
Cyber security - TERZA COPIA DI BACKUP	Cyber security	24.400 €	73.200 €	48.800 €		146.400 €
PDL e stampanti	Infrastruttura	155.153 €	729.338 €			884.491 €
ESPERTO INDIPENDENTE	Infrastruttura	58.938 €				58.938 €
LAN 7	Infrastruttura	225.962 €	395.731 €			621.693 €
CLOUD ITALIA	Infrastruttura	680.000 €				680.000 €
TELEFONIA - SOSTITUZIONE PARCO DECT	Infrastruttura	12.200 €	12.200 €	12.200 €		36.600 €
CARRELLI E MONITOR	Infrastruttura		366.000 €	427.000 €		793.000 €
TABLET MEDICALI	Infrastruttura		122.000 €	183.000 €		305.000 €
STAMPANTI DI BRACCIALETTI	Infrastruttura		36.600 €	61.000 €		97.600 €
HW VARIO - Stampanti etichette	Infrastruttura	14.640 €	14.640 €	14.640 €		43.920 €
DIGITALIZZAZIONE DEL FASCICOLO DEL PERSONALE	Amministrativo	45.750 €	183.000 €	183.000 €	183.000 €	411.750 €
TOTALE		1.695.215 €	2.791.373 €	1.180.962 €	313.883 €	6.393.184 €

2. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INTRA-OSPEDALIERA E COOPERAZIONE FUNZIONALE TRA AZIENDE

La realizzazione di un sistema di networking è attualmente uno dei temi centrali della programmazione sanitaria. Negli ultimi anni le organizzazioni in rete sono state promosse come una risposta di forte interesse per affrontare alcune delle preminenti esigenze delle attuali organizzazioni sanitarie. In particolare, le reti vengono giudicate fondamentali per raggiungere obiettivi di qualità e sostenibilità delle cure che altri modelli organizzativi non riescono a soddisfare pienamente.

La frammentazione erogativa conseguente ad un sistema ancora troppo incentrato sull'autonomia programmatoria delle singole unità operative è oggi uno dei principali elementi di criticità dei sistemi sanitari e le reti aziendali sono ritenute la dimensione ottimale nella quale orientare i servizi per rispondere a cluster di pazienti i cui bisogni di salute travalicano la “sfera di azione” di una singola unità operativa.

È necessario potenziare ulteriormente lo sviluppo delle reti passando da una “organizzazione in rete”, che si incentra principalmente su un coordinamento tecnico-scientifico e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, ad una “organizzazione a rete”, concepita come un insieme di servizi interdipendenti ed in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazione fortemente strutturate.

La Rete deve poter contare su Infrastrutture informatizzate con possibilità di creare un sistema di comunicazione tale da rendere il cittadino/utente parte attiva dei percorsi attraverso l'interazione diretta con i “centri di competenza”.

L'applicazione della cooperazione funzionale tra aziende si prefigge l'obiettivo di sviluppare modelli organizzativi e modelli clinico-assistenziali con lo scopo di:

- mantenere la qualità elevata delle prestazioni e garantire maggiore sicurezza nella erogazione delle cure attraverso la concentrazione della casistica per le risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica;
- garantire l'accessibilità a risposte con contenuti clinici avanzati anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione promuovendo al contempo il concetto di prossimità, riducendo ai tempi strettamente necessari la permanenza negli Hub (percorsi facilitanti tra livelli, equipe itineranti, precoce rinvio alle strutture di prossimità);
- raggiungere una flessibilità organizzativa in modo da rispondere proattivamente ai cambiamenti dei bisogni sanitari evitando le duplicazioni delle prestazioni e la sovrapposizione di interventi;
- avere a disposizione un serbatoio di competenze e tecnologie che diventano patrimonio dell'intero SSR che di conseguenza è in grado di fornire risposte di grande valore (value) e di pianificare un recupero di efficienza con investimenti mirati e ottenere possibili risoluzioni a problemi legati alle carenze di dotazione organica/strutturale/diagnostica;
- dare la possibilità agli operatori di aumentare il livello di expertise attraverso il confronto e costituire un serbatoio di competenze tecnico-professionali e organizzative.

Tra il 2023 ed il 2024 sono stati portati avanti e realizzati diversi progetti:

- ✓ Istituzione e ammodernamento strutturale funzionale della COT-H Aziendale Sant'Andrea;
- ✓ Mandato per progetto condiviso con le ASL territoriali del quadrante nord-est;
- ✓ Stipula della Convenzione con ASL RM1, RM4 e RM5 per il piano di integrazione per la gestione della dimissione di casi complessi e le cure di transizione.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha adottato un modello operativo per la gestione integrata dei percorsi assistenziali in continuità tra ospedale e territorio, definito nella procedura P/919/151 "Procedura per l'attivazione della Centrale Ospedaliera delle dimissioni", adottata con deliberazione n. 531 del 10.05.2023.

In quanto struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria, la **COT-H** opera in continuità con le altre professioni sanitarie e con le unità operative di ricovero, con funzioni di facilitazione per l'appropriatezza del percorso assistenziale e per le relazioni inter e intra professionali nel cambio di setting.

Lo staff è costituito da operatori appartenenti a profili diversi, medici di direzione sanitaria, infermieri, assistenti sociali; al suo interno opera un pool di figure professionali esperte nella valutazione avanzata dei casi e nella pianificazione del percorso di dimissione. A seconda delle specifiche esigenze, il team è integrato da professionisti con diverse competenze, afferenti alle unità operative dell'Azienda, medici specialisti e altri professionisti sanitari che vengono attivati sulla base delle caratteristiche e della complessità dei casi.

Nell'assolvimento delle sue funzioni, la COT-H non si sostituisce alle attività proprie dei reparti di ricovero, ma rappresenta l'interfaccia dell'ospedale per il territorio, nella pianificazione delle dimissioni complesse che richiedono la presa in carico del paziente e l'organizzazione logistica della transizione verso il setting territoriale di destinazione. La COT-H non entra in contatto diretto con il paziente, poiché il rapporto con il paziente e la sua famiglia è gestito dai professionisti che lavorano all'interno delle degenze, ma interviene su casi già identificati in reparto come eleggibili per dimissione complessa.

Tutto il processo è documentato sulla piattaforma informatizzata AREAS che, nel corso del 2024, è stata ulteriormente implementata per comprendere anche l'Agenda di Dimissione, in grado di facilitare la documentazione delle varie fasi e la misurazione degli indicatori di monitoraggio.

Con riferimento all'operatività della COT H sono stati sviluppati processi di monitoraggio dell'attività attraverso la definizione di un cruscotto informatico gestionale e adottati modelli organizzativi che hanno consentito l'individuazione più tempestiva dei pazienti gestibili con l'ausilio della COT, che hanno consentito una più efficiente ed efficace gestione delle dimissioni di pazienti "smistabili" ad altri setting assistenziali, con l'effetto di ridurre la pressione delle degenze in area medica generata dai pazienti provenienti dal PS. Il modello prevede diversi step concentrici, ed ha interessato la gestione di n. 1.969 pazienti nel corso del 2024:



Sulla base delle risultanze dell'accertamento infermieristico, è possibile rilevare la condizione di rischio potenziale e formulare una previsione per dimissione difficile, con attivazione della centrale operativa da parte del medico di reparto.

All'attivazione della Centrale Operativa, segue la valutazione di secondo livello del Care Manager per la conferma delle criticità socio-assistenziali, con segnalazione di pre-alert all'ASL di residenza del paziente e convocazione della Unità di Valutazione Multi Dimensionale ospedaliera (UVMD-H). La UVMD-H identifica le necessità assistenziali del paziente e il corretto setting per la prosecuzione in post-acuzie, redige il Piano Assistenziale Individuale provvisorio (PAI) e lo invia all'Asl di residenza del paziente.

In seguito al confronto tra la UVMD-H e la Unità di Valutazione Multi Dimensionale Territoriale (UVMD-T), il caso clinico viene preso in carico dalla COA dell'ASL di residenza, redigerà il PAI definitivo e programmerà il trasferimento presso la struttura individuata.

Alla dimissione del paziente con trasferimento presso la struttura individuata, viene predisposta l'"Agenda di Dimissione" da consegnare al paziente, che raccoglie una serie di documentazione sanitaria e informativa. L' "Agenda di Dimissione" è stata pienamente attivata a partire dal mese di novembre 2024, ed è costituita da:

- copertina fascicolo
- documenti sanitari (da stampare su carta):
 - lettera di dimissione
 - riconciliazione farmacologica
 - follow up
 - diario nutrizionale
 - PAI
- documenti di carattere informativo (dematerializzati):
 - schede tematiche
 - documenti e video-tutorial di autocura

Mediante il QR Code visibile sulla copertina dell'Agenda, l'utente accede ad un'area riservata del sito aziendale AOU S. Andrea per consultare i documenti di carattere informativo ed essere indirizzato a:

- ✓ scheda informativa
- ✓ documenti di autocura
- ✓ canale YouTube di Nursing for Care
- ✓ link alla modulistica da scaricare (richiesta copia cartella clinica, esami radiologici, etc.).

Per il 2025 l'Azienda intende lavorare sui punti emersi come "critici" nel corso del 2024, ed in particolare:

- Migliorare l'aderenza alla procedura in termini di segnalazione dei casi;
- Sviluppare il lavoro in team di medici e infermieri all'interno dei reparti di degenza nella presa in carico dei casi;
- Migliorare l'appropriatezza nella richiesta dei setting post dimissione;
- Attivare la COT-H a partire dal Pronto Soccorso per una più precoce individuazione dei pazienti fragili;
- Investire sulla formazione riguardo agli aspetti di presa in carico del paziente e sul tema dell'appropriatezza dei setting di dimissione attraverso la discussione di casi clinici.

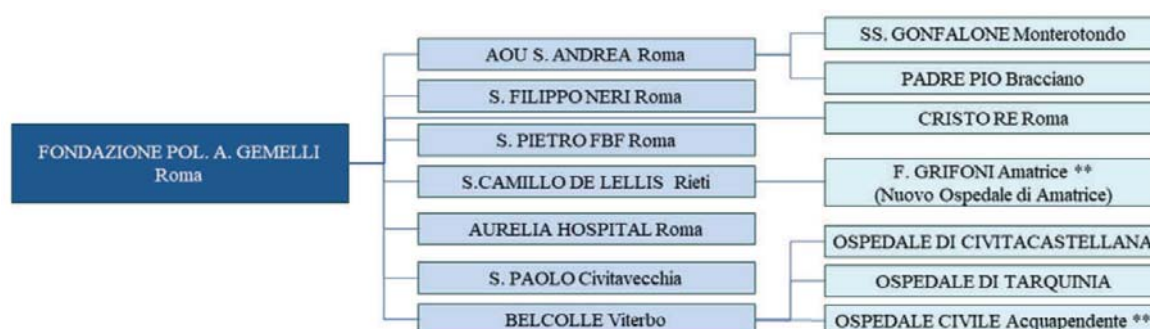
L'attenzione verso tali aspetti di inter-operatività porta alla definizione di **“ospedale senza muri”**, inteso come un'organizzazione sempre più multi-disciplinare e multi-professionale, in cui equipe di professionisti che lavorano per gli stessi obiettivi condividono la dotazione di strumenti altamente tecnologici a garanzia della continuità assistenziale intra-ospedaliera e l'integrazione con le ASL territoriali attraverso percorsi strutturati condivisi e formalizzati.

SVILUPPO E GESTIONE DELLE RETI DI EMERGENZA URGENZA

La gestione dell'emergenza sanitaria della Regione Lazio, aggiornata con la DGR n. 869 del 07.12.2023 “Approvazione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”, si avvale delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate per il sistema di risposta ospedaliera e dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES I18) per le attività di gestione e coordinamento della fase di allarme e di risposta extraospedaliera. Il sistema dell'emergenza si integra con la continuità assistenziale garantita dall'ARES I18 e dalle Aziende Sanitarie.

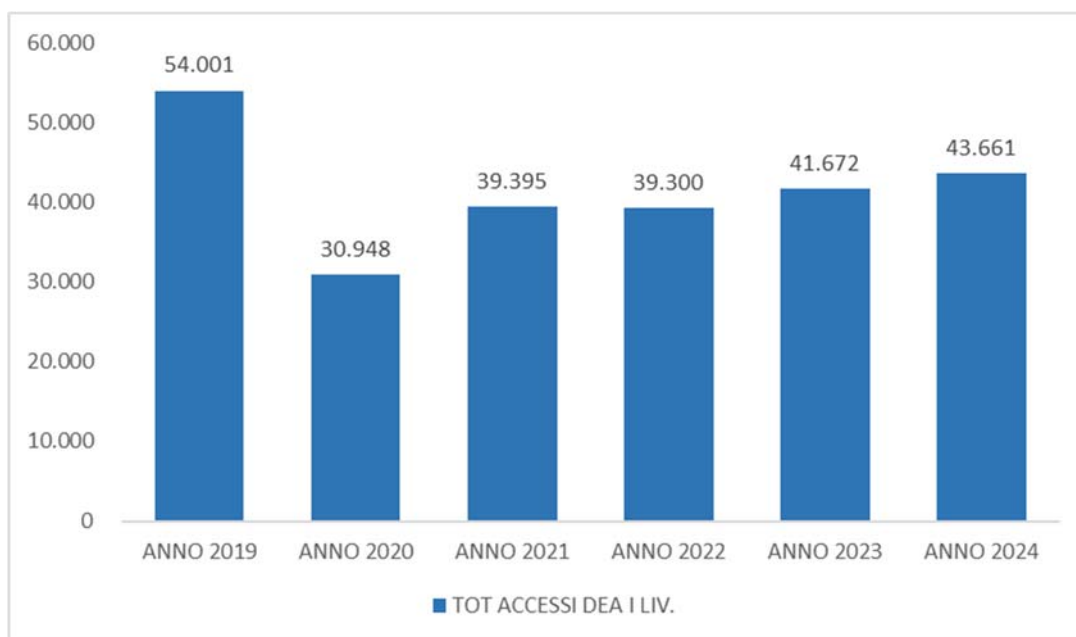
In coerenza con il DM 70/2015, la rete dell'emergenza ospedaliera costituisce l'architettura del Sistema ospedaliero, con la definizione dei Centri Hub e Spoke e le Aree di riferimento; su questo modello sono sviluppate tutte le Reti Tempo-dipendenti, che si differenziano per alcuni Hub in relazione alla disponibilità di specifiche competenze specialistiche.

Nell'ambito della rete dell'Emergenza regionale, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è inquadrata dal 2010 come DEA di I livello ed è ricompresa nella Macroarea che afferisce alla Fondazione Policlinico A. Gemelli, come rappresentato nello schema seguente:



La collocazione geografica nel contesto metropolitano, nell'area nord di Roma, in immediata prossimità del GRA e di arterie di grande comunicazione (Vie Flaminia, Cassia, Salaria, diramazione autostradale Roma Nord) mettono il DEA del Sant'Andrea in diretto e rapido collegamento con il territorio settentrionale della provincia romana e in condizione di facile accessibilità anche dalle province di Rieti e Viterbo.

Il numero degli accessi annuali rappresentato nella tabella seguente evidenzia negli ultimi anni il raggiungimento di un plateau intorno ai 50.000 accessi/anno, interrotto dalla pandemia da CoViD-19.



Il Pronto Soccorso/DEA è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la mission del Pronto Soccorso appare complessa: “garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita”.

In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si genera il cosiddetto sovraffollamento (overcrowding). Tale fenomeno deve essere nettamente distinto dalle così dette “maxi-emergenze”, il cui determinismo si basa su cause diverse e che richiedono l’attuazione di specifiche misure organizzative. Tra le cause che determinano tale fenomeno, si considerano generalmente fattori in ingresso (“input”), fattori interni strutturali (“throughput”) e fattori di uscita (“output”).

Il fattore input si riferisce ad un eccessivo e rilevante accesso di utenti al Pronto Soccorso, determinato negli ultimi anni dall’insorgenza di nuovi bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall’aumento del numero di pazienti complessi, dall’avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura; è noto che una parte di tali bisogni assistenziali potrebbe trovare risposte adeguate già nell’ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all’interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare.

Il fattore throughput fa riferimento ad un rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche che necessitano della collaborazione dei servizi specialistici.

Il fattore output comprende sia la difficoltà a ricoverare per indisponibilità di posto letto nelle Unità Operative di destinazione, sia il prolungamento della durata di ricovero (dovuta, ad esempio, ad un insufficiente livello di efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri), sia la difficoltà a dimettere i pazienti al termine dell’episodio di ricovero (con particolare riguardo ai pazienti in condizione di fragilità sul piano socio-sanitario). Tali difficoltà sono in parte riconducibili all’insufficiente diffusione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) intraospedalieri e integrati tra ospedale e territorio.

L’analisi condotta sulla base dei dati disponibili sulle fasi di “input”, “throughput” e “output” che connotano i percorsi assistenziali di Emergenza-Urgenza realizzati all’interno dell’Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Andrea, ha permesso di identificare le seguenti principali criticità:

- I. Eccessiva pressione del numero degli accessi trasportati con ambulanza 118;

2. Lunghi tempi di attesa tra l'effettuazione del triage e l'inizio del trattamento in Pronto Soccorso;
3. Durata del trattamento in Pronto Soccorso eccessivamente prolungata, soprattutto per i casi da ricoverare in area medica;
4. Da migliorare la realizzazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri dei ricoveri urgenti;
5. Durata della degenza dei ricoveri urgenti in area internistica in media eccessivamente prolungata;
6. Difficoltà a trasferire i pazienti degenti verso le strutture di post-acuzie per la prosecuzione del percorso assistenziale in altro e più appropriato setting.

Sono molte le azioni intraprese negli ultimi anni dall'Azienda, intervenute a livello strutturale e organizzativo nell'ambito delle varie fasi del processo assistenziale tese al contenimento delle problematiche connesse all'Emergenza, tra cui le più recenti:

- Riorganizzazione dei servizi di accoglienza e di comunicazione interna ed esterna;
- Riorganizzazione e ampliamento degli Spazi in Pronto Soccorso: Accoglienza, triage, sale codici per profilo di urgenza, OBI, Area Boarding e Medicina d'Urgenza;
- Potenziamiento dei percorsi di Fast Track;
- Revisione degli standard per codice e definizione del cruscotto di flusso con Regione Lazio e Ares I18;
- Adozione della "Procedura per la gestione del percorso in Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'Urgenza, Boarding e Holding area – P/919/149".
- Ottimizzazione delle funzioni di Bed Management dedicate al Pronto Soccorso;
- Monitoraggio del blocco ambulanze presso il PS, con report giornaliero, trimestrale ed annuale.
- Revisione dei principali percorsi assistenziali:
 - Percorso trauma maggiore
 - Percorso per il trauma cranico
 - Percorso sullo stroke, trombolisi e trombo-aspirazione
 - Percorso sul dolore toracico acuto fino all'angioplastica primaria
 - Percorso paziente emorragico con recupero sangue e PBM
 - Percorso per pazienti con frattura di femore.
- Sviluppo e adozione di un cruscotto di monitoraggio in tempo reale e un sistema di reportistica periodica, delle quali si è definito il setting minimo di indicatori;
- Attivazione della COT-H e definizione dei percorsi/procedure operative per la continuità assistenziale in applicazione dei protocolli di intesa con Asl Rm1, Asl Rm4 e Asl Rm5 finalizzati all'identificazione e al trasferimento dei pazienti ricoverati nel setting assistenziale post-acuto adeguato;
- Sviluppo e adozione dell'"Accertamento Infermieristico" quale strumento di assessment secondo modelli funzionali Gordon, per l'analisi dei fabbisogni dei pazienti in fase iniziale del ricovero, la personalizzazione della continuità delle cure e la riduzione della durata di degenza mediante strumenti e modelli informatizzati facenti parte della cartella clinica informatizzata;
- Adozione di un protocollo condiviso tra i professionisti e con le ASL territoriali RM1, RM4, RM5 per la "Dimissione orientata", finalizzato alla corretta transizione e continuità delle cure nelle strutture intermedie e nel territorio, applicazione in tutti i reparti di degenza.

Tutto il processo viene costantemente monitorizzato attraverso cruscotti informatizzati e reportistica settimanale, mensile e trimestrale, le cui evidenze vengono condivise e discusse periodicamente tra la Direzione, il TOH, la Centrale Operativa ospedaliera e i Responsabili delle Unità Operative.

Le azioni pianificate per il 2025 finalizzate a migliorare il percorso di emergenza-urgenza, soprattutto riguardo alla riduzione dei tempi di attesa e dei tempi di trattamento dei pazienti, sono sintetizzati di seguito:

- Potenziamento dell'organico afferente al Pronto Soccorso, personale medico e infermieristico;
- Facilitazione dei trasferimenti verso altre strutture curate dalla COT-H;
- Potenziamento delle attività di Tele-Consulto con le strutture costituenti i nodi delle principali reti assistenziali regionali (HUB-SPOKE), compresa la rete per l'Emergenza, utilizzando la piattaforma regionale TELE-ADVICE.

LA RETE PER LA SALUTE MENTALE

Il Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 “Salute e inclusione”, approvato con la DGR n. 762 del 29.09.2022, in continuità con il Piano di Azione Europeo 2013-2020¹, individua e definisce gli obiettivi e le azioni strategiche necessarie per potenziare e qualificare l'assistenza a tutela della salute mentale della persona accompagnandola in tutto il ciclo della propria vita, dal concepimento alla nascita - con interventi a supporto dei genitori e del contesto familiare -, nelle successive fasi dell'infanzia, adolescenza, età adulta ed età senile², con interventi sulla persona e sul gruppo familiare e/o di appartenenza.

Il Piano regionale mira al rafforzamento dei sistemi per la salute mentale con l'interazione di tutti i partecipanti istituzionali pubblici, del privato accreditato e del terzo settore, in modo tale che le persone possano essere curate il più possibile nei contesti familiari e di comunità o attivando progetti terapeutici riabilitativi individualizzati basati sul budget di salute che rappresentano un'importante innovazione tesa ad evitare la cronicizzazione della patologia psichica della persona e a favorire la sostenibilità per il S.S.R..

Nell'ambito dello scenario delineato dal Piano regionale, caratterizzato da una serie di azioni volte a migliorare e qualificare la rete integrata dei servizi sanitari territoriali, distrettuali e ospedalieri, che a vario titolo intervengono con prestazioni e trattamenti a tutela della salute mentale dei cittadini, intercettando precocemente il bisogno e diversificando in modo appropriato le tipologie di risposta, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea garantisce il livello assistenziale ospedaliero attraverso la UOC Psichiatria, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero, in applicazione della Determinazione regionale n. G08249 del 24.06.2022, che aggiorna i bacini di afferenza per il ricovero in SPDC come riepilogato nella tabella seguente:

ASL	SPDC	Bacino afferente
ASL Roma 1	Ospedale Santo Spirito (Roma)	I, XIII
	Ospedale San Filippo Neri (Roma)	XIV, XV
	Policlinico Umberto I (Roma)	II, Ex VI CSM Casilina, V*
	AOU Sant'Andrea (Roma)	III
ASL Roma 2	AO San Giovanni Addolorata (Roma)	VII
	Ospedale Pertini (Roma)	IV, Ex VII CSM via degli Eucalipti
	Policlinico Tor Vergata (Roma)	VI
	Ospedale S. Eugenio (Roma)	VIII, IX
ASL Roma 3	Ospedale G.B. Grassi (Roma)	X, Fiumicino
	Ospedale San Camillo- Forlanini (Roma)	XI, XII
ASL RM4	Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano	F1, F2, F3
ASL RM5	Ospedale di Monterotondo	G1, F4 (RM4)
	Ospedale S. Giovanni Evangelista (Tivoli)	G2, G3
	Ospedale L. Parodi Delfino (Colleferro)	G4, G5, G6
ASL RM6	Ospedale dei Castelli (Ariccia)	H2, H4, H6
	Ospedale S. Sebastiano (Frascati)	H1, H3, H5
Viterbo	Belcolle (Viterbo)	Provincia di Viterbo
Rieti	Polo Unificato (Rieti-Amatrice)	Provincia di Rieti
Latina	P.O. Latina Nord – Santa Maria Goretti (Latina)	Provincia di Latina
	P.O. Latina Sud – Dono Svizzero (Formia)	Provincia di Latina
Frosinone	P.O. Unificato (Frosinone-Alatri)	Provincia di Frosinone
	Ospedale Santa Scolastica (Cassino)	Provincia di Frosinone
	Ospedale Civile S.S. Trinità (Sora) **	Provincia di Frosinone

Gli obiettivi che l'Azienda intende continuare a sviluppare nel triennio si svilupperanno nei seguenti ambiti:

1. Servizio di salute mentale di precisione e farmacogenomica

Nell'ambito della psichiatria di precisione ci si può avvalere, a seconda delle indicazioni e delle necessità dei casi, di metodiche di diagnostica molecolare avanzata che analizzano la concentrazione dei farmaci nel sangue periferico e di valutazioni riguardanti le interazioni farmaco-farmaco e farmaco-genomiche.

Tali metodiche possono essere di supporto alla definizione di una specifica strategia terapeutica farmacologica che miri a limitare gli effetti collaterali e a migliorare l'efficacia sul quadro sintomatologico.

Il Servizio è rivolto principalmente a pazienti ambulatoriali che manifestano:

- disturbi psichici farmacoresistenti,
- disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo,
- disturbi psichici in comorbidità con patologie oncologiche.

Aree di sviluppo futuro:

- disturbi correlati a stress da CoViD-19,
- disturbi dello spettro autistico e altri disturbi del neurosviluppo nell'età adulta,
- disturbi psichici in comorbidità con sindrome dell'intestino irritabile e disbiosi intestinale.

2. Servizio per la prevenzione del suicidio e ambulatorio per disturbi d'ansia e dell'umore negli adolescenti

Si prevede un approccio riabilitativo dell'individuo a rischio di suicidio attraverso la costituzione di una rete regionale e la realizzazione di un network efficace anche attraverso lo sviluppo di un linguaggio comune di intervento in modo che l'Azienda possa diventare interlocutore importante per altre realtà aziendali, in sinergia con le politiche istituzionali. Il Servizio è già citato nella mozione I-00536 in materia di suicidio, approvata dalla Camera dei Deputati in data 14 giugno 2022, finalizzata ad impegnare il Governo ad attuare interventi per la prevenzione del fenomeno. Le attività del Servizio per la Prevenzione del suicidio già soddisfano parte dei 22 punti di impegno da parte del Governo.

Nell'ambito delle azioni di implementazione e miglioramento, si prevede di costruire un progetto terapeutico congiunto, che coinvolge attivamente sia il ragazzo che la sua famiglia attraverso il metodo del Cooperative Assessment.

3. Implementazione del sistema di monitoraggio informatizzato dei posti letto degli SPDC e delle Neuropsichiatrie Infantili

Lo sviluppo e l'adozione dell'applicativo SIEI18 consentirà il monitoraggio in tempo reale della disponibilità di posti letto negli SPDC a livello regionale e la gestione ottimizzata della ricerca di posto letto e conseguente trasferimento inter-ospedaliero dei pazienti psichiatrici acuti.

3. INNOVAZIONE E MEDICINA DI PRECISIONE

I recenti sviluppi in biologia molecolare e biochimica hanno inciso in modo rivoluzionario sulle possibilità di migliorare le strategie terapeutiche, confluendo, grazie al contemporaneo sviluppo di nuove tecnologie analitiche, in un approccio medico innovativo: la Medicina di Precisione (MP).

La "genericità" dei sistemi di diagnosi e cura classicamente intesi, che implica una percentuale spesso consistente di insuccesso delle cure o di insorgenza di reazioni avverse ai farmaci, è oggi superabile grazie ad una approfondita conoscenza dei meccanismi molecolari implicati nell'azione dei farmaci e nella

patogenesi delle malattie, che rivelano come le caratteristiche di “unicità” del singolo paziente siano determinanti cruciali della suscettibilità a malattie e della risposta alle terapie.

La MP sostituisce la genericità dell'approccio clinico classico per diagnosi e cura con un approccio “paziente-centrico” in cui si valuta il profilo individuale del soggetto e, in base ad esso, si procede a una specifica strategia terapeutica. Ciò garantisce al paziente una maggiore opportunità di limitare al minimo il “costo tossico” della terapia, senza dover pagare un prezzo in termini di riduzione dell'efficacia. È intuitivo l'impatto di tale approccio, non solo sulla qualità della vita del paziente, ma anche sull'ottimizzazione della gestione delle risorse sanitarie.

La MP si avvale di avanzati strumenti diagnostici quali genomica, trascrittomica, epigenetica, metabolomica e monitoraggio terapeutico del farmaco a configurare un approccio integrato che consente di valutare la “macchina metabolica” del paziente nel suo complesso, fornendo una misura diretta del fenotipo espresso dal singolo individuo.

I principali ambiti di interesse della MP riguardano le terapie a basso indice terapeutico, ad alto impatto (oncologiche, cardiovascolari) e croniche (psichiatriche), per le quali è importante non solo puntare al successo terapeutico ma anche non aggiungere altre patologie dovute agli effetti collaterali. In particolare sono già sviluppate e disponibili le seguenti applicazioni:

- applicazioni in oncologia, che consentono una precoce definizione dei rischi per ogni singolo paziente al fine di evitare le morti tossiche e di adattare la dose di farmaco alle necessità individuali dei Pazienti;
- applicazioni in ematologia e medicina della coagulazione, che consentono ai clinici di acquisire le informazioni che descrivono l'assetto genomico del paziente relativamente al rischio trombotico, permettendo un'accurata stratificazione dei soggetti a rischio e consentendo una migliore scelta delle terapie preventive e di supporto;
- applicazioni in cardiologia e medicina interna, per la scelta della terapia con statine, che consentono di acquisire le informazioni che descrivono l'assetto genomico del paziente relativamente al rischio di reazioni avverse alle statine che sono i farmaci maggiormente prescritti nella cura delle ipercolesterolemie familiari e per la riduzione del rischio cardiovascolare legato a valori eccessivi di colesterolo LDL;
- applicazioni in ambito psichiatrico, nel quale la conoscenza preventiva del profilo genomico individuale consente di escludere farmaci tossici e/o inefficaci, di selezionare la combinazione di farmaci con il massimo grado di efficacia ed il minimo costo tossico nonché di selezionare la combinazione di farmaci che non interagisca in maniera negativa con terapie non psichiatriche concomitanti.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea intende proseguire anche per il triennio 2025-2027 le azioni già avviate volte a potenziare e valorizzare l'innovazione e la medicina di precisione a sostegno dell'alta complessità assistenziale con riferimento a:

1. Sviluppo dell'Health Technology Assessment (HTA).
2. Supporto all'innovazione clinica nelle frontiere terapeutiche.
3. Riorganizzazione e sviluppo delle attività di diagnostica d'immagine e di laboratorio, in relazione ai PDTA e alle nuove tecnologie.
4. Supporto allo sviluppo e implementazione dell'Health Information Technology (HIT), al fine anche di facilitare l'integrazione e la sinergia tra le diverse discipline coinvolte nella gestione del paziente
5. Supporto alle attività di terza missione e trasferimento scientifico, tecnologico e culturale e di trasformazione produttiva delle conoscenze, proprie di un'Azienda ospedaliera integrata con

l'Università, volte a informare ed educare sia pazienti sia medici prescrittori sulla appropriatezza di nuovi percorsi diagnostici e terapeutici e sulle corrette modalità di accesso ai servizi innovativi.

6. Introduzione di sistemi di IA nei diversi campi di applicazione della diagnostica strumentale, con sviluppo di progetti specifici sottoposti a monitoraggio costante (real-time monitoring) e ad analisi post-market.

ISTITUZIONE DEL TUMOR BOARD AZIENDALE

La complessità dei bisogni della persona affetta da patologia neoplastica richiede l'istituzione di una organizzazione secondo un modello che assicuri la presa in carico del paziente, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

A tal fine, con deliberazione n. 499 del 28.04.2023, l'Azienda ha adottato il Piano aziendale della rete oncologica e ha istituito il Tumor Board Aziendale, inserito nella rispettiva rete regionale, con definizione delle connessioni, delle regole di funzionamento, del sistema di monitoraggio, dei requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e delle modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Nell'ambito del processo di presa in carico è istituito il Punto oncologico di accesso e continuità di cura (PACO), quale sede unificata per l'orientamento e l'accesso del paziente, dotata delle figure professionali necessarie per accogliere il paziente, effettuazione delle procedure amministrative di accesso (esenzioni, richiesta ausili e presidi sanitari, supporto ai servizi INPS), informazione ed educazione del paziente, supporto alla continuità delle cure e assistenza per la valutazione di condizioni cliniche evolutive, in collegamento con team multidisciplinare (ex GLAM), responsabile della definizione e della gestione del percorso di cura.

Il Tumor Board aziendale è la struttura di coordinamento dell'attività rivolta ai pazienti oncologici, con particolare riferimento al continuo sviluppo e aggiornamento dei PDTA oncologici, sul piano scientifico e organizzativo, e al supporto ai team multidisciplinari nella individuazione e definizione di opzioni terapeutiche mirate ed evidence-based nei casi complessi.

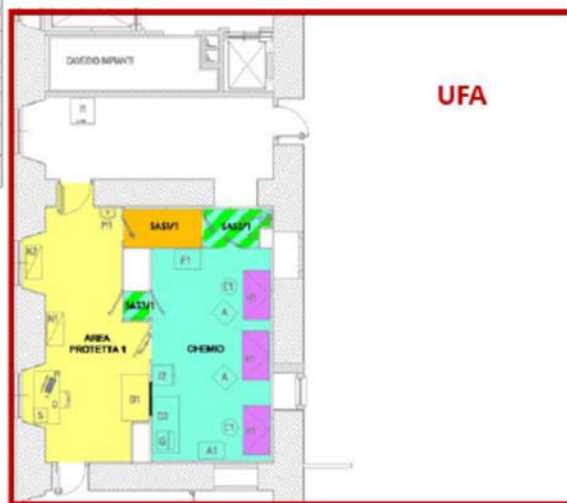
Nell'anno 2024 è stata realizzata l'informatizzazione della documentazione e del monitoraggio del processo di diagnosi, presa in carico, cura e follow-up, anche attraverso l'implementazione della piattaforma NAVIFY Tumor Board per facilitare il processo di raccolta dati per ogni paziente discusso, supportare il team nelle scelte migliori per il trattamento e tracciare le decisioni prese.

- La riorganizzazione degli ambulatori: la revisione dell'offerta delle prestazioni sanitarie per gli "outpatient", cioè erogate in regime ambulatoriale, su cui il sistema sta puntando per ricercare forme di erogazione più appropriate ed efficienti dal punto di vista organizzativo, in relazione al mutamento del quadro epidemiologico e tecnologico, riveste importanza strategica, sia per la realizzazione di percorsi assistenziali che soddisfino una domanda di secondo e terzo livello, sia per il reclutamento dei pazienti che necessitano la prosecuzione in setting assistenziali più complessi, sia per la garanzia del follow-up, in una logica di reale presa in carico del paziente stesso. Pertanto, la Direzione Strategica ha già avviato la revisione e razionalizzazione della distribuzione e dell'organizzazione dell'offerta ambulatoriale, declinata in tutti i suoi ambiti – APA, PAC, chirurgia ambulatoriale, prime visite, visite di controllo, prestazioni diagnostiche e strumentali, al fine di ottenere un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'utilizzo delle risorse condivise tra le varie discipline nell'ambito dei relativi PDTA.
- La riorganizzazione dei laboratori: miglioramento dell'efficienza dell'utilizzo delle risorse condivise tra i laboratori aziendali e potenziamento e valorizzazione delle attività specialistiche che connotano

l'identità e la specializzazione delle singole equipe, anche in riferimento alle applicazioni dei nuovi sistemi per il sequenziamento del genoma umano, Next Generation Sequencing (NGS);

- La riorganizzazione delle attività di diagnostica d'immagine per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della realizzazione dei percorsi in emergenza-urgenza, dei percorsi diagnostici per i pazienti ricoverati o ambulatoriali, nell'ottica dell'erogazione delle attività in sicurezza per gli utenti e per gli operatori;
- La riorganizzazione dei punti di accesso agli utenti: il Punto Unico di Accesso ai servizi ospedalieri (PUA) con funzione di informazione, accoglienza, orientamento e facilitazione della fruizione dei servizi e il Cup "diffuso", con funzione di facilitazione delle operazioni di prenotazione e accettazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Lo sviluppo degli strumenti per la gestione dell'**UFA** (Unità Farmaci Antiblastici), la cui ristrutturazione è prevista nel corso del 2025:
 - L'UFA sarà una vera Officina di produzione galenica Magistrale sterile a dose personalizzata al servizio dei malati onco / ematologici e trial clinici dotata di software Logo 80 nella gestione dei protocolli e allestimenti.
 - La struttura garantirà tutti gli standard tecnologici e di qualità previsti dalle linee guida nazionali ed internazionali e, da ultimo, quelle redatte in area galenica oncologica dalla società scientifica SIFO.

COLORE	CLASSIFICAZIONE ISO 14644-1		AMBIENTE	RICAMBI VOL/H	REGIME DI PRESSIONE Pascal
	At rest	In operation			
	ISO 4.8	ISO 4.8	Cappa a flusso laminare	-	-
	ISO 5	ISO 7	Locale di manipolazione CHEMO	40	±0 Pa
	ISO 5	ISO 8	Locale di manipolazione TPI	40	+++ 45 Pa
	ISO 5	ISO 8	Discontaminazione biologica SAS 2 - secondo stadio cambio personale SAS 3 - preoperatori	40	+ + 30 Pa
	ISO 8	N.C.	SAS 1 - primo stadio cambio personale con pancia portascorpi	20	+ 15 Pa
	N.C.	N.C.	Area protetta di gestione	7	±0 Pa



4. RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI ATTRAVERSO LA REVISIONE DEL FUNZIONAMENTO DELLA TECNOSTRUTTURA

Nel dicembre 2022, la Direzione Aziendale ha avviato una riorganizzazione funzionale della tecnostruttura, adottando un nuovo modello gestionale delle attività orientato alla multidisciplinarietà, trasversalità e flessibilità, superando la rigidità dei vecchi modelli al fine di aumentare:

- la percezione delle criticità e degli obiettivi da raggiungere e dei percorsi e delle procedure per arrivarci,
- la capacità operativa dei singoli contributi professionali, riducendo i ritardi dovuti alla frammentazione organizzativa,

- le performance personali e dei gruppi in termini di tempestività e accuratezza;
- il senso di appartenenza all'organizzazione;

Questo nuovo modello gestionale di pianificazione, programmazione e realizzazione delle politiche e delle strategie aziendali poggia sul coinvolgimento delle figure professionali protagoniste nei processi realizzati trasversalmente all'organizzazione attraverso l'individuazione di Gruppi di Lavoro multidisciplinari, caratterizzati da una composizione iniziale, allargata sistematicamente ad altre figure professionali per essere maggiormente inclusivi, al fine di garantire la massima condivisione delle politiche e degli obiettivi aziendali.

Il lavoro dei gruppi multidisciplinari, caratterizzato dalla condivisione di scopi e obiettivi comuni all'interno del gruppo, coerenti e integrati con le strategie aziendali e con i lavori degli altri gruppi, nonché di metodi, strumenti e risorse appropriate e condivise con la Direzione Strategica, ha garantito l'aumento della diffusione delle conoscenze all'interno dell'intera organizzazione e la riduzione della possibilità di errore nell'analisi, nella valutazione e nella progettazione dei processi e, in generale, nella realizzazione delle decisioni strategiche assunte, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi prefissati e del principio fondamentale e centrale nelle azioni aziendali della sostenibilità economica.

Con la deliberazione n. 107 del 27.01.2023 e s.m.i., la Direzione Aziendale, ha formalizzato la costituzione dei seguenti Gruppi di Lavoro, individuandone l'iniziale composizione multiprofessionale e multidisciplinare, prevedendo una "Cabina di Regia" con funzioni di supporto alla Direzione Strategica e coordinamento e monitoraggio dell'andamento delle attività previste dal Piano aziendale.

1. Cabina di regia e politiche per programmazione, controllo e valutazione delle attività, con finalità di supportare la programmazione e il monitoraggio dell'applicazione del Piano Strategico nella dimensione quali-quantitativa e temporale, anche attraverso il coinvolgimento del personale operativo nella gestione di dati e di informazioni attendibili, precise e puntuali e lo sviluppo di cruscotti gestionali evoluti mediante l'integrazione delle piattaforme attualmente presenti in Azienda con lo strumento del data warehouse (DWH).
2. TEAM 2 - Politica per lo sviluppo della progettazione strutturale, impiantistica e tecnologica con finalità di continuo aggiornamento del piano tecnologico aziendale e completamento della dotazione tecnologica, coerentemente con le fasi progettuali di realizzazione degli ampliamenti della struttura ospedaliera e delle nuove attività in fase di avvio, come ad esempio il punto di offerta di I livello perinatale.
3. TEAM 3 - Politica per la prevenzione e riduzione del Rischio Clinico, controllo dei processi/ percorsi e valutazione degli esiti con finalità di attivazione e coordinamento dei percorsi di audit di gestione del Rischio Clinico, delle attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale in tema di prevenzione del rischio sanitario e di assistenza tecnica verso gli uffici legali aziendali nel caso di contenzioso.
4. TEAM 4 - Politica per la valutazione e lo sviluppo delle risorse umane e del benessere degli operatori con finalità di sviluppo e monitoraggio della dotazione organica, coerentemente con il fabbisogno di personale definito in sinergia con Sapienza Università di Roma, di definizione dei piani di formazione aziendale, nonché di sviluppo, applicazione e continuo aggiornamento delle politiche per il benessere degli operatori, nell'ottica della crescita professionale e valorizzazione dei talenti.
5. TEAM 5 - Politica per le strategie di approvvigionamento ed elaborazione dei capitolati di gara con finalità di adeguamento della programmazione degli acquisti agli obiettivi strategici e operativi aziendali prevedendo il coinvolgimento e la partecipazione dei professionisti nella costruzione delle

procedure di acquisizione e di gara, di implementazione di un sistema integrato di monitoraggio della corretta gestione e dello scadenziario dei contratti in essere.

6. TEAM 6 - Politica per lo sviluppo del Service Design, applicazione e monitoraggio dell'aderenza ai bisogni dell'utenza

con finalità di sviluppare progetti sistemici per il miglioramento dell'accoglienza e della risposta alle necessità individuali, in funzione dell'analisi della stratificazione dell'utenza, e di rafforzare gli strumenti di partecipazione civica, mediante l'istituzione del tavolo del volontariato.

7. TEAM 7 - Politica per la garanzia di equità di accesso alle cure

con finalità di analizzare i meccanismi di generazione delle disuguaglianze e individuazione delle fasce vulnerabili, attivare interventi di audit con le professionalità coinvolte al fine di risolvere le criticità e rafforzare le azioni di tutela e presa in carico dei gruppi vulnerabili e di aggiornamento del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE).

8. TEAM 8 - Politica per l'informatizzazione dei processi e sviluppo della telemedicina

con finalità di completare l'informatizzazione dei processi in una logica di gestione integrata multiplatforma e di semplificazione delle attività, nonché di progettazione, implementazione e coordinamento con i professionisti delle tecnologie innovative di ICT al fine di erogare servizi di assistenza sanitaria attraverso la telemedicina.

9. TEAM 9 - Verifica e monitoraggio della corretta contabilizzazione dei ricavi aziendali

con finalità di verificare e monitorare tutti i processi che generano la valorizzazione della produzione a vario titolo apportando i correttivi necessari onde evitare potenziali situazioni che contribuiscano al peggioramento del risultato di esercizio aziendale.

Nel corso dell'anno 2024, la Direzione aziendale ha previsto l'attivazione dei seguenti ulteriori 2 gruppi multidisciplinari:

10. TEAM 10 - Comunicare in Ospedale e comunicare l'ospedale

con finalità di analizzare e implementare appropriate innovative ed efficaci forme e strumenti di comunicazione, condivisione e disponibilità delle informazioni all'interno dell'Azienda e verso i pazienti, i loro familiari e tutti gli altri Stakeholder, includenti la revisione della Carta dei Servizi e del sito web aziendale.

11. TEAM 10 – Sicurezza del dato e protezione del dato digitale

con finalità di analizzare e implementare appropriati ed efficaci strumenti e procedure organizzative per la garanzia della sicurezza e riservatezza di tutte le informazioni e dati digitali, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento Ue 2016/679, noto come GDPR (General Data Protection Regulation), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali.

Nell'ambito delle politiche e linee strategiche di rispettiva competenza individuate e condivise con la Direzione Strategica, i suddetti gruppi di lavoro, nel corso del 2024, hanno realizzato le azioni pianificate, oggetto di continuo e progressivo aggiornamento.

Tale approccio sarà di supporto e guiderà la realizzazione delle scelte strategiche anche per il triennio 2025-2027.

5. ATTIVITÀ PSICOLOGICA NELLA TRASVERSALITÀ CLINICA ORGANIZZATIVA

L'ASCOLTO DELL'ALTRO

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea intende valorizzare le metodologie e le attività psicologiche in materia di valutazione, prevenzione, promozione della salute, terapia e riabilitazione che forniranno il valore aggiunto per qualificare l'offerta assistenziale, garantendo una risposta completa ai bisogni di salute in linea con le più aggiornate evidenze scientifiche.

L'obiettivo primario è la garanzia del supporto e del sostegno psicologico dei pazienti e dei loro sistemi di riferimento relazionali e familiari. In tal modo, sarà possibile prevedere un nuovo assetto dei percorsi diagnostico terapeutici, attraverso una maggior attenzione al benessere psico-fisico del paziente.

A questo si aggiungono delle azioni mirate a sostegno del personale, quali:

- formazione nella comunicazione e nella gestione dei rapporti con pazienti e familiari con specifico riferimento a alcune aree di particolare criticità (es. comunicazione di decesso, comunicazioni di diagnosi infauste etc.), permettendo di ridurre conflittualità e contenzioso;
- favorire il lavoro d'equipe, a facilitare la corretta comunicazione interna, a facilitare la valorizzazione del potenziale, delle risorse, delle attitudini e delle aspirazioni individuali del personale;
- facilitare la compliance individuale e collettiva alle procedure aziendali per la sicurezza del paziente e dei lavoratori. In tale ambito, particolare attenzione sarà data alla prevenzione e gestione degli atti di violenza ad operatori sanitari e ai rischi di errori procedurali che determinano eventi avversi/eventi sentinella e near miss;

La politica che si intende attuare riguarda i seguenti due ambiti di applicazione:

1. Consulenza, diagnosi e trattamento dei pazienti e del loro sistema di caregiving, declinata nelle seguenti aree, nel cui ambito sono pianificate una serie di attività:
 - o Area pediatrica
 - Psicologia dello sviluppo,
 - Psicosomatica dello sviluppo,
 - Trauma psicologico e violenza domestica;
 - o Area cardiovascolare e toracica
 - Screening psicologici pre-post operatori,
 - Strategie di coping e motivazionali,
 - Sostegno psicologico;
 - o Area "critica" (rianimazioni, terapie intensive)
 - Supporto psicologico paziente e sistema familiare,
 - Gestione del trauma psicologico;
 - o Area psiconcologica
 - Supporto psicologico paziente oncologico,
 - Terapia del dolore;
 - o Area donazione e trapianti di organi e tessuti
 - Comunicazione del decesso,
 - Supporto alla famiglia nel processo decisionale.
2. Partecipazione al processo organizzativo, declinata nelle seguenti aree, nel cui ambito sono pianificate una serie di attività:
 - o Comunicazione
 - Con il paziente,

- All'interno dell'equipe,
- Modalità di lavoro solidale;
- o Promozione Benessere
 - Valutazione stress lavoro correlato e alterazioni psicologiche,
 - Supporto psicologico,
 - «Attiviamo i buoni pensieri»;
- o Equipe
 - Valutazione delle relazioni e del processo collaborativo,
 - Supporto alla risoluzione di dinamiche conflittuali,
 - Supporto al processo organizzativo del lavoro d'equipe.

6. POLITICHE PER LO SVILUPPO, LA VALORIZZAZIONE, IL BENESSERE DELLE RISORSE UMANE

a. LE POLITICHE DI GESTIONE DEL PERSONALE

Le organizzazioni del servizio sanitario sono caratterizzate dai più alti indicatori di complessità, dal più alto tasso di specializzazione del capitale umano e di innovazione tecnologica. Si prestano pertanto ad essere considerate “organizzazioni della conoscenza” in cui la valorizzazione del capitale umano rappresenta il fattore strategico per ogni politica aziendale volta a garantire qualità e sostenibilità del SSN, anche in relazione a:

- invecchiamento dei professionisti sanitari, che risulta una criticità di crescente rilevanza e non ancora adeguatamente assimilata nei meccanismi di gestione del personale;
- innalzamento dell'età pensionabile, che per molti lavoratori probabilmente determinerà una vita lavorativa più lunga. Per questo, è importante impegnarsi per garantire condizioni di lavoro sicure e sane in tutto l'arco della vita lavorativa;
- criticità relative all'inserimento e all'adattamento lavorativo delle giovani generazioni di professionisti.

In un contesto di servizi avanzati ad elevato contenuto professionale come quello dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, il contributo e, quindi, la competenza e la motivazione del personale risulta determinante per la produzione di migliori risultati e maggiori livelli di soddisfazione dei pazienti e di tutti gli Stakeholder. La ricchezza dell'organizzazione è fatta proprio dai professionisti che vi lavorano, dai loro cervelli, dal loro ingaggio e dalla loro capacità di integrare fra loro competenze e pratiche lavorative, diventando le risorse più importanti, il patrimonio principale che l'Azienda ha a disposizione.

L'Azienda non può essere, quindi, un luogo omologante, ma una comunità di persone in cui le singolarità e le differenze rinforzano l'appartenenza e la cultura collettiva; un “luogo” che investe consapevolmente sulle persone con la loro storia, le loro attese e i loro valori, e ne favorisce la responsabilizzazione, l'auto-riflessione, la voglia di mettersi in gioco.

La soddisfazione degli operatori, siano essi dirigenti medici o sanitari, infermieri e tecnici oppure operatori amministrativi, risulta essere sempre essenziale per una progettazione e una realizzazione di servizi alla persona che siano sempre più efficaci e avanzati.

Soprattutto in stagioni di crisi e di contenimento della spesa pubblica, come quella che il nostro Paese sta attraversando, risulta determinante promuovere e sostenere una buona gestione degli operatori;

sono loro che possono fare la differenza per costruire prospettive future migliori e raggiungere alti livelli qualitativi nelle prestazioni erogate in costante e progressivo miglioramento per l'Azienda, il SSR e il SSN in generale.

Le direttrici attraverso le quali viene sviluppata la politica di gestione e valorizzazione del personale nel triennio si riferiscono ai seguenti ambiti:

I. Pianificazione pluriennale del fabbisogno di personale

Come più estesamente rappresentato nel capitolo 3.3 del presente Piano, relativo al Piano triennale dei fabbisogni di personale, per far fronte al fabbisogno di personale a tempo indeterminato sono previste le seguenti modalità di reclutamento:

- stabilizzazioni ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lettera b) della Legge 234/2021 e ss.mm.ii;
- assunzioni ai sensi della L. 68/99;
- utilizzo graduatorie concorsuali vigenti;
- richiesta di procedure concorsuali per il reclutamento del personale per le strutture di alta specialità dell'azienda;
- procedure di mobilità;
- stabilizzazioni ai sensi dell'art. 30 comma 2 bis del D.lgs. 165/2001.

L'Azienda ha incluso nel piano di fabbisogno la previsione di effettuare le stabilizzazioni non solo nel rispetto della normativa attualmente vigente, ma anche delle eventuali indicazioni che perverranno dalla struttura regionale.

Difatti nel corso dell'anno 2024 sono state esperite varie procedure di stabilizzazione di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021 inerenti varie figure professionali sia del Comparto che della Dirigenza Sanitaria e PTA ed sono in corso di espletamento altre procedure di stabilizzazione nel corso dell'anno 2025.

L'Azienda con il Piano Assunzionale intende valorizzare i propri dipendenti favorendo la crescita professionale. Intende infatti, nel 2025, attivare le procedure previste nell'art. 21 del CCNL del comparto sanità del 2/11/2022, al fine di tener conto dell'esperienza e professionalità maturate ed effettivamente utilizzate dall'Azienda, tenuto conto della riserva di almeno il 50 per cento delle posizioni disponibili destinata all'accesso dall'esterno.

L'Azienda riserva il ricorso all'istituto del comando e dell'assegnazione temporanea esclusivamente ai casi previsti dalla normativa vigente e compatibilmente con le modalità ed i limiti nella stessa previsti, tenuto conto delle esigenze di servizio.

Con riferimento all'obbligo di legge di assunzione delle categorie protette questa Azienda ha stipulato apposita Convenzione ex art. 11 L. 68/1989 con il Centro per l'Impiego competente per territorio per il quadriennio 2023- 27 per adeguare la dotazione alla quota d'obbligo attraverso l'avviamento al lavoro mediante tale centro con chiamata numerica o nominativa, concorso pubblico riservato e riconoscimento quale soggetto rientrante nella quota d'obbligo, in costanza di rapporto di lavoro. Alcune delle procedure sono state attivate per ottemperare a quanto previsto dalla normativa vigente.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati assunti n. 3 unità di operatori tecnici centralinisti non vedenti.

Per il 2025 è in itinere un concorso pubblico per Assistente Amministrativo, per il quale sono in corso di espletamento la prova scritta e, successivamente, la prova orale e si prevede che la procedura concorsuale in questione verrà terminata entro il mese di marzo 2025.

Il Centro per l'Impiego ha, inoltre, inviato i nominativi per la figura professionale di Coadiutore Amministrativo per cui si deve procedere con la prova di idoneità.

Rimane inteso che gli strumenti di reclutamento atipici, volti a sopperire carenze improvvise di personale, eccezionali e non trascurabili e che hanno rappresentato un insostituibile strumento di riferimento per il reclutamento durante la pandemia, continueranno ad essere utilizzati nel caso e nella misura in cui queste ultime si dovessero nuovamente verificare negli anni oggetto di programmazione.

Il ricorso ai contratti libero professionali viene riservato dall'Azienda alla realizzazione di specifiche progettualità di valenza aziendale o sovra-aziendale riconducibili a bandi di ricerca o altre fattispecie similari, la cui fonte di finanziamento, oltre che con risorse proprie della scrivente Azienda, può derivare da soggetti pubblici o privati.

Nel corso del 2024 si è proceduto ad attuare manifestazioni di interesse per contratti di natura libero professionale sia per quanto attiene la disciplina di Medicina D'Emergenza-Urgenza, sia per la disciplina di Neurochirurgia al fine di sopperire alla grave carenza di organico che, soprattutto per quanto concerne l'area di emergenza, non si è potuto colmare neanche con l'espletamento di procedura concorsuale. Si sta procedendo, infatti, ad indire una nuova procedura concorsuale per la qualifica professionale di Dirigente Medico disciplina di Medicina D'Emergenza Urgenza.

2. Gestione e monitoraggio della dotazione organica

L'analisi dei fabbisogni di personale per ruolo e profilo professionale, in funzione dei modelli organizzativi e degli standard definiti per la garanzia della continuità assistenziale richiede la continua revisione delle modalità di costruzione della dotazione organica per unità operativa e per disciplina specialistica, utilizzando gli standard regionali nell'ambito del quadro di riferimento definito dalla normativa vigente.

A tal fine è pianificata la creazione di un cruscotto informatico dinamico di monitoraggio della consistenza organica, continuamente aggiornato in funzione delle entrate e delle uscite di personale e della dotazione organica al fine di:

- Favorire le scelte aziendali
- Garantire la certezza del fabbisogno, rispetto alle risorse già assegnate,
- Monitorare la spesa del personale, rispetto al budget assegnato e alla sostenibilità delle scelte adoperate.

b. ATTIVIAMO I BUONI PENSIERI

Il personale del settore sanitario si trova nella condizione di dover conciliare il lavoro con gli impegni familiari, gestire l'ansia e la paura per la propria salute e dei familiari, di contenere segni di stress post-traumatico come conseguenze del Covid19 (come lutti, paura e incertezza per il futuro o per i contagi), ansia per la propria salute, la gestione dei figli, il rapporto di coppia e più in generale senso di affaticamento.

L'ascolto del lavoratore tramite una mirata assistenza psicologica costituisce per l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea una politica fondamentale di supporto destinata a tutti gli operatori per evitare le ricadute post traumatiche al fine di migliorare la resilienza individuale e contribuire a ripristinare un clima collaborazione, stima e fiducia nell'ambiente di lavoro.

A tal fine, è stato avviato il **progetto "Incontriamoci"**, mirato a favorire la prevenzione del disagio psicologico correlato al rischio lavorativo ed extralavorativo nei dipendenti.

Il progetto, partito nel corso del 2023, ha previsto l'attivazione di uno sportello di ascolto per il lavoratore per analizzare le cause lavorative ed extralavorative di stress, traumi, ansie, paure ed aiutarlo a migliorare il percorso lavorativo e l'integrazione sociale.

"Incontriamoci" è un servizio di ascolto psicologico, ideato dalla UOD Medicina del Lavoro e realizzato in collaborazione con la UOD di Psicologia Clinica, dedicato ai dipendenti e agli

specializzando dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea per la promozione del benessere dei lavoratori. Si rivolge a coloro che, incontrando difficoltà personali o relazionali nella vita familiare e sociale, desiderano un supporto per superare una situazione di disagio psicologico.

I professionisti della UOD Psicologia clinica hanno calendarizzato gli incontri con quanti ne hanno presentato volontariamente la richiesta, ed hanno offerto brevi consulenze ed eventuale orientamento rispetto a percorsi specializzati, offrendo un servizio gratuito e garantendo la completa riservatezza delle informazioni fornite.

Nel periodo compreso tra Gennaio 2023 e Ottobre 2024, il servizio di Psicologia Clinica ha registrato un totale di 104 richieste di supporto, con primo appuntamento già programmato. Nel terzo trimestre del 2024 (Agosto-Ottobre) si è rilevato un incremento delle richieste, pari a 6 unità. Sono stati effettuati complessivamente 406 colloqui.

L'utenza è composta prevalentemente da personale infermieristico (51%), seguito da personale tecnico (16%) e medico (11%). L'età media degli utenti è di 50 anni, con una prevalenza del genere femminile (88%) e di maggiore anzianità professionale (>10 anni). L'analisi della sintomatologia evidenzia un'elevata prevalenza di sintomi depressivi e ansioso depressivi (92%) e di ansia (6%), con una gravità percepita come moderata o severa nell'82% dei casi. Inoltre, il 93% degli utenti ha riportato livelli di stress percepito elevati o moderati, mentre solo il 4% ha mostrato una buona resilienza allo stress.

7. COMUNICARE IN OSPEDALE E COMUNICARE L'OSPEDALE

a. CENTRALITÀ DEL PAZIENTE, RAFFORZAMENTO DELLA COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE CIVICA

La politica aziendale è delineata considerando i valori che ispirano l'azione dell'OMS e dell'Unione Europea sul tema della centralità del paziente e della comunicazione e intende realizzare tale visione attraverso i seguenti cinque principi cardine:

- **umanizzazione delle cure:** la persona deve essere al centro di ogni intervento sanitario e sociosanitario, deve essere accolto con i suoi bisogni assistenziali e deve poter vedere riconosciuti, protetti e promossi i propri diritti, deve poter partecipare alle decisioni che lo riguardano e deve poter accedere a servizi di cura appropriati e di qualità;
- **servizi di prossimità:** la pandemia da COVID-19 ha dimostrato come sia necessario intervenire su tutte quelle condizioni di "isolamento" che costituiscono fattori di rischio per la salute delle persone. In un'ottica di ripartenza, l'integrazione con i servizi territoriali deve risultare centrale, anche attraverso l'utilizzo degli strumenti della telemedicina;
- **integrazione con la comunità:** le persone devono essere incluse e poter partecipare attivamente alla vita sociale. È necessario implementare modelli innovativi per l'integrazione socio-sanitaria in un'ottica di sostenibilità e appropriatezza basata su interventi evidence-based, che tengano conto anche delle differenze di genere. Gli interventi devono basarsi sull'integrazione dei diversi aspetti per consentire il recupero della salute del paziente e il suo benessere biopsicosociale all'interno della comunità di appartenenza, in modo da raggiungere il più alto livello di funzionamento e di partecipazione alla vita comunitaria, liberi da ogni forma di stigma e discriminazione, diretta e/o indiretta;
- **interventi centrati sui fattori protettivi:** la salute delle persone è fortemente influenzata da fattori protettivi tra i quali la possibilità di comunicare e di essere compreso, le interazioni interpersonali positive, la coesione sociale, la possibilità di accesso ai servizi socio-culturali e

educativi. Ogni intervento sul singolo paziente deve prevedere il più ampio coinvolgimento del contesto familiare e/o di vita comunitaria (famiglia, scuola, lavoro, ecc.) anche con interventi formativi/informativi;

- **comunicazione trasparente:** sia sotto l'aspetto linguistico-culturale (le persone devono poter comprendere ed essere comprese) anche con l'ausilio di mediatori, sia sotto l'aspetto della comunicazione nella relazione di cura che deve avvenire secondo un'etica basata sul dialogo aperto e multidimensionale con il paziente, i suoi familiari e/o le persone che vivono nel suo contesto.

Dunque le politiche pianificate intendono realizzare un ospedale fondato sul valore della centralità della persona, in grado di fornire cure rispettose, premurose, tutelanti la cultura personale e contemporaneamente sensibili ai fabbisogni, ai valori, al contesto culturale e alle preferenze dell'utenza.

Le azioni previste per il 2025 si realizzeranno nei seguenti ambiti:

1. Rafforzamento della comunicazione, per diffondere le informazioni, garantire la trasparenza dei percorsi e sedimentare la fiducia nei confronti dell'organizzazione, attraverso l'adozione di strumenti di rafforzamento della comunicazione con l'utenza, quali:
 - Apertura e rafforzamento social media rivolto all'utenza,
 - Realizzazione di App per i pazienti trattati in pronto soccorso e di App per la messa a disposizione di servizi on line ("way finding", informazioni, prenotazioni ecc.),
 - Continuo aggiornamento dei contenuti del sito web.
2. Sviluppo degli istituti di partecipazione civica, per assicurare e valorizzare l'ascolto del paziente e dei suoi familiari e migliorare la qualità dei servizi erogati, favorendo, nel processo di cura, il ruolo attivo del malato, delle famiglie, degli accompagnatori e delle organizzazioni rappresentative delle istanze degli utenti, quali:
 - Potenziamento dei sistemi di raccolta dei bisogni e delle esigenze del paziente mediante l'utilizzo degli istituti della partecipazione (tavolo misto permanente) che costituiscono anche strumento di valutazione civica delle performance aziendali;
 - Utilizzo di sistemi di stratificazione dell'utenza quali interviste al paziente, sottoposizione di questionari per rilevarne il livello di soddisfazione e analisi delle segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

Con deliberazione n. 676 del 20.06.2023 è stato istituito il Tavolo Misto Permanente ed è stato adottato il relativo Regolamento di funzionamento, quale strumento di partecipazione civica attiva alle politiche sanitarie aziendali all'interno del quale si confrontano l'Azienda e le organizzazioni di volontariato, che con questa interagiscono, e si connota come "spazio permanente" di proposizione da parte delle rappresentanze civiche, di rendicontazione da parte delle Aziende sugli aspetti di politiche sanitarie che assumono una particolare rilevanza per i cittadini.

Gli effetti positivi della realizzazione delle suddette azioni si possono sintetizzare in:

- Miglioramento dell'esperienza del paziente durante il percorso di cura e innalzamento dei livelli di qualità dei servizi erogati;
- Prevenzione dei conflitti: la costruzione di un sistema pensato sull'individuo risponde al bisogno di protezione e contribuisce a infondere nel paziente il senso di fiducia nell'organizzazione.

Sono, inoltre, attivi processi sistematici di misurazione della "Patient Experience", definita come "la relazione del paziente con ogni persona e ogni servizio/prestazione che incontra dal momento in cui

decide di affidarsi a una struttura sanitaria specifica fino al momento della dimissione e/o della prestazione”, aventi la finalità di:

- Valutare la qualità percepita, attraverso uno strumento validato;
- Ottenere dati attendibili da correlare ad opportune iniziative di miglioramento;
- Utilizzare la soddisfazione/percezione come uno degli indicatori della valutazione del servizio ricevuto dal cliente-utente.

Il questionario, rigorosamente anonimo, viene somministrato ai pazienti ricoverati in modalità “intervista” svolta da operatori sanitari formati della UOC Risk management, Qualità e Accreditamento, selezionando pazienti o familiari di pazienti con una degenza superiore a 2 giorni ed in fase di dimissione (massimo due giorni prima della data prevista di dimissione).

Per i pazienti che accedono agli ambulatori/servizi, il questionario viene consegnato al momento dell'accettazione, prevedendone la riconsegna in appositi punti di raccolta al termine della prestazione.

Nel periodo maggio- luglio 2024 l'Indagine patient's experience rivolta ai pazienti ricoverati è stata condotta su un campione di 800 pazienti, mentre tra ottobre e dicembre 2024 l'Indagine patient's experience rivolta ai pazienti/utenti che afferiscono ai servizi ambulatoriali ha interessato un campione di campione 805 utenti.

Per il 2025 è in corso una indagine patient's experience rivolta agli utenti che afferiscono ai servizi di Diagnostica per immagini.

b. PROGETTI DI SVILUPPO DELL'ACCOGLIENZA

Accoglienza e umanizzazione sono i due principi fondanti per un sistema di cure centrato sul paziente e determinanti per realizzare un Ospedale inclusivo, accogliente e confortevole.

La ricerca e l'attuazione di azioni per il miglioramento dell'accoglienza e dell'orientamento, per la personalizzazione dei servizi in una visione di comfort globale e per il consolidamento nella posizione di centralità della persona, ad ogni livello di organizzazione, risultano determinanti per tali fini.

La politica aziendale in questo ambito è stata sviluppata e avviata nel corso del 2023, anche grazie al contributo del gruppo di lavoro 6 “Sviluppo del Service Design, applicazione e monitoraggio dell'aderenza ai bisogni dell'utenza”, attraverso la realizzazione di una serie di interventi, strutturali e organizzativi, finalizzati a valorizzare l'accoglienza e l'umanizzazione del rapporto con gli utenti, attraverso l'implementazione di:

- Punto Unico di Accoglienza ai servizi (PAO), al fine di garantire:
 - o Prima accoglienza e orientamento ai servizi,
 - o Supporto informativo,
 - o Assistenza nell'utilizzo dei Totem multifunzione distribuiti nelle aree comuni dell'ospedale,
 - o Accompagnamento e facilitazione di accesso ai percorsi dell'ospedale,
 - o Presa in carico delle complessità/vulnerabilità.
- Punto di Accoglienza in Pronto Soccorso, al fine di garantire:
 - o Accoglienza e orientamento a pazienti e familiari al momento dell'arrivo,
 - o Accompagnamento alle aree di attesa e gestione del comfort durante la permanenza in Pronto Soccorso,
 - o Supporto informativo, anche mediante la distribuzione brochure,
 - o Aggiornamento delle comunicazioni di carattere non sanitario durante i tempi di attesa,
 - o Punto di riferimento e raccordo tra utente, familiari e il personale sanitario,
 - o Presenza continuativa per richieste di natura non sanitaria.

- CUP “diffuso” nelle diverse aree ambulatoriali aziendali, al fine di garantire:
 - o la facilitazione delle operazioni di prenotazione e accettazione delle prestazioni ambulatoriali,
 - o lo snellimento e la velocizzazione delle operazioni amministrative nei percorsi ambulatoriali.
- Punto oncologico di accesso e continuità di cura (PACO), al fine di garantire:
 - o l'orientamento e l'accesso nella rete del paziente oncologico, dal sospetto diagnostico alle diverse fasi della malattia,
 - o la facilitazione del collegamento fra i nodi della rete integrata ospedaliera e inter-aziendale.
- Valorizzazione del “Caring” come valore di accoglienza. Il “Caring” è il cuore del nursing e non può esistere un'assistenza di qualità senza “Caring”, anche se tecnicamente eccellente. Questo principio è imprescindibile se si vuole intraprendere un percorso di valorizzazione delle cure umanizzate e adattate all'individualità della persona assistita.
- Con la definizione del Percorso aziendale per l'accesso alle persone con disabilità complessa e/o cognitivo-relazionale – Progetto TOBIA (P/919/152), l'Azienda ha definito un'offerta personalizzata rivolta a tali pazienti in carico in regime ambulatoriale, di ricovero e in Pronto Soccorso, che prevede l'intervento di un team qualificato di accoglienza, ascolto e presa in carico per seguire e facilitare tutto il percorso assistenziale.

2.2.2 Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2025-2027

Dalle Politiche e Linee Strategiche che l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha definito per il triennio 2025-2027, sono individuati e declinati gli Obiettivi Strategici e Operativi, che vengono raggruppati e rappresentati all'interno dell'Albero della Performance nelle seguenti tre Aree Strategiche.

- Area Strategica del **Governo Clinico**, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati alla produzione, sia in termini di volumi e di riqualificazione dell'offerta assistenziale, sia in termini di qualità, efficienza ed appropriatezza delle prestazioni; tali obiettivi tengono conto degli indirizzi generali correlati ai Piani di Rientro e ai Programmi Operativi;
- Area Strategica del **Governo Economico**, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici di collegamento tra Ciclo di Gestione della Performance e Ciclo di Programmazione e di Bilancio, al fine di realizzare la corretta allocazione delle risorse rispetto agli obiettivi, l'economicità e la sostenibilità dell'attività sanitaria ed amministrativa. In particolare sono individuati obiettivi volti a garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, puntando sull'efficienza e l'economicità delle principali voci di spesa: personale, farmaceutica e acquisti/ investimenti;
- Area Strategica del **Governo dei Processi**, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici rappresentanti la macroarea più ampia ed eterogenea, in quanto sono correlati ai controlli e monitoraggi che devono essere effettuati sia sull'attività sanitaria che sull'attività amministrativa, alle attività correlate alla formazione, alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ed al risk management, all'attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, nonché agli adempimenti previsti dai Programmi Operativi della Regione Lazio.

Albero della performance 2025-2027

A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO

A.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale

Volumi dei ricoveri a Ciclo Continuo
Volumi dei ricoveri a Ciclo Diurno
Volumi delle Prestazioni Ambulatoriali per esterni
Volumi delle prestazioni per interni

A.2 - Appropriatelyzza organizzativa, efficienza, qualità ed esito delle cure

Programma Regionale di Valutazione di qualità ed Esiti (P.Re.Val.E.)
Riduzione della Degenza Media
Degenza Media pre operatoria per gli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario
Ricoveri a Ciclo Continuo a rischio di inappropriatelyzza
Riduzione Day Hospital diagnostici
Riduzione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (Accordo Conf. Stato-Regioni Rep. Atti n. 143 del 01.08.2019)
Riduzione degli "abbandoni" dal Pronto Soccorso
Donazione Organi e Tessuti
Autosufficienza sangue
Percorsi Assistenziali e PDTA
Innovazione e Ricerca

A.3 - Governo Liste d'Attesa

Tempi di attesa per classe di priorità dei ricoveri programmati
Tempi di attesa AMBULATORIALI - pazienti presi in carico

B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO

B.1 - Equilibrio Economico Finanziario

BUDGET DI REPARTO: Farmaci ed Emoderivati: contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione
BUDGET DI REPARTO: Altri Beni Sanitari: contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione
Monitoraggio consumo farmaci antimicrobici e relativi costi
Corretta gestione delle rimanenze di magazzino dei beni sanitari
BUDGET DI SPESA CENTRI ORDINANTI contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione
BUDGET DI SPESA CESPITI
Tempestività della liquidazione delle fatture
Monitoraggio Fondo Rischi

B.2 - Personale

Spesa del Personale
Governo dello straordinario (ore)
Governo delle Prestazioni Aggiuntive (ore)

B.3 - Farmaceutica

Farmaceutica ospedaliera in File F (flusso FARMED): corretta rendicontazione

B.4 - Procedure di acquisto ed investimento

Riduzione dei provvedimenti di proroga dei dispositivi medici
Sostituzione attrezzature obsolete

C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI

C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile

Interventi di edilizia sanitaria
Sviluppo dell'"Ecosistema Digitale"
Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)
Sicurezza antincendio, Piano di Emergenza ed Evacuazione ospedaliera
Adempimenti in tema di sicurezza e protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti
Medicina del lavoro
Sostenibilità, risparmio energetico e ambiente

C.2 - La cooperazione funzionale tra aziende: Ospedale senza muri

Modelli per il transitional management
Bed Management avanzato per la transizione delle cure: la dimissione orientata
La rete per la salute mentale
Cooperazione funzionale in Neuroradiologia
Cooperazione funzionale in Area Materno-Infantile

C.3 - Attività psicologica nella trasversalità clinica organizzativa

Servizio di ascolto psicologico
Percorsi assistenziali

C.4 - Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management

Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management
Controllo periodico sul rispetto dei volumi delle prestazioni eseguite in ALPI

C.5 - Innovazione e implementazione nuove tecnologie / Revisione procedure e protocolli

Innovazione e implementazione nuove tecnologie / Revisione procedure e protocolli

C.6- Efficienza processi organizzativi e Flussi Informativi

Flussi Informativi
Efficienza Processi Organizzativi
Tempestività nell'esecuzione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati
Tempestività nella refertazione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati
Tempestività completamento e chiusura delle cartelle cliniche di ricovero

C.7 - Politiche per lo sviluppo, la valorizzazione, il benessere delle risorse umane

Piano aziendale della Formazione
Formazione su Rischio Clinico
Promozione welfare organizzativo
Formazione su Internal Audit
Promozione della Salute

C.8 - Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale

Monitoraggio dei Reclami degli utenti
Sito web aziendale

C.9 - Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Amministrazione Trasparente
Monitoraggio sulle attività a rischio di corruzione
Internal Audit
Ricerca e Privacy

L'Albero della Performance è la mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, mission, vision, aree strategiche, obiettivi strategici, e piani d'azione, definiti tenendo conto degli indirizzi nazionali e regionali e delle risorse disponibili. Dalle aree strategiche discendono gli obiettivi strategici e i piani di

azione, e da questi derivano gli obiettivi operativi, per il cui raggiungimento dovranno essere definite le azioni che gli operatori aziendali dovranno attuare. L'Albero della Performance è l'elemento fondante del Piano della Performance, in quanto, attraverso la sua rappresentazione grafica, si descrivono sinteticamente sia le dimensioni del processo che le loro relazioni.

Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2025-2027 sono dunque identificati e rappresentati nella seguente tabella:

Area Strategica	Ord. linea attività	Descrizione Obiettivo Operativo	Indicatore Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO					
A.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale					
- Volumi dei ricoveri a Ciclo Continuo	A.1.1	Incremento del volume dei Ricoveri a Ciclo Continuo e degli interventi chirurgici	Volume complessivo di Ricoveri a Ciclo Continuo pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
	A.1.3	Day Hospital Medico: Incremento dei cicli di Day Hospital	Volume complessivo di Ricoveri di Day Hospital pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Volumi delle Prestazioni Ambulatoriali per esterni	A.1.4	Incremento del volume delle Prestazioni Ambulatoriali per Esterni	Volume complessivo di Prestazioni Ambulatoriali per Esterni pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
	A.1.4.1	Riorganizzazione dei percorsi ambulatoriali finalizzati alla valorizzazione e sostenibilità della casistica	Miglioramento del rapporto costi/ ricavi rispetto al 2024 pari o superiore al valore proposto	5%	0%
	A.1.4.2	Attivazione ambulatorio dedicato per le visite/ consulenze genetiche	Configurazione agende e attivazione offerta ambulatoriale riguardante le visite/ consulenze genetiche	1	0
	A.1.4.3	Attivazione Ambulatorio di Immuno-Reumatologia	Configurazione agende e prestazioni e attivazione offerta ambulatoriale di Immuno-Reumatologia	1	0
- Volumi delle prestazioni per interni	A.1.5	Incremento del numero di prestazioni per interni erogate nel periodo	Numero complessivo di prestazioni erogate per interni nel periodo pari o superiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	50%
A.2 - Appropriatazza organizzativa, efficienza, qualità ed esito delle cure, innovazione e ricerca					
- Programma Regionale di Valutazione di qualità ed Esiti (P.Re.Val.E.)	A.2.1	Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica trasluminale PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero	Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero pari o superiore alla percentuale proposta	60,0%	50,0%
	A.2.2	Proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano eseguiti entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	Numero di interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti entro 48 ore / Totale interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti pari o superiore alla percentuale proposta	60,0%	50,0%
	A.2.3	Ridurre la durata della degenza post - operatoria nei pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a 3 gg/ Totale delle colecistectomie laparoscopiche pari o superiore alla percentuale proposta	85,0%	70,0%
	A.2.4	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Proporzione di decessi ospedalieri per pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco congestizio uguale o inferiore al valore proposto	10,0%	15,0%
	A.2.4.1	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni dal primo accesso	Proporzione di decessi ospedalieri per pazienti con diagnosi di ictus ischemico uguale o inferiore al valore proposto	10,0%	15,0%
	A.2.4.2	Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni da intervento di craniotomia	Proporzione di decessi ospedalieri per pazienti con diagnosi di tumore cerebrale e intervento chirurgico di craniotomia uguale o inferiore al valore proposto	2,5%	5,0%
	A.2.5	Incremento del numero di interventi di ricostruzione eseguiti contemporaneamente all'intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	Proporzione di intervento di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella (con stadiazione condensata) pari o superiore al valore	65,0%	0,0%
- Riduzione della Degenza Media	A.2.6	Decremento della Degenza Media in area medica	Degenza media pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Ricoveri a Ciclo Continuo a rischio di inappropriatazza	A.2.8	Riduzione dei dimessi in regime ordinario a rischio di inappropriatazza	Proporzione dei dimessi in regime ordinario a rischio di inappropriatazza sul totale entro le soglie regionali previste	0%	50%
- Riduzione Day Hospital diagnostici	A.2.10.1	Day Hospital Medico: Riduzione DH DIAGNOSTICI	Numero di cicli di Day Hospital DIAGNOSTICI sul totale dei cicli di Day Hospital pari o inferiore alla percentuale proposta	Individuato per ogni CdR	Individuato per ogni CdR

- Riduzione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 143 del 1 agosto 2019)	A.2.11	Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento entro 15 minuti	Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento entro 15 minuti sul totale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento pari o superiore al valore proposto	85%	50%
	A.2.12	Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento entro 60 minuti	Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento entro 60 minuti sul totale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento pari o superiore al valore proposto	80%	50%
	A.2.14	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso, ad eccezione dei transiti in OBI, chiusi entro lo standard nazionale	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso, ad eccezione dei transiti in OBI, chiusi entro 8 ore	90%	50%
- Riduzione degli "abbandoni" dal Pronto Soccorso	A.2.17	Riduzione degli abbandoni da Pronto Soccorso	Percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso pari o inferiore al valore proposto	10%	30%
Donazione Organi e Tessuti	A.2.18	Donazione di organi e tessuti (numero di donatori in morte encefalica, accertamenti di morte encefalica con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in Rianimazione-Terapia Intensiva)	Numero di donatori procurati sul Numero di soggetti con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica (nei tempi e modi stabiliti dalla normativa) pari o superiore al valore proposto	65%	0%
- Autosufficienza sangue	A.2.19	Raggiungere l'autosufficienza di sangue a livello regionale	Incremento dell'attività di raccolta di sangue (numero di unità raccolte) nell'anno 2025 del 10% rispetto all'anno 2024	10%	0%
Percorsi Assistenziali e PDTA	A.2.28	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per pazienti fragili da area Boarding a Reparto di Medicina Interna	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA per pazienti fragili da area Boarding a Reparto di Medicina Interna	1	0
	A.2.29	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per il paziente diabetico condiviso con ASL RM1	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA per il paziente diabetico condiviso con ASL RM1	1	0
	A.2.30	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per i pazienti affetti da BPCO	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA per il paziente diabetico condiviso con ASL RM1	1	0
	A.2.31	Implementazione Progetto "Endocarditis Team"	Proposta e adozione Progetto "Endocarditis Team" (condiviso tra Malattie infettive e Cardiologia)	1	0
	A.2.32	Attivazione sala operatoria ibrida: approfondimento e sviluppo procedure e percorsi	Proposta e adozione Progetto procedure e percorsi assistenziali per l'attivazione sala operatoria ibrida	1	0
	A.2.33	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per "Broncologia Interventistica"	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA per per "Broncologia Interventistica"	1	0
	A.2.34	Revisione del Percorso "Cure Simultanee"	Proposta e adozione della revisione del Percorso "Cure Simultanee" entro il 31.12.2025	1	0
	A.2.35	Definizione Percorso condiviso per i pazienti con potenziali infezioni che si presentano in PS (identificazione precoce infezioni)	Coordinamento professionisti, a cura di Malattie Infettive, e presentazione alla Direzione Sanitaria di una proposta di Percorso condiviso per i pazienti con potenziali infezioni che si presentano in PS (identificazione precoce infezioni)(condiviso con PRONTO SOCCORSO, IGIENE, RISK MANAGEMENT)	1	0
	A.2.36	Attivazione percorso "Codice Argento"	Attivazione percorso "Codice Argento", riservato ai pazienti con patologie degenerative del Sistema Nervoso Centrale che accedono al Pronto Soccorso (condiviso tra Neurologia e Pronto Soccorso)	1	0
	A.2.39	monitoraggio PDTA e valutazione aderenza al percorso definito	Coordinamento professionisti per il monitoraggio PDTA e valutazione aderenza al percorso definito	1	0
Innovazione e Ricerca	A.2.40	Riorganizzazione dei percorsi chirurgici finalizzati alla concentrazione e valorizzazione della casistica	Aumento del peso medio della casistica relativa ai dimessi 2025 rispetto al 2024 pari o superiore al valore percentuale proposto	10%	0%
	A.2.81	Attivazione Centro per lo sviluppo dei sistemi di IA	Presentazione alla Direzione Aziendale di una proposta di applicazione dell'Intelligenza Artificiale alla pratica clinica	1	0
	A.2.82	Sviluppo delle attività del Centro Malattie Rare	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di percorsi assistenziali per i pazienti affetti da Malattie Rare	1	0
	A.2.83	Attuazione sperimentazione clinica con STUDI di FASE 1	Adozione dei provvedimenti e delle misure previste per l'attuazione delle sperimentazioni cliniche con STUDI di FASE 1	1	0

A.3 - Governo Liste d'Attesa

Tempi di attesa per classe di priorità dei ricoveri programmati	A.3.2	Monitoraggio e rispetto dei Tempi di attesa massimi per classe di priorità A dei ricoveri programmati	Proporzione di ricoveri di classe di priorità A erogati entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa pari o superiore al valore proposto	90%	50%
	A.3.3	Monitoraggio e rispetto dei Tempi di attesa massimi per classe di priorità B dei ricoveri programmati	Proporzione di ricoveri di classe di priorità B erogati entro 60 giorni dall'inserimento in lista di attesa pari o superiore al valore proposto	90%	50%
Tempi di attesa AMBULATORIALI - pazienti presi in carico	A.3.5	Analisi fabbisogno prestazioni ambulatoriali per i pazienti presi in carico	Presentazione proposta di revisione dell'offerta ambulatoriale in funzione dei risultati dell'analisi del fabbisogno prestazioni ambulatoriali per i pazienti presi in carico	1	0

B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO

B.1 - Equilibrio Economico Finanziario

BUDGET DI REPARTO: Farmaci ed Emoderivati: contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	B.1.1	Rispetto del tetto assegnato per la spesa farmaceutica ospedaliera definito nel Bilancio di Previsione	Tetto della spesa farmaceutica ospedaliera (farmaci ed emoderivati) pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
	B.1.2	Rispetto del tetto assegnato per la spesa degli altri beni sanitari (monouso, protesi, dispositivi, ecc.) definito nel Bilancio di Previsione	Tetto di spesa degli altri beni sanitari (monouso, protesi, dispositivi, ecc.) pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
Corretta gestione delle rimanenze di magazzino dei beni sanitari	B.1.4	Monitoraggio delle rimanenze di magazzino di Reparto dei beni sanitari	Compilazione elenco rimanenze di magazzino di reparto su file trasmesso dalla Farmacia con cadenza trimestrale entro il giorno 10 del mese successivo alla scadenza	4	0
	B.1.5	Monitoraggio delle rimanenze di magazzino di Reparto dei beni sanitari	Trasmissione al Coordinatori Infermeristici/Tecnici del file per la compilazione dell'elenco delle rimanenze di magazzino di reparto con cadenza trimestrale entro il giorno 20 dell'ultimo mese del trimestre (20 marzo, 20 giugno, 20 settembre e 20 dicembre)	4	0
	B.1.5.1	Applicazione tecnologia di identificazione a radiofrequenza (RFid) per la gestione del magazzino di Sala Operatoria	Presentazione alla Direzione Aziendale di un progetto per l'utilizzo della tecnologia di identificazione a radiofrequenza (RFid) per la gestione del magazzino di Sala Operatoria	1	0
BUDGET DI SPESA CENTRI ORDINANTI: contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	B.1.6	Rispetto del tetto di spesa (B3 Servizi) assegnato per gli acquisti di competenza della struttura definito nel bilancio di previsione (non comprende la revisione prezzi)	Spesa per gli acquisti (B3 - Servizi) di competenza della struttura pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
	B.1.7	Rispetto del tetto di spesa (C3 prestazioni sanitarie da privato) assegnato per gli acquisti di competenza della struttura definito nel bilancio di previsione (non comprende la revisione prezzi)	Spesa per gli acquisti (C3 prestazioni sanitarie da privato) di competenza della struttura pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
Tempestività della liquidazione delle fatture	B.1.9	Rispetto dei tempi previsti per la lavorazione e liquidazione delle fatture	Importo fatture liquidate entro 30 giorni dall'assegnazione/Totale importo fatture assegnate alla struttura, pari o superiore alla percentuale proposta	100%	80%
	B.1.10	Monitoraggio dei tempi previsti per la liquidazione delle fatture	Produzione di un report trimestrale che evidenzia per ogni UUOO competente l'importo delle fatture liquidate entro 30 giorni dall'assegnazione sul totale importo fatture assegnate	4	0
Monitoraggio Fondo Rischi	B.1.11	Monitoraggio del fondo rischi finalizzato a verificare il corretto accantonamento oltre che del rischio di soccombenza anche degli oneri legali sostenuti per il patrocinio	Report trimestrale a strutture coinvolte e direzione strategica	4	0
Valorizzazione Prestazioni per Interni	B.1.12	Valorizzazione prestazioni per interni erogate dalla Radiologia interventistica	Valorizzazione prestazioni per interni erogate dalla Radiologia interventistica	1	0
Prestazioni sanitarie richieste ad altre Strutture	B.1.13	Razionalizzazione del processo di richiesta ad altre Strutture di prestazioni sanitarie per pazienti ricoverati	Adozione procedura per la richiesta, valutazione, documentazione e liquidazione delle prestazioni richieste ad altre Strutture per pazienti ricoverati (condiviso tra Direzione Sanitaria e Affari Generali)	1	0
Costi correlati alle ICA	B.1.14	Analisi costi delle infezioni Ospedaliere e individuazione misure di miglioramento	Analisi costi delle infezioni ospedaliere e individuazione misure di miglioramento (condiviso tra Igene, Risk Management e Controllo di gestione)	1	0
Monitoraggio convenzioni attive	B.1.9	Monitoraggio trimestrale sulla contabilizzazione, fatturazione e riscossione convenzioni attive	Report trimestrale a strutture coinvolte e direzione strategica	4	0

B.2 - Personale

- Spesa del Personale	B.2.1	Rispetto del tetto di spesa assegnato per la spesa del Personale definito nel Bilancio di Previsione	Spesa per il Personale pari o inferiore al valore proposto	Individuato per il CdR	102,5%
- Governo dello straordinario (ore)	B.2.2	Rispetto del tetto delle ore di Straordinario al fine di garantire quanto previsto nel Bilancio di Previsione e quanto stanziato nei Fondi aziendali	Numero di ore di straordinario pari o inferiore al valore proposto	Individuato per il CdR	102,5%
- Governo delle Prestazioni Aggiuntive (ore)	B.2.3	Contenimento delle prestazioni aggiuntive non coperte da finanziamenti ad hoc (Piano pandemico, recupero prestazioni e ricoveri sospesi), compatibilmente con l'ingresso delle nuove risorse e la revisione organizzativa, al fine di garantire quanto previsto nel Bilancio di Previsione	Numero di ore di Prestazioni aggiuntive pari o inferiore al valore proposto	Individuato per il CdR	102,5%

B.3 - Farmaceutica

- Farmaceutica ospedaliera in File F (flusso FARMED): corretta rendicontazione	B.3.1	Completa rendicontazione dei farmaci rientranti nel Flusso Farmed (File F) entro i termini previsti	Valore dei farmaci rendicontati nel flusso FARMED nel periodo/ Totale dei Farmaci rendicontabili FILE F scaricati al CDC pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%
--	-------	--	---	------	-----

B.4 - Procedure di acquisto ed investimento

- Riduzione dei provvedimenti di proroga dei dispositivi medici	B.4.1	Azzeramento proroghe dei dispositivi medici, non rientranti in quelle previste dalla legge, nell'esercizio 2025	Riduzione fino all'azzeramento delle proroghe dei dispositivi medici, non rientranti in quelle previste dalla legge, nell'esercizio 2025	100%	50%
- Piano Investimenti	B.4.3	Sostituzione attrezzature obsolete	Presentazione piano di aggiornamento tecnologico e/o sostituzione attrezzature obsolete in dotazione alla UOC Nefrologia e dialisi (condiviso tra Nefrologia e Tecnologie biomediche)	1	0

C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI

C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile

- Interventi di edilizia sanitaria	C.1.1	Attuazione e Monitoraggio dello stato di realizzazione degli interventi del PNRR e PNC	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica resoconti semestrali inerenti lo stato di attuazione degli interventi previsti	2	0
	C.1.2	Attuazione e Monitoraggio dello stato di realizzazione degli interventi ex ART. 20 L.67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica resoconti semestrali inerenti lo stato di attuazione degli interventi previsti	2	0
	C.1.3	Programmazione e realizzazione degli interventi necessari per l'attivazione delle nuove aree previste nel progetto di ampliamento	Adozione dei provvedimenti necessari per la programmazione e realizzazione degli interventi necessari per l'attivazione delle nuove aree previste nel progetto di ampliamento	1	0
	C.1.4.4	Cyber security: Adozione soluzioni di IT per la garanzia della sicurezza informatica riguardanti le apparecchiature elettromedicali e	Implementazione della piattaforma di cybersecurity asset management, risk management e relative regole di sicurezza	1	0
	C.1.4.5	Informattizzazione dei processi assistenziali definiti nei PDTA aziendali	Adozione della piattaforma informatizzata per la documentazione e il monitoraggio dei processi assistenziali costituenti i PDTA approvati	1	0
	C.1.4.6	Implementazione piattaforma informatizzata per i servizi di orientamento del cittadino e navigazione indoor	Adozione della piattaforma informatizzata per i servizi di orientamento del cittadino e navigazione indoor entro il 30.06.2025	1	0
	C.1.4.7	Completamento dell'informatizzazione dei Processi Clinici: Utilizzo del Registro Operatorio	Percentuale dei verbali operatori chiusi e validati entro la dimissione del paziente pari al valore proposto	100%	80%
	C.1.4.8	Completamento dell'informatizzazione dei Processi Clinici: Firma digitale della lettera di dimissione dei ricoveri ordinari	Numero di lettere di dimissione firmate digitalmente sul totale delle dimissioni in regime ordinario pari o superiore alla percentuale proposta	90%	70%
	C.1.4.9	Completamento dell'informatizzazione dei Processi Clinici: Firma digitale dei referti ambulatoriali informatizzati	Numero di referti ambulatoriali firmati digitalmente sul totale delle prestazioni ambulatoriali pari o superiore alla percentuale proposta	90%	70%
	C.1.4.18	Integrazione piattaforme informatizzate per la documentazione dell'attività	Integrazione piattaforme informatizzate per la documentazione dell'attività: RIS-PACS / B.O. (condiviso tra Radiologia Interventistica, Direzione Sanitaria e Sistemi Informativi)	1	0
	C.1.70	Procedure di garanzia della qualità per i trattamenti con radiazioni ionizzanti	Revisione e aggiornamento dei protocolli operativi in applicazione del D.Lgs 101/2020	1	0
	C.1.57	Revisione delle procedure per la sorveglianza del personale sanitario	Revisione delle procedure per la sorveglianza del personale sanitario	1	0
	C.1.9	Acquisire mezzi di contrasto "Green" per l'utilizzo in Diagnostica per immagini	Presentazione progetto per l'acquisizione di mezzi di contrasto "Green" per l'utilizzo in Diagnostica per immagini	1	0

C.2 - La cooperazione funzionale tra aziende: Ospedale senza muri

- Modelli per il transitional management	C.2.2	Accertamento Infermieristico - Assessment infermieristico secondo modelli funzionali gordon per la personalizzazione e la continuità delle cure	Esecuzione dell'accertamento infermieristico in Cartella Clinica Informatizzata sui pazienti ricoverati pari o superiore alla percentuale proposta	95%	50%
- Bed Management avanzato per la transizione delle cure: la dimissione orientata	C.2.3	Attività della COT-H per la continuità assistenziale in applicazione dei protocolli di intesa con Asl Rm1, Asl Rm4, Asl Rm5 e ASL Rieti, finalizzati all'identificazione e al trasferimento dei pazienti ricoverati nel setting assistenziale post-acute adeguato	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica di resoconti trimestrali inerenti la gestione della COT-H per la continuità assistenziale integrata con il territorio, la dimissione orientata e la riduzione della degenza media in Area Medica	4	0
Cooperazione funzionale in Neuroradiologia	C.2.6	Progettazione modello organizzativo per la Neuroradiologia funzionale interaziendale con il Policlinico Umberto I	Presentazione alla Direzione Aziendale del Progetto per la condivisione del modello organizzativo per la Neuroradiologia funzionale interaziendale con il Policlinico Umberto I	1	0
Cooperazione funzionale in Area Materno-Infantile	C.2.7	Implementazione protocollo interaziendale con ASL Roma 1 - San Filippo Neri per la condivisione di risorse e valorizzazione delle attività in campo Materno-Infantile	Adozione del protocollo interaziendale con ASL Roma 1 - San Filippo Neri entro il 30.06.2025	1	0

C.3 - Attività psicologica nella trasversalità clinica organizzativa

- Servizio di ascolto psicologico	C.3.1	Servizio di ascolto psicologico dedicato ai dipendenti e ai medici in formazione specialistica per la promozione del benessere dei lavoratori	Predisposizione e invio alla Direzione Strategica di una reportistica periodica (trimestrale) delle attività eseguite dal Servizio di ascolto psicologico dedicato ai dipendenti e ai medici in formazione specialistica	3	0
- Valorizzazione Psicologia clinica	C.3.4	Sviluppo della Psicologia clinica e monitoraggio attività	Presentazione alla Direzione Aziendale di una proposta progettuale per lo sviluppo della Psicologia clinica e monitoraggio attività entro il 30.06.2025	1	0

C.4 - Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management

- Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management	C.4.1	Accreditamento all'Eccellenza secondo gli standard "Accreditation Canada": Prosecuzione del percorso di Accreditamento e adozione dei provvedimenti previsti dal Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza	Adozione dei provvedimenti e delle misure previste dal Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza entro i termini previsti dal relativo crono-programma	100%	50%
	C.4.2	Monitoraggio della realizzazione del percorso di Accreditamento all'Eccellenza	Predisposizione Report periodico trimestrale riguardante l'adozione dei provvedimenti e delle misure previste dal crono-programma di realizzazione del Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza e invio alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	4	0
	C.4.4	Adozione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS) e attuazione degli obiettivi ivi definiti	Adozione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS) e attuazione degli obiettivi ivi definiti	80%	50%
	C.4.5	Adozione del Piano Pandemico aziendale per l'anno 2025	Adozione con delibera aziendale del PPA 2025, in coerenza con il Piano Pandemico Regionale (Delibera 84/2022)	1	0
	C.4.6	Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) per l'anno 2025	Adozione, con delibera aziendale, del PAP 2025, in coerenza e in applicazione delle misure previste dal Piano Nazionale di Prevenzione e dal Piano Regionale di Prevenzione applicabili in Azienda e trasmissione in Regione della delibera di adozione	1	0
	C.4.7	Gestione del Rischio Clinico: Effettuazione di Audit periodici sul Rischio Clinico e invio dei verbali al Risk Management e al Controllo di gestione	Effettuazione di almeno 3 Audit sul Rischio Clinico entro il 31.12.2025	3	1
	C.4.8	Partecipazione agli Audit periodici sul Rischio Clinico	Partecipazione a un numero di Audit periodici sul Rischio Clinico pari o superiore al valore proposto e invio di una relazione annuale alla Direzione Aziendale e al Controllo di Gestione entro il 28/02/2026	80	35
	C.4.9	Verifica della completezza delle cartelle cliniche	Verifica della completezza di un numero di cartelle cliniche su specifici aspetti di rischio clinico pari al valore proposto entro il 31/12/2025	250	125
	C.4.10	Riconciliazione farmacologica: compilazione della scheda informatizzata	Percentuale di compilazione della Scheda informatizzata di riconciliazione farmacologica pari o superiore al valore proposto	90%	0%
	C.4.12	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Proposta, adozione e attuazione del Programma aziendale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA	Predisposizione del Programma aziendale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA, in applicazione della Determinazione regionale n. G16501 del 28.11.2022, entro il 30.06.2025	1	0
	C.4.16	Esecuzione di indagini di prevalenza semestrali sulle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione di 2 indagini di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza entro il 30.06.2025 e entro il 31.12.2025 e invio formale delle relative Relazioni alla Direzione Sanitaria e al Controllo di gestione entro 30 giorni dalla scadenza	2	0
	C.4.17	Razionalizzazione "Stewardship Infettivologica"	Presentazione proposta di revisione del modello organizzativo della "Stewardship Infettivologica" finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, entro il 31.03.2025	1	0
	C.4.18	Stewardship antimicrobica e protocolli aziendali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Attuazione dei protocolli aziendali per il controllo delle ICA e trasmissione di relazioni semestrali sul controllo delle ICA attraverso l'applicazione e il monitoraggio dei relativi protocolli aziendali	2	0

	C.4.19	Monitoraggio produzione e smaltimento dei rifiuti sanitari	Elaborazione di un report mensile da inviare alla Direzione Sanitaria, al Controllo di Gestione e al Bilancio entro il giorno 15 del mese successivo	9	3
	C.4.20	Riduzione delle cadute accidentali: Adozione della scheda di rischio cadute nelle UU.OO identificate alla luce dei nuovi indirizzi regionali	Percentuale di utilizzo della Scheda informatizzata per la valutazione del Rischio Cadute pari o superiore al valore proposto	90%	50%
	C.4.21	Gestione delle Lesioni da Pressione: Utilizzo della Scheda informatizzata per la valutazione del rischio, la richiesta di presidi antidecubito e il trattamento e monitoraggio delle lesioni da pressione	Percentuale di utilizzo della Scheda informatizzata per la gestione delle lesioni da pressione pari o superiore al valore proposto (tot schede informatizzate su tot schede Braden)	90%	50%
	C.4.22	Implementazione piattaforma gestione integrata del rischio	Implementazione piattaforma gestione integrata del rischio (condiviso tra Risk Management e Affari generali)	1	0
C.5 - Innovazione e implementazione nuove tecnologie / Revisione procedure e protocolli					
- Innovazione e implementazione nuove tecnologie / Revisione procedure e protocolli	C.5.1	Implementazione metodologia e procedure per la Broncoscopia EBUS	Proposta e adozione Procedura per la erogazione della Broncoscopia EBUS	1	0
	C.5.2	Attivazione Scintigrafia con leucociti marcati per rintracciare focolai difficili come sede e diffusione di infezione	Proposta e adozione Procedura per l'effettuazione della Scintigrafia con leucociti marcati per rintracciare focolai difficili come sede e diffusione di infezione	1	0
	C.5.3	Implementazione Progetto Target Therapy	Presentazione del progetto di implementazione della Target Therapy (terapie a bersaglio molecolare)	1	0
	C.5.4	Implementazione esame baropodometrico	Attivazione pedana per esecuzione esame baropodometrico	1	0
	C.5.5	Riattivazione della Litotrixxia extra-corporea	Proposta e adozione Procedura per l'effettuazione della Litotrixxia extra-corporea in seguito ad aggiornamento tecnologico	1	0
	C.5.6	Potenziamento percorso Uro-Oncologico anche con chirurgia robotica e collaborazione con Oncologia attraverso una figura specialistica dedicata	Potenziamento percorso Uro-Oncologico anche con chirurgia robotica e collaborazione con Oncologia attraverso una figura specialistica dedicata	1	0
	C.5.7	Attivazione della terza Sala Endoscopica	Revisione delle procedure e riprogrammazione dei percorsi assistenziali funzionali all'attivazione della terza Sala Endoscopica	1	0
	C.5.8	Incrementare l'appropriatezza prescrittiva della Terapia Antibiotica	Adozione di un Protocollo per la garanzia dell'appropriatezza prescrittiva della Terapia Antibiotica; condiviso tra Malattie infettive, Laboratorio analisi e Farmacia	1	0
	C.5.9	Revisione percorso "Stroke Team" in funzione dell'attivazione del 14 p.l. di Semintensiva presso i nuovi locali adiacenti il PS	Presentazione proposta di revisione del percorso "Stroke Team" in funzione dell'attivazione del 14 p.l. di Semintensiva presso i nuovi locali adiacenti il PS entro il 31.03.2025 (condiviso tra Neurologia e Anestesia e	1	0
	C.5.10	Miglioramento gestione del paziente con emorragia massiva e l'identificazione precoce di coagulopatie	Implementazione tromboelastometria (TEM) e tromboelastografia (TEG) per la gestione del paziente con emorragia massiva e l'identificazione precoce di coagulopatie	1	0
	C.5.11	Riorganizzazione "Piattaforma di Laboratorio"	Revisione delle procedure e riprogrammazione dei percorsi e delle interfacce con le Unità Operative assistenziali, funzionali alla riorganizzazione della Piattaforma di Laboratorio	1	0
	C.5.12	Adozione piattaforma per il tracciamento dei vetrini	Adozione piattaforma per il tracciamento dei vetrini	1	0
	C.5.13	Implementazione progetto Digital Pathology	Implementazione progetto Digital Pathology (vetrino digitale per effettuare una diagnosi più approfondita) entro il 30.06.2025	1	0
	C.5.14	Implementazione attività in sala settoria: definizione procedura operativa e inizio attività	Definizione e adozione delle procedure e riprogrammazione delle attività funzionali all'attivazione della Sala Settoria	1	0
	C.5.15	Attivazione Risonanza 3 Tesla	Definizione e adozione delle procedure e riprogrammazione delle attività funzionali all'attivazione della Risonanza Magnetica 3 Tesla	1	0
	C.5.16	Identificazione precoce pazienti con sepsi o con aumentato rischio di svilupparla, nelle prime 12 ore dall'accettazione in PS o Reparto	Implementazione test MDW (biomarcatore in grado di identificare pazienti con sepsi o ad aumentato rischio di svilupparla, nelle prime 12 ore dall'accettazione in PS o Reparto)	1	0
	C.5.17	Sviluppo processi di digitalizzazione nel campo della diagnostica per immagini	Presentazione alla Direzione Aziendale di un progetto per lo sviluppo del processo di digitalizzazione: Imaging, Video, Analytics, Command Center	1	0

	C.5.18	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli emocomponenti	Adozione protocollo per l'appropriatezza prescrittiva degli emocomponenti	1	0
	C.5.19	Aumento della Plasmaferesi Produttiva	Aumento percentuale della raccolta di plasma (plasmaferesi produttiva) rispetto all'anno 2024 pari o superiore al valore proposto	10%	0%
	C.5.20	Ampliamento del complesso ospedaliero: razionalizzazione logistica: percorsi pazienti e materiali, gestione rifiuti, gestione magazzini, trasporti interni	Revisione e aggiornamento dei percorsi pazienti e materiali, delle procedure gestione rifiuti, gestione magazzini, trasporti interni entro il 30.09.2025	1	0
C.6 - Efficienza processi organizzativi e Flussi Informativi					
- Flussi Informativi	C.6.1	Assicurare tempestività, completezza e qualità dei dati trasmessi ai fini del rispetto del debito informativo a livello regionale e nazionale: Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai Flussi previsti dai Ministeri competenti e dalla Regione	Numero di flussi inviati nei termini /Totale dei flussi inviati pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%
	C.6.2	Flusso informativo contratti di dispositivi medici	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati pari o superiore al valore proposto	75%	0%
	C.6.3	Flusso informativo consumi di dispositivi medici	Assicurare una percentuale di copertura del flusso dei consumi pari o superiore al valore proposto (Modalità di calcolo: La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione copre l' 80% dei costi rilevati da Modello CEI)	80%	0%
	C.6.4	Flusso informativo consumi farmaci (Flusso Farmed e Flusso File R)	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati, qualità e attendibilità dei dati trasmessi.	100%	0%
- Tempestività nell'esecuzione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati	C.6.7	Riduzione dei Tempi di Esecuzione (TE) delle indagini di diagnostica strumentale o di laboratorio per i pazienti ricoverati	Proporzione di indagini diagnostiche eseguite entro i giorni lavorativi specificati pari alla percentuale proposta	90%	50%
- Tempestività nella refertazione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati	C.6.8	Riduzione dei Tempi di Refertazione (TR) delle indagini di diagnostica strumentale o di laboratorio per i pazienti ricoverati	Proporzione di referti consegnati entro i giorni lavorativi specificati pari alla percentuale proposta (per le prestazioni refertabili entro il termine proposto)	90%	50%
- Tempestività completamento e chiusura delle cartelle cliniche di ricovero	C.6.9	Attività di monitoraggio sul rispetto dei termini previsti per la compilazione e validazione delle SDO di ricovero	Numero di Report periodici pari al valore proposto	10	5
C.7 - Politiche per lo sviluppo, la valorizzazione, il benessere delle risorse umane					
- Formazione su Rischio Clinico	C.7.3	Organizzazione corsi di formazione aziendale sulla gestione del rischio clinico	Organizzazione di tre eventi inerenti la gestione del rischio caduta, la corretta gestione della terapia trasfusionale e il consenso informato e la responsabilità professionale	3	0
- Promozione welfare organizzativo	C.7.4	Presentazione di almeno due progetti uno della dirigenza e uno del comparto relativo al welfare organizzativo	Presentazione di almeno due progetti uno della dirigenza e uno del comparto relativo al welfare organizzativo	2	1
- Formazione su Internal Audit	C.7.5	Organizzazione corsi di formazione aziendale sulla gestione dell'Internal Audit	Organizzazione di 2 eventi inerenti la gestione dell'Internal Audit	2	0
- Promozione della Salute	C.7.6	Proposta di Programmi di Promozione della Salute volti a favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute	Proposta alla Direzione Aziendale di almeno 2 di Progetti di Promozione della Salute volti a favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute	2	0
C.8 - Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale					
- Sito web aziendale	C.8.2	Sviluppo sezione della ricerca clinica sul sito web aziendale	Aggiornamento e sviluppo della sezione della Ricerca Clinica sul sito web aziendale	1	0
C.9 - Prevenzione della Corruzione e Trasparenza					
- Amministrazione Trasparente	C.9.1	Aggiornamento della Sezione Amministrazione Trasparente sul sito Web Aziendale: Inserimento puntuale della documentazione nelle apposite sezioni specificate di Amministrazione Trasparente	Pubblicazione della documentazione nelle sezioni specificate entro il termine fissato	100%	50%
- Monitoraggio sulle attività a rischio di corruzione	C.9.2	Attività a rischio di corruzione così come definito dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione: Monitoraggio periodico specifico per Struttura Organizzativa delle attività a rischio di corruzione in base al livello di rischio definito	Attività di monitoraggio eseguite nei tempi previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della corruzione sul totale delle attività da monitorizzare pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%
- Internal Audit	C.9.3	Attivazione e implementazione dei processi strutturati riguardanti le attività di Internal Auditing	Adozione procedure per la regolamentazione del processo di Internal Audit, piano di lavoro e strumenti di monitoraggio	1	0
- Ricerca e Privacy	C.9.4	Aggiornamento disciplina Privacy per attività di ricerca	Aggiornamento disciplina Privacy per attività di ricerca (condiviso tra Affari generali e Centro Ricerca Clinica)	1	0

2.2.3 Il processo di budgeting annuale, valutazione e verifica dei risultati

Il D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), ha innovato la disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche, anche nella parte riguardante il sistema retributivo dei dipendenti.

In particolare, è stato introdotto il concetto di Performance Organizzativa (riferito all'Amministrazione nel suo complesso e alle sue articolazioni organizzative), e di Performance Individuale (riferita ai singoli dipendenti), in sostituzione del concetto di produttività individuale e collettiva.

In tale rinnovato quadro normativo, le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a valutare annualmente la performance organizzativa e individuale sulla base di un sistema di misurazione e valutazione della performance, appositamente sviluppato e adottato. La funzione di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura nel suo complesso, nonché la proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice, è affidata all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e ai dirigenti di ciascuna Struttura Organizzativa.

Nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni e dei risultati è pertanto disciplinata, (attraverso gli articoli 8 e 9 del D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa che di quella individuale.

Nel dettaglio, l'art. 8 del succitato Decreto prevede che la Performance Organizzativa sia strettamente correlata ai seguenti fattori:

- a) l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze della collettività;
- b) l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- c) la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- d) la modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- e) lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- f) l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento e alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- g) la qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- h) il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

L'art. 9 del D.Lgs. n. 74/2017 disciplina la misurazione e valutazione della Performance Individuale, prevedendo, al comma 1, che la performance individuale, dei dirigenti e del personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità, sia strettamente correlata ai seguenti fattori:

- a) indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- b) raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- d) capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Il comma 2, invece, disciplina la misurazione e la valutazione svolte dai dirigenti sulla performance individuale del personale. Tale valutazione deve essere effettuata sulla base del sistema di misurazione e valutazione della performance e deve essere collegata:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza;
- c) alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Nell'ambito del presente Piano della Performance, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea armonizza il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance alle disposizioni contenute nella Legge Regionale n. 1/2011 e nel D.Lgs. n. 150/2009, come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017. La pianificazione strategica e operativa triennale viene sviluppata, adottata, eseguita e monitorata ogni anno attraverso il Processo di Budget annuale; tale processo consente di declinare su base annuale la pianificazione triennale, formalizzando gli obiettivi operativi, i relativi pesi, gli indicatori, i valori target e i valori soglia relativi alla Performance Organizzativa, che diventano oggetto del processo di negoziazione tra il Comitato di Budget e i singoli Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget, come disciplinato dal "Regolamento del processo di budget" (REG/919/04, rev 8 del 03.03.2022).

Gli obiettivi di budget rappresentano un parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'Azienda nel suo complesso e dalle singole Strutture Organizzative, anche ai fini del sistema premiante dell'area della dirigenza e dell'area del personale del comparto.

Per il personale dirigenziale, il Processo di Budget si realizza attraverso una negoziazione tra il Comitato di Budget e i Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget.

Come specificato nel Regolamento, sono considerati Centri di Responsabilità di attività e budget:

- le articolazioni organizzative di tipo complesso (U.O.C.), di tipo semplice Dipartimentale (U.O.D.) che svolgono attività di carattere sanitario, finalizzate all'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
- le articolazioni organizzative di tipo complesso (U.O.C.) che svolgono attività di carattere amministrativo, contabile e tecnico finalizzate a garantire il corretto svolgimento dei processi di supporto all'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari.

Per il personale del comparto titolare di incarichi di funzione, il Processo di Budget avviene attraverso una negoziazione tra il personale del comparto titolare di incarichi di funzione e il Responsabile dell'Unità Operativa cui afferisce lo stesso.

Per il restante personale del Comparto, il Processo si realizza attraverso l'assegnazione di obiettivi alla Struttura Organizzativa cui afferisce lo stesso. Tutto il personale della Struttura concorre al raggiungimento degli obiettivi con un grado di responsabilità differenziata in base alla categoria/incarico secondo quanto disciplinato dal Regolamento Sistema Premiante – Area Comparto – adottato in Azienda (deliberazione n. 280 del 22.04.2015).

A consuntivo, la Direzione Strategica, attraverso le strutture, gli uffici e gli organismi deputati a tale procedura, procede alla verifica dei risultati, sia per la valutazione della performance organizzativa e individuale realizzata, che per l'erogazione della collegata retribuzione di risultato.

2.2.4 Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Il Ciclo di Gestione della Performance ed il relativo Sistema di Valutazione della Performance organizzativa e individuale del personale della dirigenza è stato aggiornato nel 2018 con l'approvazione del Protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante dell'area della dirigenza.

Attraverso il Processo di Budget, la Direzione Strategica definisce e negozia con i titolari dei Centri di Responsabilità di attività e budget gli obiettivi relativi alla Performance Organizzativa contenuti nella Scheda di Budget. Tali obiettivi vengono monitorati durante l'anno dalla U.O.C. Programmazione e controllo di gestione. A chiusura dell'anno solare si dà avvio al Processo di Valutazione secondo le modalità previste dai regolamenti aziendali.

Tale Processo prevede un Valutatore di Prima Istanza, rappresentato dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario, a seconda dell'area di appartenenza, amministrativa o sanitaria, del Centro di Responsabilità di attività e budget considerato, e dal Valutatore di Seconda Istanza, rappresentato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

In applicazione del Protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante dell'area della dirigenza (al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio di applicazione del sistema), in considerazione dei livelli di responsabilità individuati nell'organizzazione con l'Atto Aziendale, i direttori dei Centri di Responsabilità (UOC e UOSD) di attività e budget, contrattano con la Direzione Strategica gli obiettivi e le risorse assegnate alla propria unità operativa per il conseguimento degli stessi. Il personale afferente a ciascuna struttura, considerato facente parte di una equipe omogenea, viene informato e coinvolto in forma necessariamente trasparente circa la programmazione operativa a livello di UO, secondo una logica di responsabilità condivisa ed in relazione alla specifica qualifica e livello professionale.

In linea con le vigenti disposizioni normative, l'Amministrazione assume la responsabilità di verificare il diritto alla distribuzione dell'incentivo in base al grado di raggiungimento degli obiettivi, misurato attraverso il sistematico impiego di opportuni indicatori di risultato. La metodologia disciplinata dal protocollo, quindi, in prima battuta collega il calcolo del premio spettante ad ogni struttura alla performance organizzativa conseguita dal relativo Centro di Responsabilità (CdR), secondo una logica che considera l'attività di ogni singolo CdR come il risultato dell'apporto congiunto di tutte le professionalità allo stesso afferenti; successivamente, tale premio viene suddiviso all'interno dell'equipe in considerazione delle performance individuali che hanno contribuito al conseguimento dei suddetti risultati organizzativi.

Ai fini del calcolo dell'incentivo individuale spettante, oltre ai suddetti livelli di performance, si prevede concorrano anche altri fattori, che tengono in debita considerazione i livelli di complessità organizzativa, operativa e di responsabilità individuale.

In considerazione di ciò, l'incentivo sarà determinato sulla base dei seguenti parametri di calcolo:

- A. la performance organizzativa del CdR di afferenza;
- B. la complessità operativa che caratterizza i diversi ambiti dell'organizzazione;
- C. il livello di responsabilità individuale, anche in relazione al conseguimento degli obiettivi di budget;
- D. la performance individuale di ciascun operatore;
- E. la quantità di servizio individualmente prestata.

2.2.5 Gli obiettivi assegnati al personale di Comparto

Per i titolari di Incarico di Funzione, il Processo di assegnazione degli obiettivi si attua attraverso la negoziazione tra il suddetto titolare di incarico e il Responsabile dell'Unità Operativa cui afferisce l'incaricato. Gli obiettivi, contenuti nella Scheda, vengono monitorati durante l'anno e, a chiusura dell'anno solare, si dà avvio al Processo di Valutazione secondo le modalità previste dai regolamenti aziendali.

Tale Processo prevede un Valutatore di Prima Istanza, rappresentato dal Responsabile dell'Unità Operativa cui afferisce il titolare di Incarico di Funzione, e dal Valutatore di Seconda Istanza rappresentato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Per il restante personale del Comparto, a seguito dell'approvazione del Sistema Premiante (delibera n. 280/2015), il Ciclo di Gestione della Performance ed il relativo Sistema di Valutazione della Performance organizzativa ed individuale prevede:

- una quota, valorizzata come 70% del Fondo di Struttura, legata al raggiungimento degli obiettivi di Struttura;
- una quota, valorizzata come 30% del Fondo di Struttura, legata al punteggio conseguito nella valutazione condotta con la Scheda di valorizzazione individuale.

Per quanto riguarda la quota del 70%, il Sistema Premiante prevede che gli obiettivi assegnati alle rispettive Strutture di afferenza vengano condivisi con il personale del comparto e monitorati dalla U.O.C. Programmazione e controllo di gestione. A chiusura dell'anno solare si dà avvio al Processo di Valutazione secondo le modalità previste dai regolamenti aziendali.

Tale Processo prevede un Valutatore di Prima Istanza, rappresentato dal Responsabile della Struttura Organizzativa, e un Valutatore di Seconda Istanza rappresentato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Per quanto riguarda, invece, la quota del 30%, il Sistema Premiante prevede che la Scheda di Valorizzazione Individuale:

- per il personale del ruolo sanitario (fatta eccezione per il Coordinatore) sia effettuata dal Coordinatore in prima istanza e dal Titolare di Incarico di Funzione in seconda istanza; per il Coordinatore viene effettuata dal Titolare di Incarico di Funzione in prima istanza e dal Responsabile della Macrostruttura in seconda istanza;
- per il personale appartenente a tutti gli altri ruoli sia effettuata dal Titolare di Incarico di Funzione in prima istanza e dal Responsabile dell'Unità Operativa in seconda istanza.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Premessa

Ai sensi dell'art. 6 del d.l. del 9 giugno 2021 n. 80, il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza è confluito nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO).

La presente sottosezione contiene, pertanto, la definizione della strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ospedaliero – universitaria Sant'Andrea per il triennio 2025-2027, in ottemperanza a quanto disposto dalla legge 6 novembre 2012 n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” e dal D.lgs. n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, viste altresì le indicazioni contenute nel PNA 2022, così come aggiornato nell'anno 2024, in una logica di integrazione con gli obiettivi delle sottosezioni precedenti, anche con riguardo alle strategie di creazione e di protezione del Valore Pubblico.

L'attuazione degli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza contribuisce, difatti, alla creazione del valore pubblico inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico e sociale delle comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholders.

La Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza rappresenta, pertanto, lo strumento attraverso il quale l'amministrazione descrive i processi aziendali e definisce il sistema di gestione del rischio corruttivo,

che deve essere progettato e attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa, prevenendo il verificarsi di eventi corruttivi.

2.3.2 Il contesto Esterno

Le fasi centrali del sistema di gestione del rischio corruttivo si concretano nell'analisi del contesto di riferimento, nella valutazione del rischio e nel trattamento dello stesso.

L'adozione delle misure di prevenzione non può, difatti, prescindere in primo luogo dall'analisi del contesto in cui opera l'Azienda, la cui disamina è utile all'individuazione della presenza del rischio di corruzione quale fattore sistematico nel territorio di riferimento.

Nell'elaborazione di tale analisi, diversi sono i dati oggettivi e soggettivi rilevanti, attinenti a tematiche quali il contesto economico e sociale, la presenza di criminalità organizzata e la commissione di reati contro la pubblica amministrazione (ad es. riciclaggio, corruzione, concussione, peculato).

In tal senso, rilevante risulta l'annuale Rapporto sull'Indice di percezione della corruzione (CPI), curato da Transparency International Italia, pubblicato il 30 di gennaio 2024.

L'edizione 2023 dell'Indice di Percezione della Corruzione conferma il punteggio di 56 per l'Italia e colloca il Paese al 42° posto nella classifica globale dei 180 Stati oggetto della misurazione. Le questioni che continuano ad incidere negativamente sulla capacità del nostro sistema di prevenzione della corruzione nel settore pubblico vanno dalle carenze normative che regolano il tema del conflitto di interessi nei rapporti tra pubblico e privato, alla mancanza di una disciplina in materia di lobbying. Secondo l'analisi di Transparency, negli ultimi anni l'Italia ha ad ogni modo compiuto significativi progressi nella lotta alla corruzione, mediante diversi interventi: ha introdotto il diritto generalizzato di accesso, rendendo maggiormente trasparente l'attività della Pubblica Amministrazione, ha approvato la disciplina a tutela del Whistleblower e, con la legge anticorruzione del 2019, ha inasprito le pene previste per taluni reati.

A livello, regionale, dai rapporti "Mafie nel Lazio", il VI° e il VII° relativi agli anni 2020/ 2021 e primo semestre 2022, emerge una condizione di grande vulnerabilità della nostra comunità.

In relazione alle tematiche interessate da tale rischio, gli appalti pubblici costituiscono uno degli obiettivi di interesse strategico delle organizzazioni mafiose, in quanto consentono non solo di reinvestire in iniziative legali le ingenti risorse liquide provenienti dalle molteplici attività criminali, ma rappresentano un'ulteriore fonte di guadagni e un collaudato sistema di pulizia del denaro sporco, con il conseguente indebolimento del sistema delle aziende sane e dell'alterazione della libera concorrenza.

In tal senso, è, ad oggi, di grande attualità l'attività di gestione dei fondi finalizzati agli investimenti previsti dal PNNR, in relazione ai quali è possibile rilevare il rischio di aggressione da parte della criminalità organizzata, come ripetutamente evidenziato dalla magistratura e dalle forze dell'ordine.

Quanto precede rende evidente che le azioni intraprese e da intraprendere al fine di prevenire il rischio di ipotesi di corruzione devono essere improntate verso forme di monitoraggio e controllo che consentano, soprattutto attraverso la trasparenza dell'agire amministrativo, di scoraggiare e, conseguentemente, di prevenire fenomeni corruttivi e di maladministration.

Nell'ambito degli interventi volti a prevenire infiltrazioni criminali e per effetto dell'entrata in vigore del decreto legislativo 31/3/2023 n. 36, l'ANAC ha provveduto da ultimo, con deliberazione n. 585 del 19 dicembre 2023, a disporre l'aggiornamento alle originarie Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136.

Nell'ambito del contesto interno e ai fini di una puntuale analisi, assume rilevanza la garanzia di partecipazione, di cui è espressione la procedura di consultazione "aperta" agli *stakeholders*, utile a consentire l'acquisizione di eventuali osservazioni e suggerimenti utili ad una disamina delle principali

dinamiche territoriali e/o settoriali, tali da consentire una preventiva individuazione delle eventuali influenze e pressioni esterne che potrebbero, nello svolgimento dell'attività istituzionale, interessare potenzialmente l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

Qualificando gli stakeholders quali tutti i soggetti portatori d'interesse, a diverso titolo, verso le attività realizzate e i servizi resi dall'Azienda, il contesto di riferimento si caratterizza per essere rappresentativo di legittime aspettative eterogenee dei soggetti coinvolti, in relazione alle quali risulta necessario l'espletamento, da parte dell'Azienda, di una costante attività tesa ad ottenerne un bilanciamento.

2.3.3 Il contesto Interno

L'analisi del contesto interno riguarda, diversamente, gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo e fa emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro il livello di complessità organizzativa.

L'AOUSA opera in un settore, quello dei servizi sanitari che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, presenta caratteristiche del tutto peculiari. Questo in considerazione di fattori quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario che la espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi nel suo ambito.

I principali soggetti coinvolti, a diverso titolo, nel processo di progettazione e attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono così individuati:

- Il Direttore Generale:
 - nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT), disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare le funzioni e i poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;
 - valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'ente, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
 - definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione (art. 1, co. 8 L. 190/2012);
 - adotta il Codice di Comportamento;
 - adotta il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) ed i suoi aggiornamenti annuali (oggi Sezione Rischi e Trasparenza del PIAO), su proposta del RPCT, entro il 31 gennaio di ogni anno;
 - riceve la relazione annuale del RPCT, può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate in merito all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.
- Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT):

Con prima deliberazione n. 672 del 20.10.2014, su proposta della U.O.S. Affari Generali e Consulenza Giuridica è stato istituito "L'Ufficio anticorruzione e trasparenza" per l'espletamento delle funzioni e

attività previste dalla normativa in suddetta materia, in staff alla Direzione Generale, e individuato il Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza.

Con provvedimento del Direttore Generale n. 56 del 19 gennaio 2023, in annullamento e sostituzione della precedente deliberazione n. 2 del 04 gennaio 2023, è stato conferito l'incarico di Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza alla dott.ssa Arianna Piselli, dirigente amministrativo, Direttore UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica, con decorrenza dal 04 gennaio 2023.

in base a quanto previsto dalla L. n. 190/12:

- predisporre la proposta della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO;
- verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità, proponendo la modifica dello stesso in caso di accertamento di significative violazioni delle prescrizioni ovvero mutamenti nell'organizzazione;
- verifica, d'intesa con i dirigenti competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio corruttivo;
- segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta, tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite, pubblicandolo nella sezione Amministrazione Trasparente;

In base a quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013:

- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di rispetto delle norme sull'inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al decreto, con il compito di contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità (art. 15, co. 1);
- segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni di cui al Decreto all'ANAC, all'AGCM ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20/07/2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (art. 15, co. 2) .

In base a quanto previsto dall'art. 15 del DPR n. 62/2013:

- cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione;

La vigilanza è posta in primo luogo in capo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del d.lgs. 165/2001, artt. 13 e 15 del d.P.R. n. 62/2013) per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità

Il controllo sul rispetto del codice di comportamento, nonché sulla mancata vigilanza da parte dei dirigenti è svolto dal superiore gerarchico/organo sovraordinato.

Alla vigilanza è strumentale un'attenta e periodica (almeno annuale) attività di monitoraggio sull'attuazione del codice, da pianificare e documentare in analogia con il monitoraggio riguardante la verifica dell'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

- Il RPCT effettua il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, provvede a pubblicare i risultati sul sito istituzionale e a darne comunicazione ad ANAC;

In base a quanto previsto dal D.Lgs 33/2013 e s.m.i.:

- controlla l'adempimento, da parte dell'amministrazione, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnala all'organo di indirizzo politico, all'OIV, all'ANAC, e, nei casi più gravi, all'UPD i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità;

Inoltre, in base a quanto previsto dal D.Lgs. n. 24/2023:

- riceve e prende in carico le segnalazioni di *whistleblowing*.

- L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), verifica:

- la coerenza tra gli obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando, altresì, l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza (art. 1, co 8 bis Legge n. 190/12);
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- i contenuti della Relazione annuale del RPCT (art. 1, co. 14 Legge n. 190/12) e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre Sezioni.

- Tutti i dirigenti, tenuti a:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumere la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel presente piano e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati dal Piano Nazionale Anticorruzione, come aggiornato con deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma);
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

- I Dipendenti dell'Azienda, tenuti a:
 - prestare collaborazione al RPCT, partecipare al processo di gestione del rischio e osservare le misure contenute nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza;
 - segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione o all'UPD;
 - effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e rispettare l'obbligo di astensione;
 - adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento di cui al DPR n. 62/2013 e del Codice Etico e di Comportamento dell'Azienda;
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD),
 - collabora con il RPCT all'aggiornamento del Codice di Comportamento;
 - provvede alla raccolta dei casi di condotte illecite accertate e sanzionate dei dipendenti, a supporto dell'attività di monitoraggio sull'attuazione del codice posta in capo al RPCT.
- I Collaboratori, a qualsiasi titolo dell'Azienda, sono tenuti ad osservare le misure contenute nella presente Sezione e a segnalare le eventuali situazioni di illecito di cui vengano a conoscenza e ad adempiere agli obblighi di condotta previsti nel Codice di Comportamento.

La strategia di prevenzione della corruzione elaborata dai soggetti coinvolti vede l'adozione di diverse misure strutturali. In ragione delle Linee Guida ANAC del 2 febbraio 2022, aventi ad oggetto "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza", e il Piano Nazionale Anticorruzione, come aggiornato nel corso dell'anno 2023 con deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023, diverse sono le misure connesse alle linee di attività di seguito indicate, in quanto utili alla gestione del rischio corruttivo e al perseguimento degli obiettivi di ottimizzazione e semplificazione dei processi aziendali:

1. La **standardizzazione e regolamentazione dei processi**, in relazione alle quali è stato consolidato l'inserimento di tali obiettivi nel sistema di valutazione della Performance, provvedendo a dare impulso, di concerto con la Direzione Strategica, alle attività di ricognizione, aggiornamento e nuova adozione di regolamenti disciplinanti i diversi processi aziendali. Ritenendo tale ultima attività di particolare rilevanza, con deliberazione n. 749 del 30/06/2023, l'Azienda, su proposta della UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica, ha provveduto all'adozione del c.d. "Testo Unico dei Regolamenti Aziendali".
Nel perseguimento degli obiettivi di standardizzazione, il suddetto Testo Unico (TURA) è oggetto di periodiche verifiche e aggiornamenti, prevedendo altresì quale adempimento formale per tutti i Direttori delle UU.OO., la trasmissione nel minor tempo possibile alla UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica, quale struttura proponente, del testo di ogni regolamento eventualmente aggiornato, nonché di eventuali ulteriori regolamenti redatti ed adottati ex novo.
2. La **formazione**, non solo dei dirigenti con responsabilità gestionale, ma di tutto il personale coinvolto nei processi relativi alle aree a maggior rischio corruttivo. È risultato infatti che, al fine di creare una cultura dell'anticorruzione e della trasparenza, punto di forza è dato dalla programmazione e attuazione di tali specifici percorsi di formazione. In tal senso, risulta necessario proseguire nella linea di attività atta a sensibilizzare il personale alla partecipazione a progetti di formazione tra i quali si annoverano, nel corso dell'anno 2024, il corso inerente alla strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa reso nell'ambito del progetto Syllabus

del Dipartimento della Funzione Pubblica e, a livello interno, il corso riguardante la formazione per il personale amministrativo e sanitario in materia di codice degli appalti per la professionalizzazione di RUP e DEC, che ha visto la partecipazione di oltre 80 dipendenti aziendali.

3. Il **monitoraggio periodico**, per la valutazione dell'effettiva attuazione e adeguatezza delle misure di prevenzione adottate rispetto ai rischi rilevati. In tal senso, il RPCT effettua monitoraggi periodici nei confronti delle UU.OO. interessate, prevedendo relazioni trimestrali (processi ad alto rischio corruttivo), semestrali (medio rischio) annuali (rischio basso). Le risultanze dei monitoraggi periodici vengono pubblicate nella sezione "Dati Ulteriori" del portale "Amministrazione Trasparente" (V. Punto 7 del Piano). Nell'Allegato 2 della presente sottosezione del PIAO, denominato "Misure di prevenzione oggetto di adozione" viene indicato, per ogni misura, lo stato di attuazione dell'ultimo monitoraggio, per poi esporre la programmazione per il successivo triennio di riferimento.
4. L'incremento del grado di **automazione e digitalizzazione** di molti processi, al fine di aumentare l'efficacia, l'efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione. Nell'anno 2022 AOUSA ha aderito al programma "Assessment e formazione sulle competenze digitali" promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la valorizzazione lo sviluppo del capitale umano nelle P.A. Il progetto è finalizzato ad uniformare le competenze digitali dei dipendenti pubblici attraverso una formazione mirata, offerta loro dopo una analisi del fabbisogno individuale, così come mediante i corsi fruibili attraverso la piattaforma "Syllabus".

Nel perseguimento degli obiettivi di trasparenza e con finalità strettamente connesse a quanto previsto dalla deliberazione ANAC n. 203 del 17 maggio 2023, il RPCT nel corso dell'anno 2024, in continuità con l'annualità precedente, ha dato impulso all'incremento della produzione, laddove possibile, di c.d. "flussi informativi automatizzati" ai fini della pubblicazione, invitando le strutture aziendali a provvedere -con il coordinamento della UOC Sistemi Informativi e Tecnologie della Comunicazione- a verificarne la fattibilità. Numerosi sono i processi a gestione digitalizzata ad oggi presenti e in uso presso l'AOUSA, meglio enucleati nella sezione dedicata alla Trasparenza del presente Piano.

2.3.3.1 I Dirigenti aziendali quali "Referenti" per la prevenzione della corruzione

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione sono il risultato di un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili delle UU.OO e del responsabile della prevenzione della corruzione, secondo un processo "*bottom up*" in sede di formulazione delle proposte, e "*top down*" per la successiva fase di verifica ed applicazione; considerata la complessa articolazione organizzativa dell'Azienda, l'individuazione e la declinazione dei processi e delle attività maggiormente esposte al rischio corruzione, nonché la concreta determinazione delle misure di prevenzione, avvengono attraverso un processo dinamico di confronto e collaborazione.

Viene confermato il ruolo del personale Dirigente quale referente per la prevenzione della corruzione per le materie di sua competenza, nonché soggetto responsabile della produzione e pubblicazione degli atti sul sito web aziendale – sezione Amministrazione Trasparente. Agli stessi è altresì richiesto dal RPCT di individuare figure di riferimento, per la rispettiva unità operativa, per gli adempimenti in materia

di prevenzione della corruzione, specie con riferimento all'attuazione delle misure di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

I Dirigenti aziendali, titolari di incarico di direzione di U.O., prestano pertanto la necessaria collaborazione nei confronti del RPCT nelle fasi di:

- mappatura dei processi;
- individuazione ed analisi dei rischi connessi alle attività di competenza;
- formulazione di proposte e di misure idonee per la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni corruttivi;
- monitoraggio sull'attuazione ed efficacia delle misure introdotte;
- controllo circa il rispetto delle misure da parte del personale assegnato;
- trasmissione di informazioni, secondo le cadenze prestabilite e comunque su richiesta del RPCT, e di segnalazioni al verificarsi di eventi "corruttivi";
- formulazione delle proposte in ordine alla rotazione del personale assegnato esposto al rischio corruzione.

L'assolvimento di tutte le attività sopra previste costituisce obiettivo che contribuisce al conseguimento della performance da parte dei dirigenti. Con riguardo alle attività a rischio corruzione di cui al presente piano, I Dirigenti responsabili di struttura semplice e complessa effettuano inoltre periodicamente il monitoraggio del rispetto dei termini procedurali ed attestano l'avvenuta effettuazione delle verifiche.

I dirigenti sono altresì tenuti a segnalare al RPCT qualsiasi anomalia riscontrata consistente nella mancata attuazione delle misure che possa configurarsi quale fenomeno di maladministration, provvedendo contestualmente a porre in essere tutte le azioni volte alla pronta e tempestiva eliminazione delle predette anomalie. I Dirigenti propongono, infine, in relazione alle attività svolte dal personale loro assegnato le idonee attività di formazione finalizzate ad incrementare le competenze in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e di regole di comportamento, anche ai fini della promozione del valore pubblico

2.3.4 Mappatura dei Processi e individuazione delle misure di prevenzione

Il RPCT, coadiuvato dallo staff di supporto, procede alla definizione della mappatura dei processi condivisa con i dirigenti responsabili e la Direzione strategica nell'esercizio delle rispettive competenze e nel rispetto dei principi enunciati da ultimo con il PNA come aggiornato con deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura è stata condotta come segue:

- 1) Individuazione dei processi: tutti i dirigenti sono stati chiamati ad individuare i processi gestiti dalla UO per i quali prevedere un apposito "trattamento" ai fini della prevenzione della corruzione;
- 2) Suddivisione dei processi in sottoprocessi: ciascun processo è stato suddiviso, ove possibile, in sottoprocessi ed eventualmente in fasi, in base alla maggiore o minore complessità delle attività oggetto di analisi. In fase di mappatura, infatti, la maggiore analiticità consente di individuarne più facilmente i punti maggiormente vulnerabili e dunque i potenziali rischi incidenti;
- 3) Analisi dei rischi: sulla base dei processi analizzati e delle fasi di cui essi si compongono, è stato richiesto ai dirigenti di individuare i rischi potenzialmente idonei ad incidere sul buon andamento, anche sulla base delle fonti informative disponibili, della casistica dei fenomeni di maladministration

registrati in Azienda, e dei fenomeni che, anche sulla base della diffusione di notizie a mezzo stampa, si ripetano con frequenza nell'ambito oggetto di analisi;

- 4) Ponderazione e graduazione del rischio: il rischio, che può essere classificato come basso, medio o elevato, è stato valutato dai dirigenti secondo il criterio della prudenza, temperando la valutazione relativa alla probabilità del verificarsi dell'evento dannoso, con la definizione delle priorità di intervento e trattamento;
- 5) Individuazione delle misure già adottate per la prevenzione: è stato richiesto a ciascun dirigente di evidenziare le misure preventive già presenti, quali, a titolo esemplificativo, regolamenti, circolari, linee guida, attuazione di iniziative formative rivolte agli operatori coinvolti nelle attività, misure di rotazione del personale, anche mediante il meccanismo di segregazione delle funzioni, rafforzamento della trasparenza rispetto alle misure minime individuate dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., rafforzamento delle attività monitoraggio e controllo dei processi, gestione, in termini preventivi, delle ipotesi di conflitto di interesse;
- 6) Individuazione di misure di prevenzione ulteriori, sulla base del rischio residuo, anche eventualmente riclassificato in base alla ravvisata efficacia delle misure adottate in precedenza: nel richiamare il principio della obbligatoria sostenibilità delle misure da adottare, sia dal punto di vista economico che da quello organizzativo, al fine di facilitare l'individuazione dei possibili rimedi, è stato sottoposto ai dirigenti l'elenco, di seguito riportato, delle possibili cause che possano dare luogo al verificarsi di eventi dannosi, quali, a titolo esemplificativo:
 - mancanza di controlli: in fase di analisi andrà verificato se i controlli siano stati previsti e vengano efficacemente attuati;
 - mancanza di trasparenza;
 - eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
 - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo in capo a pochi o ad un unico soggetto;
 - scarsa responsabilizzazione interna;
 - inadeguatezza e/o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
 - inadeguata diffusione della cultura della legalità;
 - mancata attuazione del principio di separazione tra politica e amministrazione.

I dirigenti sono costantemente coinvolti nel processo di revisione della mappatura delle Aree di rischio generale e nel processo di mappatura delle aree di rischio specifiche nel settore sanità, nonché nella attività di individuazione dei rischi.

E' stato fornito, anche quest'anno, ai Dirigenti il documento denominato Anagrafica dei rischi (Allegato 5), ovvero un elenco dei principali rischi di corruzione che con maggiore frequenza e probabilità potrebbero verificarsi. Il suddetto documento -a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti Pubblici e dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione (deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023)- ha comportato la necessità di provvedere all'aggiornamento dei possibili rischi e della mappatura di alcuni dei processi dell'Azienda, ad oggi in corso di ulteriore implementazione.

La logica della mappatura dei processi, dell'individuazione dei rischi e delle correlate misure preventive costituisce, infatti, uno strumento che consente di analizzare le criticità che rischiano di deviare l'agire amministrativo dal perseguimento del precipuo interesse pubblico e che "costringe" alla individuazione di soluzioni in grado di semplificare e di migliorare l'efficienza dell'organizzazione.

Il processo di gestione del rischio, sebbene connotato da margini di miglioramento, risulta complessivamente sufficientemente rodato, almeno per quanto riguarda le modalità e gli strumenti di analisi utilizzati (Protocolli operativi).

Permangono, in taluni casi, criticità nei soggetti gestori dei processi e dei rischi ad essi correlati, nell'effettuare analisi che risultino al contempo esaustive e sintetiche, nel distinguere adeguatamente il concetto di processo da quello dei singoli procedimenti amministrativi che lo compongono, nonché criticità e disallineamenti temporali nell'esecuzione dei monitoraggi periodici, secondo le scadenze fissate dal Piano. Si registrano ancora alcuni ritardi nel tempestivo adempimento degli obblighi di pubblicazione; si evidenzia tuttavia un evidente miglioramento rispetto ai precedenti anni.

L'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del piano è stata resa difficoltosa in parte dall'assenza di un ufficio di staff esclusivamente dedicato alle funzioni e che collabori, a tempo pieno, alle attività connesse alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza. Tali funzioni sono state svolte dal RPCT, che si è avvalso della disponibilità di personale in servizio presso la UOD Affari Generali, difatti con atto deliberativo n. 1093/2022 è stato istituito un gruppo a supporto delle attività del RPCT.

2.3.5 Misure per l'abbattimento del Rischio

Per il triennio 2025-2027, sulla base di quanto segnalato dai dirigenti delle UU.OO. nella revisione della Mappatura o nei colloqui individuali con il RPCT, nonché in esito alla verifica dello stato di attuazione delle misure di prevenzione, è stata prevista la mancata riconferma di n. 16 misure di prevenzione rispetto al piano precedente, a fronte del raggiungimento di un completo grado di attuazione e di standardizzazione per alcune, ovvero a causa del loro superamento per altre. In sede di revisione delle misure di prevenzione è stato poi previsto l'inserimento di n. 11 nuove misure tra le quali rientrano misure inerenti alla gestione dei fondi PNRR.

Complessivamente, come riporta l'Allegato 2 del presente piano, lo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste è risultato essere ad un livello soddisfacente con riferimento all'anno 2024.

Nell'individuazione delle misure di prevenzione per il triennio 2025-2027, indicate nel suddetto Allegato 2, si è tentato di armonizzare, ai fini della prevenzione della corruzione, gli obiettivi di efficienza con gli adempimenti, numerosi e crescenti, imposti dalla vigente normativa, nella profonda consapevolezza che talvolta la ricerca di misure nuove o innovative rischia di sortire l'effetto contrario rispetto al principio che si intende perseguire.

Nel caso di specie, dunque si è tentato di evitare che l'individuazione di misure ulteriori rispetto a quella già in essere, per taluni processi, potesse determinare un appesantimento ulteriore delle procedure con il rischio di determinare un malfunzionamento.

Per quanto concerne i rischi corruttivi e le misure di contenimento, a partire dall'entrata in vigore del D.Lgs. 36/2023, si ritiene, nel rispetto di quanto previsto con deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, di riproporre la casistica degli eventi rischiosi enucleati nel PNA 2022 e delle connesse misure di prevenzione, in quanto criticità potenzialmente presenti ad oggi in via strutturale, e non più derogatoria, nel sistema dei contratti pubblici.

Le misure che l'Azienda intende porre in essere per il triennio 2025 – 2027 confermano l'impostazione seguita in passato e si traducono ancora una volta in azioni volte principalmente alla regolamentazione dei processi/procedimenti, al monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese, al rafforzamento della trasparenza nei settori maggiormente esposti al rischio di corruzione, alla formazione e sensibilizzazione etica del personale, alla realizzazione degli obiettivi di digitalizzazione, alla rotazione del personale operante in aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, privilegiando meccanismi di segregazione delle funzioni onde non recare pregiudizio al buon andamento dell'attività amministrativa, alla gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

La formazione svolge un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza della regolare condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e del Codice

di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

Misure di regolamentazione

L'Azienda riconosce la necessità di procedere alla revisione e all'aggiornamento costante dei regolamenti esistenti, alla approvazione di regolamenti e procedure ulteriori che assicurino il rispetto del contesto normativo, anche a fronte della naturale produzione/evoluzione legislativa, nonché alla verifica sul rispetto delle disposizioni contenute nei regolamenti esistenti.

Nel perseguimento della finalità di creazione del valore pubblico, la revisione e il miglioramento della regolamentazione interna favoriscono la verifica della corretta attuazione del principio di trasparenza, nonché l'individuazione di eventuali comportamenti disomogenei tra uffici della stessa Azienda.

A tal fine l'Azienda già nel corso del 2023 ha proceduto all'espletamento di una attività di ricognizione e, laddove possibile e necessario, aggiornamento e nuova adozione di regolamenti disciplinanti i processi aziendali giungendo, su proposta della UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica, all'adozione del c.d. "Testo Unico dei Regolamenti Aziendali" con deliberazione n. 749 del 30/06/2023. Tale documento è consultabile sul sito web aziendale al percorso "Azienda" → "Istituzionale" → "TURA".

Il TURA viene periodicamente monitorato e tempestivamente alimentato con la pubblicazione dei regolamenti aggiornati. I regolamenti che compongono il predetto documento sono altresì oggetto di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente, al percorso "Disposizioni generali" → "Atti generali" → "Atti amministrativi generali".

Con determinazione n. 676/2024, inoltre, è stato costituito l'organismo "Internal Auditing dell'Azienda ospedaliero -universitaria Sant'Andrea" finalizzato a supportare l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico volto a identificare, monitorare e migliorare il sistema di gestione dei rischi. In tal modo si è voluto assicurare, inoltre, l'efficientamento delle attività di assurance attraverso la mappatura periodica dei processi, elaborando ed aggiornando i regolamenti aziendali di cui al Testo Unico (TURA) e lo sviluppo delle attività di consulenza finalizzate alla promozione dell'aggiornamento della normazione aziendale e alla fornitura di indicazioni e pareri alle articolazioni aziendali per lo snellimento di processi e procedure.

Misure di controllo e monitoraggio

Per l'attuazione delle misure specifiche di intervento delle attività a medio ed alto rischio di corruzione, si è proceduto ai monitoraggi periodici, redatti secondo lo schema di cui all'Allegato 3 al presente Piano, sono effettuati dai dirigenti responsabili delle UU.OO. e sono pubblicati da ciascuna struttura in formato PDF nell'area amministrazione trasparente della sezione altri contenuti/dati ulteriori.

L'impostazione perseguita dall'Azienda per assicurare il monitoraggio prevede che venga effettuata, per categoria di rischio basso/medio/elevato, la verifica periodica sulla efficacia delle misure adottate rispetto ai procedimenti di competenza della struttura diretta (annuale per rischio basso, semestrale per rischio medio e quadrimestrale per rischio elevato).

A prescindere dalla classificazione del rischio, permane in capo ai dirigenti il dovere di procedere al costante monitoraggio, al controllo e alla verifica circa la correttezza dei procedimenti amministrativi intrapresi nonché sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate. Permane altresì l'obbligo di procedere alla segnalazione al RPCT di episodi corruttivi, mediante l'utilizzo della scheda allegata al presente Piano (Allegato 4). La predetta segnalazione non esime, tuttavia, il dirigente dall'avvio di eventuali procedure disciplinari e, nei casi più gravi, dagli obblighi di denuncia alle Autorità Giudiziarie.

Misure di trasparenza

La trasparenza costituisce una delle principali misure di prevenzione della corruzione. Per la trattazione analitica delle modalità di attuazione della trasparenza all'interno dell'Azienda si rinvia al paragrafo 2.3.6 - "Sezione Trasparenza".

Misure di formazione, promozione dell'etica e di standard di comportamento

Le attività di formazione sono svolte secondo le modalità e con la tempistica indicata nel piano formativo aziendale, con l'obiettivo di fornire gli strumenti mediante i quali il personale possa acquisire la capacità di assolvere alla propria funzione mettendo in pratica le disposizioni normative e quelle stabilite nei regolamenti attuativi, anche di carattere aziendale e nei Piani.

L'Azienda, consapevole che in taluni casi il verificarsi di fenomeni di maladministration possa essere legato anche a difetti derivanti dal carente aggiornamento professionale, riconosce il valore della formazione quale misura che, determinando l'accrescimento della competenza professionale, consente di limitare il verificarsi di episodi di corruzione. Ai sensi degli articoli 10 e 11 della Legge 190/2012, di concerto con la U.O.S. Formazione ed aspetti giuridici del personale, sono state valorizzate le iniziative formative in materia di acquisti e contratti pubblici e in materia di prevenzione della corruzione.

I destinatari della formazione erogata in materia operano, in primo luogo, in ambiti fortemente interessati da processi connessi alle ipotesi di rischio previste dal PNA 2022.

In continuità con l'annualità precedente, assume rilievo in ambito formativo aziendale anche l'erogazione dei corsi promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica sulla piattaforma Syllabus e reso obbligatorio per il personale interessato.

Tanto nell'ambito delle suddette attività, come per le altre, è previsto che i contenuti della formazione siano scelti appositamente dai Dirigenti di area rispetto alle funzioni svolte dal personale assegnato, al fine di implementare le competenze del personale interessato e, conseguentemente, contenere ipotesi di inadeguata applicazione dei principi e delle norme che regolano l'agire della P.A..

L'Azienda, nell'ambito del programma di formazione per la prevenzione della corruzione, intende, nel corso del triennio, proseguire l'attività di formazione specifica rivolta al personale che opera in aree a rischio corruzione. La formazione potrà essere svolta anche attraverso l'utilizzo delle tecnologie informatiche mediante il sito web e l'intranet aziendale, nonché tramite la pubblicazione di materiale nell'area amministrazione trasparente o mediante corsi FAD.

In tema di accessibilità si rammenta, inoltre, che AOUSA al fine di garantire il corretto processo formativo dei propri dipendenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ha istituito una piattaforma **E-Learning** per favorirne e facilitarne la partecipazione accessibile dal sito intranet aziendale.

Misure di rotazione

Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizio, procedimento e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo che determinino, a loro volta, il rischio di incorrere in

ulteriori ipotesi di maladministration. Per tali ragioni, appare evidente che la rotazione deve essere preceduta da idonei percorsi formativi e di affiancamento che assicurino la prosecuzione delle attività ordinarie e che garantiscano la regolare erogazione dei servizi.

In altre parole, la rotazione deve essere impiegata in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Risultando evidente che il principio di rotazione non possa essere applicato in ambiti nei quali non sia possibile attuare i concetti di fungibilità della prestazione lavorativa (personale medico) e nelle more della possibile attuazione di sistemi di rotazione che assicurino la continuità e la coerenza di indirizzo delle strutture, a garanzia del principio di buon andamento dell'agire amministrativo, l'Azienda, a più riprese ha fornito indicazioni in materia di attuazione del principio di rotazione nelle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione.

Il personale dirigente è chiamato ad assicurare la rotazione dei funzionari incaricati (personale direttivo) nei settori considerati maggiormente a rischio, salvaguardando le competenze e le professionalità acquisite, mediante sistemi di affiancamento, ove possibile, ovvero mediante il meccanismo della segregazione delle funzioni.

Nel 2020, a seguito della adozione, con deliberazione 625/2020, del Regolamento Aziendale per la graduazione, l'affidamento, la valutazione e la revoca degli incarichi di funzione, sono state avviate le procedure per il conferimento degli incarichi di funzione al personale di comparto. Proseguite per tutto il 2020 e 2021, le procedure sono terminate nell'ottobre 2021, con l'affidamento degli incarichi di funzione di tipo amministrativo.

Nel 2021, inoltre, l'immissione in servizio di nuove risorse umane, a fronte del completamento delle procedure di avviso indette per il reclutamento, a tempo indeterminato, di personale amministrativo, ha consentito, per il personale amministrativo di comparto, una migliore distribuzione delle attività lavorative, consentendo altresì la realizzazione delle logiche dell'affiancamento che sottendono il principio di segregazione delle funzioni.

Nel corso del 2024 i numerosi trasferimenti del personale di ruolo e l'assunzione in organico di nuovo personale, dirigenziale e non, hanno resa necessaria la revisione e la redistribuzione dei compiti e delle attività all'interno di tutte le Unità Operative interessate, favorendo un processo di rotazione.

Nel triennio 2025-2027, l'Azienda intende monitorare i settori maggiormente esposti a rischio di corruzione (incarichi e nomine, acquisizione e gestione del personale, contratti pubblici), al fine di attuare, laddove possibile, eventuali processi di rotazione sia mediante l'alternanza delle figure chiamate a ricoprire i ruoli di responsabile di procedimento, di componente di commissioni di gara e di concorso, sia mediante il ricorso al più volte richiamato principio della segregazione delle funzioni, quale sistema idoneo ad evitare l'accentramento, in capo al medesimo soggetto, di una pluralità di compiti e funzioni. Quanto sopra anche al fine di ottemperare alle previsioni di cui al D.lgs. 36/2023, art. 15 che introduce la figura del Responsabile Unico di Progetto.

Considerato, inoltre, che l'attuazione della misura della rotazione deve poter avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità nella gestione delle attività, si conferma l'impostazione secondo la quale, in ogni caso, la ulteriore rotazione degli incarichi dirigenziali sarà realizzata, nel tempo, in momenti diversi rispetto a quella del personale del comparto. In tal modo il meccanismo di rotazione potrà salvaguardare il primario interesse al buon andamento dell'azione amministrativa/assistenziale garantendo la dovuta continuità e la conservazione delle necessarie conoscenze/competenze all'interno delle diverse strutture. La rotazione non potrà, in ogni caso, essere applicata ai profili professionali per i quali è previsto il requisito di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa.

Occorre peraltro rimarcare che nell'ambito dell'area sanitaria non medica (farmacia-fisica- biologia-chimica etc.) non è, allo stato, possibile attuare il principio di rotazione, a causa della carenza di risorse

umane fungibili in servizio presso l'Azienda; nell'ambito, invece, dell'area sanitaria medica il suddetto meccanismo di rotazione può essere, evidentemente, attuato solo ed esclusivamente all'interno della stessa U.O..

Con riferimento alle attività classificate ad “Alto rischio” ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare e implementare, ove ancora non adottate, le azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti, e adottare misure di controllo compensative, quali l'affidamento delle pratiche sensibili a due funzionari, atte a prevenire il rischio di condotte corruttive.

Misure di segnalazione e protezione

La legge 190/2012 prevede una serie di meccanismi a tutela del c.d. “whistleblower”, ossia il dipendente pubblico che denuncia alla magistratura ordinaria, contabile o ai suoi superiori gerarchici episodi di corruzione così come intesa e descritta sia dalla predetta disciplina normativa sia dal presente piano. Tale disciplina di tutela prevede i seguenti tre capisaldi da osservare:

- 1) tutela dell'anonimato;
- 2) divieto di discriminazione del “whistleblower”;
- 3) sottrazione al diritto di accesso della segnalazione, fatte salve le ipotesi eccezionali di cui all'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001.

È previsto, difatti fra l'altro, che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito.

Il D.lgs. 10 marzo 2023, n. 24 recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019 riguardante violazioni del diritto dell'Unione in attuazione delle quali l'ANAC ha emesso, con deliberazione n. 311 del 12 luglio 2023, apposite Linee Guida che, in continuità con i suddetti interventi, favoriscono la tutela dei cosiddetti “whistleblower”.

La protezione viene, “ulteriormente rafforzata ed estesa a soggetti diversi da chi segnala, come il facilitatore o le persone menzionate nella segnalazione, a conferma dell'intenzione del legislatore europeo e italiano, di creare condizioni per rendere l'istituto in questione un importante presidio per la legalità e il buon andamento delle amministrazioni/enti”.

Come previsto dalle recenti indicazioni, in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

Sarà onere del datore di lavoro dimostrare che eventuali provvedimenti adottati nei confronti del dipendente siano stati motivati da ragioni estranee alla segnalazione. Nessuna tutela sarà tuttavia prevista nei casi di condanna, anche con sentenza di primo grado, per i reati di calunnia, diffamazione o comunque commessi tramite la segnalazione e anche qualora la denuncia, rivelatasi infondata, sia stata effettuata con dolo o colpa grave.

Con deliberazione n. 22 del 13/01/2022, l'Azienda ha provveduto all'acquisto su piattaforma MEPA del servizio dedicato alla gestione, manutenzione e condizione applicativa delle segnalazioni “Whistleblowing”, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa in materia.

Con deliberazione n. 55 del 17/01/2025 l'Azienda ha approvato il passaggio alla piattaforma informativa “Whistleblowing IT resa disponibile gratuitamente da Transparency International Italia -Transparency Solutions I.S. Srl, quale procedura informatizzata di segnalazione interna già rispondente alle prescrizioni della L. n.179/2017 e gestita dalla società Whistleblowing Solutions I.S. Srl;

L'obiettivo perseguito da questa Azienda è di fornire, con tale strumento, al whistleblower indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni nonché circa

le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento. La segnalazione (cd. whistleblowing), in tale ottica, è un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il whistleblower contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione pubblica e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Per quanto concerne le segnalazioni ulteriori, rispetto a quelle provenienti dal whistleblower, è stato predisposto un modello la cui compilazione compete ai dirigenti dell'Azienda.

La predetta segnalazione che non determina la sostituzione del RPCT nelle funzioni di competenza del dirigente, quali, ad esempio, l'avvio di azioni di natura disciplinare o penale, deve costituire un allarme per rianalizzare il processo interessato dall'episodio, analizzare le cause del mancato funzionamento delle misure adottate e determinare la revisione e il rafforzamento delle stesse.

Misure per la prevenzione di ipotesi di conflitto di interesse

Come è noto, il conflitto di interessi, attuale o potenziale, è definito come la condizione o l'insieme di circostanze che creano o accrescono il rischio che gli interessi primari, quali il corretto adempimento dei doveri istituzionali finalizzati al perseguimento del bene pubblico, possano essere compromessi da interessi secondari, ossia privati, e che possano pertanto creare un pregiudizio all'esercizio imparziale delle funzioni al dipendente attribuite. Configura conflitto di interesse lo svolgimento, sia in termini attuali e concreti sia in termini potenziali, di funzioni che possano subire un'interferenza con il corretto esercizio dell'attività svolta, tali da non assicurare la garanzia del rispetto dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità nel perseguimento dell'interesse pubblico.

Il conflitto d'interessi è attuale quando si manifesta durante il processo decisionale del soggetto decisore; è, invece, potenziale nell'ipotesi in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) del dipendente possa potenzialmente tendere a interferire con l'interesse primario dell'Azienda.

Le principali disposizioni normative che disciplinano le modalità di gestione delle ipotesi di conflitto di interesse, anche potenziale, da parte dei dipendenti pubblici sono contenute all'art. 6 del D.P.R. N. 62/2013, all'art. 6 bis della legge 241/90 ed all'art. 16 del D.lgs. 36/2023.

Ai sensi del comma 41, art. 1 della Legge 190/12 ed ai rinvii normativi in esso contenuti, tutti i soggetti nominati quali responsabili del procedimento, i titolari di uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endo-procedimentali e provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione, anche potenziale, al proprio Dirigente.

Le disposizioni in materia di astensione, nelle ipotesi di conflitto di interesse, sono state trasfuse nel Codice di Comportamento adottato dall'Azienda nonché nei Regolamenti Aziendali interessati dalla materia, con una particolare attenzione all'area dei contratti pubblici. In relazione a tale tematica, l'Azienda ha implementato l'efficacia delle principali misure previste, costituite in particolare dal sistema di acquisizione delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, nonché dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'Azienda.

Con deliberazione n. 1569 del 5/12/2024 è stato approvato il nuovo Codice di comportamento aziendale, redatto dal RPCT in sinergia con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, anche in ossequio alle Linee guida ANAC in materia di Codici di Comportamento delle Pubbliche Amministrazioni (delibera n. 177 del 19/02/2020), riguardante le "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle Amministrazioni Pubbliche".

Il Codice di comportamento, difatti, è una misura di attuazione della strategia della prevenzione della corruzione e della illegalità e, pertanto, elemento essenziale del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

I destinatari del suddetto Codice sono tenuti a rispettare le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione nonché prescrizioni e gli obiettivi indicati nel Piano e sono, pertanto, tenuti a collaborare con il RPCT. In particolare i dipendenti hanno l'obbligo di prestare la massima

collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione sia per la comunicazione di dati, sia per l'effettuazione di segnalazioni di possibili illeciti ma anche in generale nella comunicazione di buone prassi.

2.3.6 Sezione Trasparenza

Il presente Piano individua le modalità di attuazione della trasparenza mediante lo strumento costituito dall'Allegato I, nel quale vengono declinati gli obblighi di pubblicazione, i responsabili della produzione degli atti e delle informazioni, i responsabili della relativa pubblicazione, nonché la tempistica degli adempimenti.

L'Azienda riconosce e promuove il valore della trasparenza quale misura di rilievo fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa costituisce uno degli strumenti di promozione dell'integrità e di sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Rientrano nelle misure volte al rispetto del principio generale della trasparenza quelle relative alla formazione, al whistleblowing, al pantouflage, alla gestione del conflitto di interesse. Quest'Azienda rileva un livello di adempimento degli obblighi di trasparenza che risulta essere soddisfacente.

In materia di obblighi di pubblicazione, si è provveduto al recepimento delle modifiche introdotte con la delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, con la quale l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha aggiornato e integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023, riguardante la trasparenza dei contratti pubblici.

Ai fini della prevenzione della corruzione, un ruolo fondamentale è ricoperto dall'informatizzazione dei processi che limita interventi di tipo discrezionale da parte del singolo operatore e rende sempre più agevole e performante i sistemi di gestione, controllo e tracciabilità delle attività amministrative.

È stata, pertanto, effettuata una puntuale ricognizione di tutti i flussi informativi che nel corso del tempo sono stati implementati dall'Azienda ospedaliero -universitaria Sant'Andrea come di seguito indicato:

- 1) **Sistema automatico di rilevazione delle presenze/assenze del personale:** tutto il personale dipendente di AOUSA utilizza regolarmente l'applicativo AREAS presente all'interno della rete intranet aziendale. Attraverso detto applicativo è possibile gestire le presenze e le assenze dal servizio in formato elettronico. È possibile inoltre, per ciascun responsabile di Unità Operativa, procedere autonomamente alla verifica e al monitoraggio delle presenze del personale afferente alla propria struttura e dei relativi giustificativi a supporto.
- 2) **Sistema automatico per la richiesta dei buoni pasto e per la gestione della turnistica:** attraverso l'applicativo P.I.T. per il personale afferente al comparto sanità è possibile autonomamente provvedere alla gestione della turnistica e alla richiesta dei buoni pasto.
- 3) **Sistema gestione procedure di bandi/selezione per acquisizione del personale:** AOUSA si è dotata di un sistema informatizzato per l'acquisizione delle domande di concorso mediante compilazione di format on line (Concorsi Smart) a garanzia dei processi di trasparenza dei concorsi e delle prove selettive.
- 4) **Acquisizione CIG:** AOUSA utilizza l'applicativo SIMOG 33, gestito da PA33, attraverso il quale è fornito un supporto operativo all'acquisizione, gestione e completamento delle schede dei CIG direttamente collegate alla BDNCP (Banca dati nazionale dei Contratti Pubblici). Tale applicativo attualmente risulta essere in uso principalmente alla UOC Farmacia e dalla UOS Economato per le Spese in Economia.
- 5) **Applicativo amministrativo contabile (AMC Master)** per l'informatizzazione iter pagamento fornitori: fatturazione elettronica e informatizzazione del ciclo passivo.
- 6) **Attraverso il sistema SIGES** AOUSA provvede a:
 - a) Tracciamento del consumo dei farmaci per centro di costo (AREAS → File R).
 - b) Acquisizione e trasmissione dei flussi relativi ai consumi e contratti dei dispositivi medici.

- c) Trasmissione informazioni dei CE trimestrali del BE e del Bilancio Consuntivo.
- 7) **Tracciabilità farmaci** attraverso il sistema di rendicontazione su EDS.
- 8) **Dematerializzazione degli atti amministrativi**: delibere e determine dirigenziali vengono sottoscritte digitalmente dai dirigenti responsabili per le singole fasi di competenza e pubblicate in Albo Pretorio attraverso il sistema informatico UNICA.
- 9) **Protocollo informatico**: Aousa dispone di un sistema informatico di protocollazione in entrata e in uscita.
- 10) **Informatizzazione dei processi di acquisizione dei beni e dei servizi**.
- 11) Sistema di **Datawarehouse** per favorire, a vantaggio della U.O. Gestione del personale e della Direzione strategica, l'immediata disponibilità e consultazione di un cruscotto informativo sulla dotazione organica dell'Azienda per singola U.O, assegnazione incarichi, ecc.).
- 12) **Whistleblowing**: gestione delle segnalazioni mediante piattaforma informatica dedicata, a garanzia e tutela del soggetto segnalante (Whistleblower).
- 13) **Consulenti e collaboratori**: collegamento tra "Amministrazione Trasparente" e il portale del Dipartimento della Funzione Pubblica (PERLAPA) per la consultazione delle informazioni relative ai consulenti e collaboratori aziendali.
- 14) **Collegamenti a banche dati**:
- a) "Normativa" (Sezione Atti Generali → Riferimenti normativi).
 - b) ANAC.
 - c) BDNCP per le procedure di gara.
 - d) Progetti PNNR, link di collegamento diretto alla pagina del sito internet aziendale dedicata alle informazioni relative all'elenco degli "Interventi grandi apparecchiature".
 - e) Geodati.
 - f) Agenzia per l'Italia digitale.

In tema di accessibilità si rappresenta, inoltre, che AOUSA al fine di garantire il corretto processo formativo dei propri dipendenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ha istituito una piattaforma **E-Learning**, accessibile dal sito intranet aziendale, per favorirne e facilitarne la partecipazione.

Risultano efficaci le misure adottate in relazione al pantouflage che si concretano, in particolare, nell'inserimento della clausola di pantouflage negli atti di assunzione del personale, nelle dichiarazioni acquisite in caso di cessazione dal servizio dei dipendenti e nel DGUE per la partecipazione a gare d'appalto, prevedendone espressamente il divieto. L'Azienda, per il triennio 2025-2027, così come avvenuto per l'anno 2024 promuove l'inserimento, negli atti di indirizzo e in quelli regolamentari, di misure finalizzate all'attuazione della trasparenza.

Nel corso del 2024 si è provveduto a dare ulteriore trasparenza ai regolamenti aziendali mediante puntuale pubblicazione degli stessi all'interno del TURA (Testo Unico Regolamenti Aziendali) consultabile sul sito internet aziendale e costantemente aggiornato

Come già accennato il RPCT in sinergia con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ha provveduto all'aggiornamento e alla successiva pubblicazione e divulgazione del nuovo "Codice di comportamento per il personale dell'Azienda ospedaliero -universitaria Sant'Andrea".

Al fine di recepire le nuove disposizioni di cui alla Determinazione del 23 novembre 2023 n. G15665 della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio, approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico -sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" è stato aggiornato e regolarmente pubblicato all'interno del TURA il nuovo "Regolamento aziendale Comitato Valutazione Sinistri (Co.Va.Si.) Con esso, ai fini di una sempre maggior trasparenza, si è voluto disciplinare puntualmente la procedura aziendale per la gestione dei sinistri.

Nel corso del 2024 si è inoltre provveduto all'aggiornamento e alla successiva pubblicazione del regolamento aziendale per la "Gestione delle donazioni e delle elargizioni liberali".

Come sopra menzionato l'Azienda sta attualmente effettuando un passaggio dall'applicativo Whistleblowing in uso alla soluzione promossa da Whistleblowing PA Transparency Italia che mette a disposizione degli enti pubblici specifiche piattaforme digitali crittografate per le segnalazioni unitamente all'attività di accompagnamento all'implementazione di buone procedure interne per la gestione delle stesse.

Atteso che costituisce contenuto indefettibile del presente piano la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza, l'Azienda, al fine di semplificare gli adempimenti in tema di pubblicità degli atti e dati contenuti nel D.Lgs 33/2013, utilizza, a far data dal 01/06/2018, il software denominato PA33, che consente la gestione dei dati e dei documenti oggetto di pubblicazione da parte delle strutture aziendali competenti per materia, nel rispetto dell'assetto organizzativo vigente.

È onere dei dirigenti, secondo le competenze indicate all'Allegato I del presente Piano, garantire il regolare flusso delle pubblicazioni di competenza, nel rispetto della tempistica prevista dalla vigente normativa e nell'ottica della necessaria responsabilizzazione delle strutture interne. A tal fine, qualora non sia previsto uno specifico termine di legge, si fa presente che la locuzione "tempestivo" deve essere intesa come un periodo compreso tra i 30 ed i 90 giorni, tenuto conto della specificità e della complessità di alcuni adempimenti che le strutture sono chiamate ad attuare.

Il RPCT svolge funzioni di controllo sul rispetto degli obblighi di trasparenza, segnalando alla Direzione Strategica, all'OIV e, nei casi più gravi, all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, i casi di ritardato o mancato adempimento.

Il "popolamento" della sezione "dati ulteriori", avviene su proposta dei dirigenti responsabili di U.O. previo parere favorevole del Direttore della Direzione cui afferisce la U.O. proponente.

Nell'Allegato I sono indicati in dettaglio:

1. i flussi informativi per garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati;
2. i responsabili delle diverse fasi individuate per giungere alla pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" (individuazione/elaborazione dei dati, trasmissione, pubblicazione, aggiornamento);
3. i termini per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati;
4. i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione;
5. le modalità per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

2.3.7 Piano Triennale delle Attività – Attuazione Misure

Il piano delle attività non ha carattere esaustivo in quanto le misure ivi contenute dovranno combinarsi con tutte le altre azioni, controlli e prescrizioni previste nel Piano in tutti gli altri documenti aziendali relativi a trasparenza e performance in modo da costituire una regolamentazione complessiva tesa all'abbattimento del rischio in tutte le attività esposte, in modo maggiore o minore, al rischio corruzione svolte dall'Azienda. Inoltre, stante la dinamicità del presente piano triennale, si prevede che attraverso un meccanismo di auditing l'Azienda possa ulteriormente riesaminare aree di rischio già individuate ovvero non adeguatamente mappate che potrebbero essere oggetto di trattamento mediante l'adozione di misure ulteriori di prevenzione.

In particolare, nel corso del triennio, si prevedono: attività di verifica e controllo, predisposizione di nuove regolamentazioni con monitoraggio e reportistica per i settori maggiormente esposti, adeguamento della regolamentazione aziendale alle normative vigenti, interventi organizzativi, adeguamento sito web per eventuali e ulteriori pubblicazioni dei dati aziendali, monitoraggio processi, adeguamento del piano, avvio dei protocolli di formazione e attivazione della stessa, protocollo di rotazione del personale e verifiche richieste sul conflitto di interessi.

3 SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

La struttura organizzativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea è definita nell'Atto Aziendale approvato con Deliberazione della Giunta Regionale Lazio 17 gennaio 2025, n. 18 concernente l'approvazione dell'Atto di autonomia aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea.

L'organizzazione Dipartimentale è stata confermata quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, con l'obiettivo di garantire concreta attuazione alle politiche di governance integrata e l'affermarsi di buone pratiche gestionali. Il Dipartimento vuole essere un elemento caratterizzante dell'assetto e della strategia aziendale, che valorizzi il personale favorendo la crescita delle competenze professionali in un contesto di reale integrazione organizzativa, per dare effettiva concretezza alle politiche di governo clinico.

In tale ottica, il Dipartimento rappresenta la risposta adatta alle esigenze di integrazione e di coordinamento, di flessibilità e snellimento organizzativo, di razionalizzazione dei costi di struttura e di gestione, di recupero della centralità del paziente e di preservazione di un sufficiente grado di differenziazione-specializzazione indispensabile per la continuità del processo assistenziale, oggi presenti nelle strutture ospedaliere ed in quelle ospedaliero-universitarie in misura ancora maggiore. Tutto ciò nella piena consapevolezza che gli esiti finali dell'assistenza non dipendono solamente dai comportamenti dei singoli operatori ma, in larga misura, sono il risultato della qualità e della coerenza complessiva della struttura sanitaria rispetto ai risultati attesi.

L'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, definito nel suddetto Atto Aziendale, prevede nr. 6 Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI), cui afferiscono le Unità Operative Complesse e le Unità Operative Semplici Dipartimentali:

1. **DAI di Emergenza e accettazione (DEA)**, che rappresenta l'articolazione organizzativa deputata alla soddisfazione della domanda di assistenza in emergenza-urgenza attraverso l'integrazione e il coordinamento delle strutture ad esso afferenti quali il Pronto soccorso e la Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), la Medicina d'urgenza, l'Anestesia e rianimazione, la Psichiatria con annessa SPDC, l'Ortopedia e traumatologia con annessa Ortogeriatrics, la Chirurgia della mano e la Terapia del dolore.
2. **DAI di Scienze cardio-vascolari e respiratorie**, che raggruppa alcune strutture di alta complessità e qualificazione dedicate alla diagnosi e cura delle patologie dei distretti cardio-vascolari e respiratori, quali la Cardiochirurgia, la Cardiologia con annesso UTIC ed Emodinamica, la Chirurgia vascolare e la Pneumologia a configurare un'offerta assistenziale integrata nella quale, attraverso la condivisione delle risorse tecnologiche, viene garantita la centralità del paziente e favorito lo sviluppo di PDTA efficaci.
3. **DAI di Scienze oncologiche**, che rappresenta l'articolazione organizzativa deputata alla configurazione di una risposta assistenziale integrata e completa comprendente la diagnosi, il trattamento e il follow-up dei pazienti neoplastici attraverso il coordinamento delle attività multidisciplinari e multiprofessionali erogate dalle strutture ad esso afferenti quali: l'Oncologia con particolare

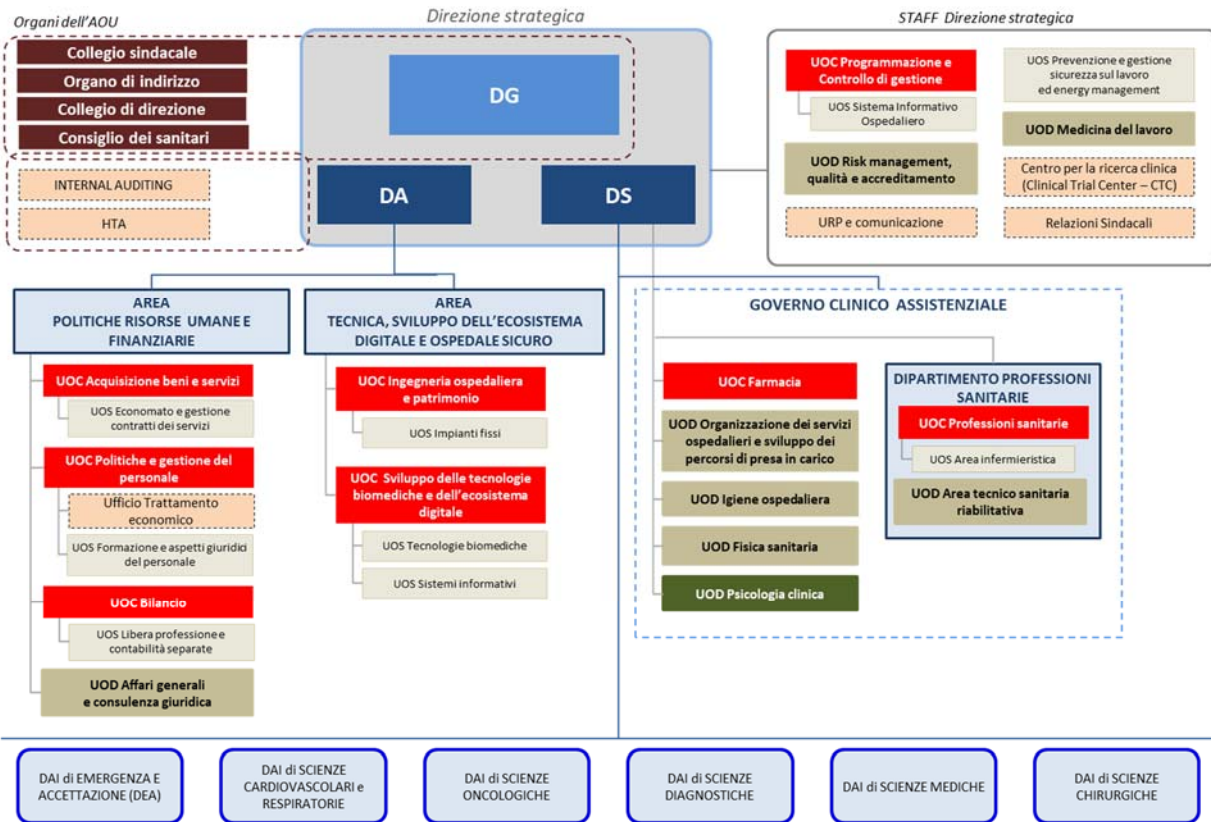
valorizzazione dell'innovazione terapeutica in ambito toraco-polmonare, l'Ematologia, le Cure simultanee e la Radioterapia (in ambito medico), la Chirurgia toracica e la Chirurgia senologica (in ambito chirurgico), la Medicina nucleare specializzata nei trattamenti diagnostici e terapeutici altamente tecnologici con l'impiego di radionuclidi.

4. **DAI di Scienze diagnostiche**, che raggruppa tutte le strutture impegnate trasversalmente agli altri dipartimenti nelle discipline diagnostiche, con l'impiego di processi ad elevata tecnologia e automazione o connotati da elevata professionalità nelle attività manuali, che si caratterizza per la volontà di coordinare le attività diagnostiche dedicate sia al percorso in emergenza-urgenza che a quello programmato. Afferiscono a tale dipartimento le strutture di Radiologia, di Neuroradiologia e di Radiologia interventistica, il Laboratorio di biochimica e biologia molecolare clinica (nel cui ambito è collocata la piattaforma tecnologica per la medicina di precisione) cui afferisce la Microbiologia, l'Anatomia patologica morfologica e molecolare e la Genetica medica. Infine, afferisce al dipartimento, il Servizio Immunotrasfusionale.

5. **DAI di Scienze mediche**, che raggruppa le discipline principalmente coinvolte nella soddisfazione della domanda di assistenza, in urgenza o programmata, nell'ambito della medicina interna e specialistica, favorendo l'aggregazione e l'integrazione tra le stesse. Afferiscono a tale dipartimento le strutture di Medicina interna, di Endocrinologia e diabetologia (che configurano un'offerta differenziata per intensità assistenziale), la Nefrologia e dialisi, la Neurologia (cui afferisce la Stroke Unit e il Centro di Sclerosi Multipla, uno dei principali centri di riferimento della Regione Lazio), la struttura dedicata alle Malattie dell'apparato digerente, specializzata nel trattamento delle patologie del fegato, del pancreas e dei tumori neuro-endocrini, la Dermatologia, le Malattie infettive, la Medicina fisica e riabilitativa, la Pediatria e la Neuropsichiatria infantile.

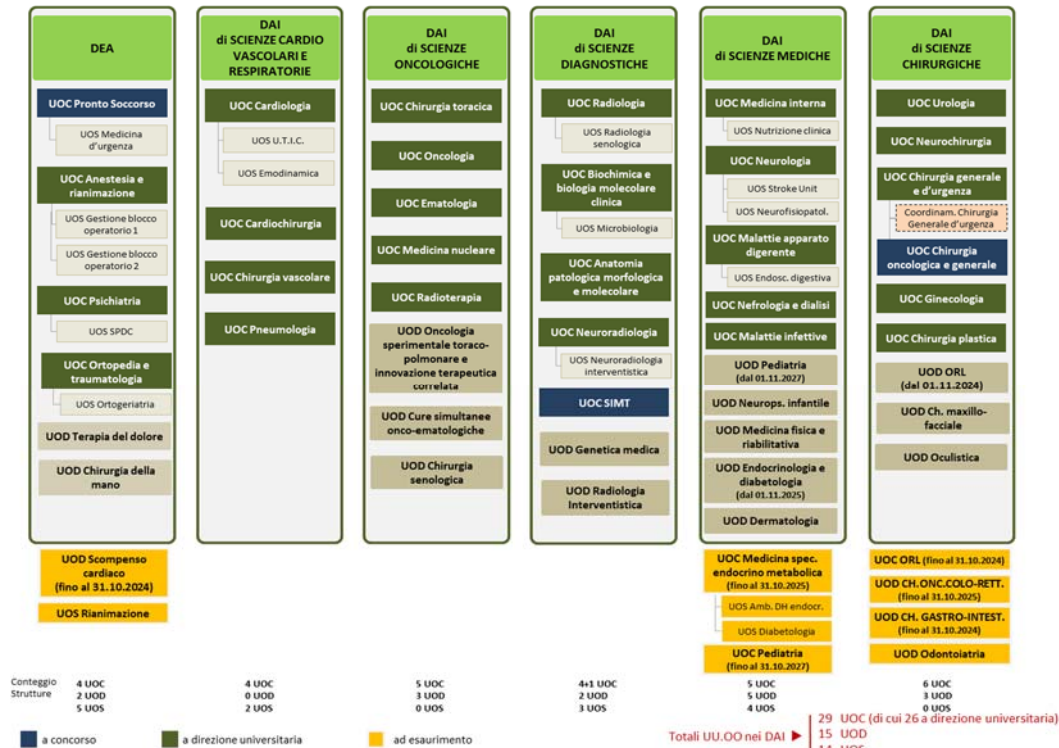
6. **DAI di Scienze chirurgiche**, che raggruppa le discipline principalmente coinvolte nella soddisfazione della domanda di assistenza, urgente o programmata, nell'ambito della chirurgia generale e specialistica, caratterizzate da un approccio multidisciplinare per il miglioramento dell'utilizzo delle risorse tecnologiche chirurgiche condivise nonché l'impiego di approcci innovativi nell'ambito dei percorsi specifici e caratteristici di ciascuna disciplina. Afferiscono a tale dipartimento le strutture di Chirurgia generale e d'urgenza, la Chirurgia oncologica e generale, la Neurochirurgia, l'Urologia, l'Otorinolaringoiatria, la Chirurgia plastica, l'Oculistica e la Ginecologia, che costituiscono, nei rispettivi campi, riconosciuti esempi di qualificata offerta assistenziale.

Di seguito gli organigrammi rappresentativi della struttura organizzativa aziendale, come illustrato all'interno dell'Atto Aziendale e pubblicato nell'apposita sezione su Amministrazione Trasparente.



a direzione universitaria

Totali UU.OO ► 8 UOC
8 UOD
9 UOS



Totali UU.OO nei DAI ► 29 UOC (di cui 26 a direzione universitaria)
15 UOD
14 UOS

L'azione gestionale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea si ispira alla "governance integrata" che prevede la partecipazione ai processi decisionali (cosa fare, come fare, quando fare, se fare, perché fare) di tutte le componenti, cliniche ed amministrative, coinvolte nel processo, rispondendo di dette scelte all'organizzazione stessa e alla comunità (accountability).

La governance integrata mira quindi a tessere relazioni tra le persone, le attività, le strutture operative e le istituzioni per servire al meglio i cittadini. Essa tende in sostanza a realizzare la fusione di culture differenti, di tipo manageriale e di tipo professionale clinico assistenziale, per giungere a ridefinire i rapporti tra amministratori, personale sanitario e pazienti.

Questo percorso di riconsiderazione dei ruoli e dei rapporti tradizionali è essenziale per realizzare la governance integrata, ed è supportato da una cultura in cui sono prevalenti le relazioni multidisciplinari e multiprofessionali, incentivando e sviluppando la "consapevolezza" di una leadership diffusa, volta a migliorare la pratica clinica (outcome).

La governance integrata si persegue attraverso specifiche infrastrutture organizzative, in particolare attraverso l'azione del Collegio di direzione e dei Dipartimenti assistenziali integrati (DAI). Inoltre, per la gestione dei processi e per l'elaborazione di percorsi assistenziali, che si fondano sulle Evidenze scientifiche, vengono utilizzati strumenti operativo-gestionali quali specifici indicatori di processo e di outcome, curati dalla Direzione Sanitaria attraverso l'attivazione di gruppi tecnici multidisciplinari e multiprofessionali al fine di perseguire il miglioramento continuo nei processi clinico-assistenziali, tenendo conto anche delle linee di indirizzo regionali e nazionali.

L'organizzazione dell'attività clinico-assistenziale, orientata in base al modello della governance integrata, vede, dunque, uno dei suoi momenti di massima espressione nella costituzione di un tessuto organizzativo fondato sulla definizione di relazioni funzionali tra professionisti che implementano e seguono specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Detto tessuto si integra con la struttura organizzativa in quanto le reti professionali istituite per la realizzazione dei PDTA utilizzano le risorse assegnate alle unità operative dell'Azienda, che entrano in relazione funzionale tra di loro per perseguire obiettivi di maggiore efficacia ed efficienza nella diagnosi e terapia di pazienti affetti da specifiche condizioni cliniche.

Fermo restando quanto disposto dalla normativa in materia e dal Protocollo d'Intesa Regione – Università, l'Azienda definisce la propria articolazione organizzativa, ispirandosi ai seguenti principi:

- decentramento dei poteri decisionali, inteso come trasferimento dei suddetti poteri e delle relative responsabilità al più appropriato livello gerarchico;
- omogeneità, intesa come aggregazione di Unità Operative affini per contenuti, processi e risultati al fine di ridurre il rischio di un'eccessiva frammentazione organizzativa, la disgregazione in troppi livelli di responsabilità e la burocratizzazione del processo decisionale;
- integrazione, ovvero interdipendenza funzionale tra le diverse Unità che operano indipendentemente per obiettivi propri e congiuntamente per le finalità dell'Azienda;
- sviluppo della flessibilità, intesa come propensione al cambiamento e al miglioramento continuo;
- promozione di una responsabilizzazione diffusa, ovvero stimolare il personale ad affrontare il proprio lavoro con massimo senso di responsabilità e autonomia decisionale;
- solidarietà, ovvero la volontà di favorire e promuovere lo sviluppo di una cultura di reciproco sostegno tra professionisti, in opposizione ad una cultura della competizione;
- promozione della condivisione, ovvero sviluppo ed implementazione di processi e strumenti volti alla socializzazione, alla diffusione delle informazioni e al potenziamento della comunicazione interna;
- rilevanza dei sistemi dei controlli interni, volti a verificare la correttezza, la legittimità e la congruità delle decisioni prese, ma anche l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle scelte effettuate, nonché l'aderenza agli obiettivi prefissati e alle finalità aziendali.

Infine, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha individuato il modello di ospedale per intensità e complessità di cura come espressione dei più attuali principi di organizzazione ospedaliera. L'ospedale moderno e di alta specializzazione deve essere sempre più luogo di cura per pazienti acuti ed iperacuti, sempre meno votato ad assistere pazienti cronici stabilizzati; deve avere meno letti nel suo complesso, ma più letti per l'emergenza e per l'ospedalizzazione diurna e a ciclo breve. Esso deve rispondere alla diversità espressa da pazienti molto diversi tra loro, garantendo una progressività di erogazione delle prestazioni sanitarie fondata su esigenze assistenziali diversificate e una filosofia di appropriatezza ed economicità di impiego delle risorse.

Per questi motivi l'Azienda ospedaliero-universitaria S. Andrea, nell'ambito dei progetti di ampliamento e riqualificazione edilizia in corso di realizzazione, sta realizzando una trasformazione dell'assetto interno tesa ad individuare aree omogenee ("piattaforme") per intensità di cura, sulla base della seguente graduazione in 5 livelli:

1. terapie intensive polispecialistiche (intensive care);
2. alta complessità clinica (high care) e terapie sub-intensive polispecialistiche;
3. ricovero ordinario o long stay polispecialistico;
4. ricovero breve o short stay polispecialistico (day care e week hospital);
5. ricovero sub-acuto o post-acuto (low care) polispecialistico.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

A causa dell'emergenza sanitaria derivante dalla pandemia da COVID 19, nel lavoro pubblico si è reso necessario un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, ed al conseguente utilizzo del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.).

Tale utilizzo emergenziale dello strumento del lavoro agile ha costretto al confronto concreto con una modalità organizzativa di lavoro disciplinata nel nostro ordinamento dall'art. 18, comma 1 della legge 22 maggio 2017, n. 81, in precedenza oggetto di limitate sperimentazioni e timidi tentativi di attuazione.

A tal fine è stata adottata la Delibera n. 366 del 02/04/2020 con la quale l'Azienda ha elaborato una serie di misure per la prevenzione e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, attivando il lavoro agile quale misura di contenimento del contagio.

L'art. 6 del D.L. 80/2021 ha introdotto l'obbligo per le PPAA di adottare il nuovo Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che tiene conto anche del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

Nell'ottica di superamento della gestione emergenziale ed in sede di contrattazione collettiva è stato adottato il regolamento del lavoro agile, approvato con deliberazione n. 1535 del 25.11.2024, con cui l'Azienda ha inteso fornire delle linee guida in materia di lavoro agile (disciplinato dalla legge n. 81/2017), consentendo, da un lato, di rispondere alle necessità di particolari categorie di lavoratori che versino in situazione di fragilità e, al contempo, assicurare l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro, fermo restando l'esigenza di assicurare la migliore erogazione dei servizi pubblici. Conseguentemente le singole strutture sono state chiamate ad effettuare un'attenta valutazione in ordine all'utilizzo di tale istituto tenuto conto in particolare del tipo di attività che la struttura è chiamata ad esercitare.

Va sottolineato che l'utilizzo dello strumento del lavoro agile non deve in alcun modo determinare un'alterazione in negativo del livello dei servizi resi all'utenza e che con l'utilizzo di tale strumento non viene meno né si attenua il potere/dovere di verifica del datore di lavoro. Permangono inoltre gli obblighi di diligenza e fedeltà del lavoratore pubblico nei confronti dell'Amministrazione/datore di lavoro.

Resta fermo ed impregiudicato che la modalità applicativa del lavoro agile e/o remoto in un'Azienda Sanitaria assume caratteristiche peculiari in ragione della specificità dei servizi da rendersi all'utenza che richiedono nella stragrande maggioranza dei casi, la presenza fisica dell'operatore sanitario.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato, come di seguito specificato.

Le presenti linee guida non vincolano l'amministrazione all'attivazione degli istituti di seguito disciplinati.

L'eventuale ricorso al lavoro agile e/o remoto potrà, in ogni caso, essere attivato previa valutazione della struttura responsabile e d'intesa con la Direzione Strategica.

3.2.1 Lavoro Agile: principi e ambito di applicazione

Il lavoro agile costituisce una modalità di svolgimento della prestazione lavorativa riservato a processi ed attività che risultino dotati di specifici requisiti previsti dall'Amministrazione.

Il ricorso al lavoro agile deve in ogni caso assicurare:

- l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile;
- l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattate durante lo svolgimento del lavoro agile;
- la fornitura, di norma a carico dell'Azienda, di idonea strumentazione tecnologica al lavoratore;
- il prevalente svolgimento dell'attività in presenza da parte dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- la rotazione del personale in presenza, ove richiesto anche da misure di carattere sanitario.

Il ricorso al lavoro agile presuppone la stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della predetta legge n. 81/2017, nel quale vengono definiti:

- 1) durata dell'accordo come previsto dal CCNL;
- 2) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza, delle fasce di contattabilità, nonché degli strumenti utilizzati dal dipendente;
- 3) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile, che in ogni caso non devono essere inferiori a quelli relativi alla prestazione in presenza;
- 4) le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della prestazione lavorativa in modalità agile;
- 5) le modalità di recesso e le ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- 6) i tempi di riposo del dipendente che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza e le misure tecniche ed organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del dipendente dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;

6. le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal dipendente all'esterno dei locali dell'Amministrazione, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della Legge 20 maggio 1970 n. 300;
- 7) le condotte connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, che danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari;
- 8) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e la sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'Amministrazione.

Può avvalersi dello strumento "lavoro agile" il personale dell'Azienda, che svolge esclusivamente attività remotizzabile, appartenente al comparto e alla dirigenza, con rapporto a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in lavoro agile non penalizza la professionalità e la progressione di carriera del personale.

Lo svolgimento della prestazione in regime di lavoro agile deve rispettare i seguenti principi:

- continuità dell'attività;
- perseguimento degli obiettivi;
- sicurezza, intesa sia in senso di sicurezza sul lavoro, sia informatica, sia di protezione dati;
- tempestività dell'azione.

DISCIPLINA GENERALE

Al dipendente in lavoro agile si applica la disciplina vigente per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, anche per quanto concerne il trattamento economico e le aspettative, in merito ad eventuali progressioni di carriera o iniziative formative. Anche la fruizione delle ferie residue deve avvenire nei termini previsti dal vigente C.C.N.L. durante le giornate in lavoro agile, le ordinarie funzioni gerarchiche e/o di coordinamento naturalmente inerenti il rapporto di lavoro subordinato sono mantenute.

I dipendenti che fruiscono del lavoro agile hanno diritto a fruire dei medesimi titoli di assenza previsti per la generalità dei dipendenti.

Nelle giornate di effettuazione della prestazione lavorativa in modalità agile non è previsto il riconoscimento di prestazioni di lavoro straordinario o aggiuntivo, né di indennità notturne e festive. Non spettano le indennità di lavoro disagiato o di lavoro svolto in condizioni di rischio. Non spetta altresì il buono pasto.

Con riferimento agli obblighi collegati alla assenza dal servizio per malattia il dipendente, o equiparato, è tenuto al rispetto dei medesimi adempimenti validi per il dipendente in presenza.

I periodi di malattia valgono ai fini del computo del periodo di computo. Gli effetti economici della predetta assenza in caso di lavoro agile sono i medesimi previsti per il personale che opera in presenza.

Al dipendente in lavoro agile restano applicabili le norme sull'incompatibilità di cui all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e s.m.i., come disciplinate dal vigente Regolamento aziendale approvato con deliberazione aziendale consultabile al sito web aziendale.

Il dipendente è soggetto al rispetto del vigente Codice disciplinare e dei vigenti Codici di comportamento e all'applicazione delle sanzioni ivi previste.

E' garantita parità di trattamento economico e normativo dei lavoratori che utilizzano lo strumento, anche in riferimento alle indennità e al trattamento accessorio salvo quanto previsto in ordine alle indennità collegate alle particolari condizioni di lavoro e disagio.

ACCESSO AL LAVORO AGILE

L'accesso al lavoro agile avviene previa individuazione, da parte del dirigente responsabile delle strutture, della mappatura delle attività remotizzabili, che possano essere svolte in tale regime, in quanto risultino, in ogni caso, in grado di assicurare:

- l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile;
- la fornitura, a carico dell'Azienda, di idonea strumentazione tecnologica al lavoratore, salvo casi eccezionali in cui può essere consentito l'utilizzo dei propri strumenti informatici e fermo restando le necessarie misure di sicurezza;
- il prevalente svolgimento dell'attività in presenza da parte dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, del personale con qualifica dirigenziale e dei responsabili dei procedimenti.

La UOC SIETC mira all'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni trattate durante lo svolgimento del lavoro agile.

Il dipendente in ogni momento dovrà far riferimento ai regolamenti aziendali sull'utilizzo delle risorse aziendali e alla normativa vigente in tema di privacy.

Il lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale, assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato.

Devono considerarsi espressamente escluse dalle attività che possono essere rese in modalità agile e/o remoto quelle che richiedano la presenza fisica dell'operatore sanitario presso l'Azienda e quelle che richiedano l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

ACCORDO INDIVIDUALE

L'accordo individuale è stipulato per iscritto. Esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa anche con riferimento alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro.

L'accordo è sottoscritto dal lavoratore e dal dirigente responsabile della struttura a cui è assegnato il medesimo lavoratore, su delega del Direttore Generale, secondo il modello di cui all'Allegato 6 al presente documento.

Entrambe le parti possono recedere dall'accordo con un preavviso di trenta giorni, salve le ipotesi previste dall'art. 19 della Legge 81/2017. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo prima della scadenza del termine.

Costituisce giustificato motivo di recesso e sospensione:

- la variazione delle attività assegnate al dipendente, nel caso queste non siano remotizzabili;
- il mancato rispetto dei tempi e delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza;
- il mancato rispetto degli obiettivi assegnati;
- sopravvenuti problemi di sicurezza informatica;
- sopravvenute ed oggettive esigenze organizzative e produttive.

Il dipendente interessato a svolgere l'attività in lavoro agile è tenuto a sottoscrivere apposito "Accordo" con il proprio Responsabile, che avrà la durata definita dalle parti e sarà eventualmente rinnovabile.

ARTICOLAZIONE DELLA MODALITÀ "AGILE" E DIRITTO ALLA DISCONNESSIONE

La prestazione lavorativa è articolata nelle seguenti fasce temporali:

- 1) fasce di contattabilità, nelle quali il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con modalità simili. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro ed è espressamente indicata nell'accordo individuale;
- 2) fasce di inoperabilità, nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Essa comprende le 11 ore di riposo consecutivo.

Al lavoratore è fatto obbligo, inoltre, di rispettare le pause ovvero i cambi di attività della durata di 15 minuti ogni 120 minuti di utilizzo continuativo del VDT e/o pc portatile.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica o comunque in caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento della prestazione lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente, il quale può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In tale ultimo caso, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa sino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio, il dipendente può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa in servizio e comunque almeno il giorno precedente. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

FORMAZIONE

Nel Piano formativo aziendale vengono previste specifiche iniziative formative per il personale che fruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.

Scopo della formazione è addestrare il personale al corretto utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli strumenti a disposizione e diffondere moduli organizzativi che valorizzino il lavoro in autonomia, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni.

I precorsi formativi riguarderanno, inoltre, i profili relativi alla salute e sicurezza per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

ATTIVITÀ CHE POSSONO ESSERE SVOLTE IN MODO AGILE

Possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che risultino, in ogni caso, in grado di assicurare:

- l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile;
- la fornitura, a carico dell'Azienda, di idonea strumentazione tecnologica al lavoratore;
- il prevalente svolgimento dell'attività in presenza da parte dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, del personale con qualifica dirigenziale e dei responsabili dei procedimenti.

e che presentino i requisiti di seguito indicati:

- a) siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- b) possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- c) prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- d) non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza;
- e) siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Nell'affidamento di attività da svolgere con modalità di lavoro agile, la cui attivazione avviene su base volontaria del dipendente e ferme restando le valutazioni organizzative dell'amministrazione, sono tenuti in particolare considerazione alcuni requisiti di carattere personale, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) la capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e di far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti;
- b) la capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti;
- c) la capacità di gestione del tempo;
- d) le competenze informatiche.

Qualora siano presentate richieste in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, si adottano i seguenti criteri preferenziali:

- a) personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto a rischi da contatto con altre persone;
- b) lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- c) situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro;
- d) lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151;
- e) lavoratore/lavoratrice con figli di età inferiore ad anni quattordici in caso di disposizione di didattica a distanza da parte della scuola di appartenenza del minore, ovvero di sorveglianza preventiva o di quarantena;
- f) esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni;
- g) maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede lavorativa;
- h) tipologia dell'attività da svolgere, favorendo quella più idonea;

- i) esigenze collegate alla frequenza, da parte del lavoratore, di corsi di studio o di percorsi di apprendimento che non danno diritto ad altre agevolazioni;

TUTEL ASSICURATIVA

Come stabilito dalla Circolare Inail n. 48 del 2 novembre 2017 e ss.mm.ii., il lavoratore in regime di lavoro agile ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

CARATTERISTICHE DELLA STRUMENTAZIONE INFORMATICA

La prestazione in lavoro agile è consentita con strumenti messi a disposizione dall'Azienda, ma la strumentazione informatica può essere anche di proprietà del lavoratore, previa valutazione della stessa.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa devono essere tempestivamente comunicati all'HELP DESK al numero 0633775395 o via e-mail all' indirizzo hrti@ospedalesantandrea.it affinché venga attivata la soluzione al problema e venga prestata idonea assistenza tecnica.

Nel caso non sia possibile risolvere prontamente il problema tecnico che impedisce lo svolgimento dell'attività lavorativa, il lavoratore e il suo diretto responsabile concorderanno le modalità di completamento della prestazione ivi compreso, ove possibile, il rientro del dipendente nella sede di lavoro per la parte residua della prestazione giornaliera. Se il problema si dovesse protrarre, la prestazione lavorativa in regime agile viene sospesa fino alla sua risoluzione. Tale sospensione deve essere comunicata alla UOC Politiche e gestione del personale.

L'Azienda non è in ogni caso responsabile di guasti e malfunzionamenti che dovessero riguardare le attrezzature di proprietà del lavoratore.

TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori: in particolare quelle di cui al d. lgs. n. 81/2008 e s.m.i. "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro" e della L. 81/2017 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato".

Il Servizio Prevenzione e Protezione (S.P.P.) fornisce ai lavoratori e ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.) l'informativa relativa ai rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa.

Il Datore di Lavoro fornisce al lavoratore, avvalendosi della consulenza del Servizio Prevenzione e Protezione, le informazioni circa le eventuali situazioni di rischio, anche in riferimento al corretto utilizzo dell'impianto elettrico e alle relative misure di tutela della salute e sicurezza adottate e da adottare nell'ambito dello svolgimento del lavoro agile. Tale obbligo in capo al Datore di Lavoro, per i lavoratori in lavoro agile, si intende assolto mediante la sottoscrizione dell'accordo individuale suddetto (vedi Allegato 6).

E' responsabilità del dipendente in lavoro agile individuare la sede e la postazione lavorativa più adeguate per lo svolgimento della propria attività lavorativa che, tenuto conto delle mansioni svolte e secondo un criterio di ragionevolezza, rispondano a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e siano quindi conformi all'uso abituale di supporti informatici, non mettano a rischio l'incolumità del dipendente, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento delle proprie mansioni e rispondano a parametri di sicurezza sul lavoro indicati dall'Amministrazione.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di lavoro agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione indicate dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare eventuali rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

L'Azienda non potrà ritenersi responsabile in merito agli infortuni in cui dovessero incorrere il lavoratore o i terzi, qualora gli stessi siano riconducibili ad un uso improprio o scorretto delle apparecchiature e che generi situazioni di rischio nell'ambito della propria postazione di lavoro.

DILIGENZA E RISERVATEZZA

Il lavoratore è tenuto a trattare con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dall'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa, attenendosi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro.

Ai fini del rispetto della disciplina sulla Privacy si fa riferimento a quanto espressamente previsto in tema di protezione dei dati personali nel caso del Lavoro Agile, che costituisce parte integrante del Contratto Individuale sottoscritto tra le parti (vedi Allegato 6).

3.2.2 Lavoro da Remoto

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

Il lavoro da remoto - realizzabile con l'ausilio di dispositivi tecnologici messi a disposizione dall'Azienda, salvo le ipotesi eccezionali su-richiamate e ferme restando le misure di sicurezza che dovranno essere previste a cura della UOC SIETC - può essere svolto nelle forme seguenti:

- a) telelavoro domiciliare, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa al domicilio del dipendente;
- b) altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite.

Nel lavoro da remoto con vincolo di tempo il lavoratore è soggetto ai medesimi obblighi derivanti dallo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento al rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro. Sono altresì garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari e trattamento economico.

L' Azienda può adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio - nel caso di attività, previamente individuate dalla stessa Azienda e/o ufficio Responsabile, ove è richiesto un presidio costante del processo e ove sussistono i requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

L'Azienda concorda con il lavoratore il luogo ove viene prestata l'attività lavorativa ed è tenuta alla verifica della sua idoneità, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza almeno semestrale. Nel caso di telelavoro domiciliare, concorda con il lavoratore tempi e modalità di accesso al domicilio per effettuare la suddetta verifica.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1 La programmazione strategica delle risorse umane

Nella stesura del Piano triennale dei fabbisogni di personale per l'attività assistenziale ordinaria, l'Azienda ha preso in considerazione, quali atti prodromici e alla base del proprio fabbisogno, la programmazione delle proprie attività, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, costituita dalla spesa sostenuta per il personale nell'anno, oltre la spesa effetto del trascinamento delle assunzioni eseguite durante l'anno precedente.

Il fabbisogno tiene conto di alcuni elementi essenziali, particolarmente per quanto attiene alle unità di personale assunte a tempo determinato nelle more delle procedure concorsuali, a quelle assunte nelle more delle procedure di stabilizzazione, nonché dei rapporti di lavoro a tempo determinato. Inoltre vengono indicate le procedure concorsuali in corso e l'indicazione dei tempi previsti per la loro conclusione.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale aggiorna e ridefinisce la programmazione dei fabbisogni precedentemente adottata. Tale pianificazione interviene a valle delle modifiche intervenute su governance e funzioni dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea e tiene conto:

- dei fabbisogni di personale rilevati nel corso degli ultimi anni;
- delle proposte dei Direttori delle Direzioni, ai sensi dell'art. 16, c.1, lettera a-bis del D. Lgs. 165/2001;
- del Piano integrato di attività ed organizzazione (PIAO);
- del bilancio di previsione decisionale dell'esercizio 2024/2025, correlato alle esigenze dettate dalla offerta clinica e dal necessario supporto della tecnostruttura, nonché del piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio;
- dell'attuale quadro legislativo come modificatosi a seguito delle disposizioni normative intervenute con il D. Lgs. 75/2017, con la Legge 205/2017 (Legge di bilancio 2018), con la Legge 145/2018 (Legge di bilancio 2019), con la Legge 160/2019 (Legge di bilancio 2020), con la Legge 234/2021 (Legge di bilancio 2022), con Legge 197/2022 (Legge di bilancio 2023) e, da ultimo con Legge 213/2023 (Legge di bilancio 2024) in materia di reclutamento e assunzioni di personale;
- delle linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 6 ter comma 1 del D. Lgs. 165/2001 e pubblicate nella G.U. 173 del 27 luglio 2018 nonché delle Linee di indirizzo inviate con ultima circolare della Regione Lazio prot. n. U.1288314 del 10.11.2023.

Il fabbisogno triennale esprime le unità oggetto di autorizzazione relative all'anno 2024. Le assunzioni previste per l'anno 2024 sono state inserite con decorrenza dall'assunzione e in base ad una previsione media di ingresso. Sono state inserite le cessazioni relative all'anno 2024/2025/2026 per quiescenze e contestualmente sono state inserite le assunzioni ospedaliere a copertura, garantendo, quindi, il turn over del personale in relazione alle cessazioni (all.7).

Il fabbisogno comprende anche il personale universitario che, nel caso della Dirigenza, è operante su 28 ore settimanali anziché 38 ed il relativo costo di conseguenza è sensibilmente inferiore poiché limitato all'indennità di esclusività e alle variabili collegate all'incarico e al raggiungimento degli obiettivi (gravante per quest'ultime sui relativi fondi).

Il fabbisogno 2024, 2025 e 2026 è stato determinato prendendo in considerazione il personale autorizzato ad essere reclutato, prevedendo per l'anno 2025 e 2026 solo il personale che si prevede cesserà dal servizio, al fine garantire il turn over, e la stabilizzazione del personale a tempo determinato o in comando. Dunque tale programmazione è volta esclusivamente a garantire la copertura del turn over, come da disposizioni regionali, in attesa che vengano emanate le linee guida per la copertura del fabbisogno relativo agli anni 2025/2026/2027.

DIRIGENZA MEDICA:

L'incremento relativo alla figura professionale del Dirigente Medico *disciplina Medicina D'Emergenza-Urgenza* è dovuto alla crescita degli accessi in Pronto Soccorso con la necessità di ampliare la disponibilità di posti letto. Inoltre, sono cessate per dimissioni diverse unità di personale determinando una notevole carenza di personale.

Pertanto, a seguito di autorizzazione del 21/05/2024 prot. n. U0660229 la scrivente Azienda è stata autorizzata ad assumere n. 8 unità + 3 stabilizzazioni mediante chiamata da altre graduatorie.

Si è proceduto, pertanto, ad assumere n. 7 unità a tempo determinato nelle more dell'assunzione a tempo indeterminato mediante procedura concorsuale in itinere; una ulteriore unità è stata assunta a tempo indeterminato mediante scorrimento della graduatoria della ASL RM 6 rappresentando che tale unità erà già dipendente a tempo determinato. Sono poi state assunte a tempo indeterminato altre tre unità, già dipendenti a tempo determinato, tramite scorrimento di graduatorie di altre Aziende stabilizzandole.

Chirurgia Generale: la richiesta di personale si è resa necessaria soprattutto per le cessazioni degli ultimi anni che rendono difficile non solo assicurare le attività chirurgiche in elezione ma anche quelle in urgenza e di continuità assistenziale (guardia chirurgica interdivisionale). Nel 2024 sono stati assunti n. 7 unità di personale a tempo determinato nelle more dell'assunzione a tempo indeterminato tramite procedura concorsuale mediante autorizzazioni trasmesse nell'anno 2023 (con nota prot. n. U1278859 del 09.11.2023 e U1452656 del 14.012.2023), mentre è stata assunta un ulteriore unità a seguito di autorizzazione regionale (con nota prot. n. U0660229 del 21.05.2024) con la quale si viene autorizzati all'assunzione di n. 2 unità + 1 stabilizzazione.

Radiodiagnostica: la richiesta di personale è stata incrementata per sostituzione di personale cessato nella medesima disciplina, per le esigenze della Neuroradiologia con l'attivazione per percorso assistenziale per pazienti con Ictus ischemico acuto e per la Radiologia Interventistica che ha beneficiato dell'apertura di due sale interventistiche collaudate. Sono state assunte a tempo indeterminato n. 4 unità dalla graduatoria di concorso pubblico ed è stata assunta ulteriore unità tramite l'istituto del comando a seguito di autorizzazioni trasmesse nel 2023 (28/04/2020 U0460304 (AOUSA9560)- 1 UNITA' 09/11/2023 U1278859 (AOUSA 22385) - 2 UNITA' 14/12/2023 U1452656 (AOUSA 24913).

Malattie Infettive: la richiesta di personale è stata incrementata al fine di assicurare la continuità assistenziale diurna e notturna nonché le consulenze specialistiche e l'avvio della stewardship antimicrobica. Inoltre va considerata l'apertura di nuovi posti letto per pazienti positivi al SARS-Cov-2 prevista per l'anno 2025-2026; è stata espletata una procedura concorsuale e sono stati assunti i 3 vincitori a seguito di autorizzazione 21/05/2024 U0660229 (AOUSA 11620).

Medicina Interna: la richiesta di personale si è resa necessaria a seguito dall'approvazione del "Piano Aziendale dei ricoveri da pronto soccorso per la gestione del sovraffollamento" (in ottemperanza al DCA n 453/2019 e Determina GI5959/2022), che prevede la riorganizzazione del Pronto soccorso con un'area separata funzionalmente dal Pronto Soccorso, nell'ambito della quale gli utenti "in destinazione" saranno gestiti da dirigenti medici differenti da quelli assegnati al PS per tutte le cure richieste dal caso concreto. Anche per questa disciplina si riscontrano diverse cessazioni sia per i raggiunti limiti di età che per dimissioni volontarie.

Oncologia Medica: la richiesta di personale è stata incrementata al fine di garantire l'elevato numero di prestazioni erogate dalla UOC di Oncologia, che di fatto già rendono la scrivente azienda Polo oncologico di riferimento. Anche per questa disciplina si prevedono cessazioni sia per i raggiunti limiti di età che per dimissioni volontarie. E' stato pertanto richiesto in Regione l'autorizzazione all'indizione di una procedura concorsuale per le n. 3 unità autorizzate (si è proceduto all'assunzione di n. 2 unità a tempo determinato nelle more dell'assunzione a tempo indeterminato tramite procedura concorsuale).

Medicina Nucleare: con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620) sono state assunte n. 2 unità tramite scorrimento della graduatoria della ASL di Viterbo.

Chirurgia Toracica: con nota prot. n. prot. 18676 del 29/08/2024 è stata richiesta autorizzazione ad indire una procedura concorsuale per n. 1 unità autorizzata dalla Regione Lazio con nota prot. n. 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620).

Medicina Legale: assunta n. 1 unità dal 16/04/2024 utilizzando autorizzazione di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero del 14/12/2023 u I 452656.

Oculistica: autorizzata n. 1 unità di Dirigente Medico disciplina di Oculistica con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620) – assunto tramite scorrimento della graduatoria di concorso pubblico dell'Azienda San Giovanni Addolorata dal 01.10.2024.

Ostetricia e Ginecologia: autorizzate n. 3 unità con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620). Assunte n. 3 unità a tempo determinato tramite scorrimento del concorso pubblico indetto ed espletato dalla ASL RM 4 nelle more dell'assunzione a tempo indeterminato tramite procedura concorsuale in itinere presso la scrivente Azienda.

Neurologia: autorizzata n. 1 unità tramite stabilizzazione da altra graduatoria con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620).

Neurochirurgia: la richiesta di tale personale è stata incrementata per assenza non prevedibile al momento della trasmissione del fabbisogno e per prossima cessazione di unità anche al fine di garantire i turni di guardia e non incorrere in interruzione dei livelli essenziali di assistenza; è stata indetta una procedura concorsuale per n. 3 unità autorizzate con nota prot. n. U0723124 del 03.06.2024, la cui assunzione è in corso di perfezionamento con i primi mesi dell'anno 2025. Inoltre, con nota prot. n. 17855 del 08.08.2024 è stata richiesta un'autorizzazione per il conferimento, previo espletamento di procedura selettiva, di un incarico a tempo determinato ex art. 15 septies del D. Lgs. 502/92 comma 1 nell'ambito della UOC di Neurochirurgia, ad un professionista medico nella medesima disciplina.

Nefrologia: è stata richiesta autorizzazione ad indire una procedura concorsuale con nota prot. n. 18676 del 29/08/2024 per n. 2 posti; nel frattempo sono state reclutate n. 2 unità a tempo determinato.

Patologia Clinica: autorizzata dalla Regione Lazio l'assunzione di n. 1 unità con nota del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620). Indetta procedura concorsuale in itinere presso la scrivente Azienda.

Pediatria: autorizzate n. 2 unità con nota regionale 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620). Assunto vincitore avviso pubblico indetto ed espletato dalla scrivente Azienda. Assunte ulteriori 3 unità a tempo determinato per sostituzione di personale in lunga assenza.

Malattie dell'Apparato Respiratorio: autorizzate n. 2 unità con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620) per sostituzione personale in lunga assenza. Indetto avviso pubblico in itinere.

Radioterapia: autorizzata n. 1 unità con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620) per assunzione tramite assegnazione temporanea art. 42 bis dal 01/10/2024.

Recupero e Riabilitazione Funzionale: autorizzata n. 1 unità con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620) – assunta unità dal 16.06.2024 da altra graduatoria.

Reumatologia: autorizzata n. 1 unità con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I 620) – richiesta graduatoria tempo indeterminato da altre Aziende.

Urologia: autorizzate n. 2 unità con nota regionale del 23/07/2024 U0938317 (AOUSA 16416) da assumere quali vincitori del concorso pubblico indetto ed espletato dalla scrivente Azienda.

DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA

Dirigente Farmacista: per le esigenze della UOC di Farmacia indetto concorso pubblico in itinere.

Dirigente Fisico: autorizzati per n. 1 posto di Dirigente Fisico a tempo indeterminato con nota regionale 21/05/2024 U0660229 (AOUSA 11620). Sussiste aggregazione al concorso pubblico indetto dall'Azienda Policlinico Umberto I. Con nota prot. n. 16062 del 18.07.2024 è stata richiesta l'autorizzazione ad un'ulteriore unità per un totale di 2. Inoltre, nelle more dell'assunzione a tempo indeterminato è in corso avviso pubblico.

PERSONALE DEL COMPARTO

Collaboratore Amministrativo Professionale e Assistente Amministrativo: per quanto attiene le figure professionali in questione, tenuto conto della grave carenza di personale dovuta soprattutto ai molteplici comandi in uscita presso strutture ministeriali e cessazioni per trasferimento presso altri Enti, si è reso necessario un incremento al fine di colmare i posti resisi vacanti e non compromettere il supporto della tecnostruttura aziendale alla parte sanitaria.

Con nota regionale del 14/12/2023 UI452656 (AOUSA 24913) è stata trasmessa autorizzazione ad assumere n. 3 unità di Assistente Amministrativo, e n. 5 Collaboratori Amministrativi Professionali a tempo indeterminato assunti nei mesi di aprile, maggio e ottobre 2024

Personale infermieristico: si evidenzia che l'Azienda ha proceduto ad incrementare ulteriormente la dotazione organica, ciò in considerazione dell'ampliamento dei servizi per l'utenza, quale boarding, posti letto malattie infettive e pronto soccorso.

Nell'anno 2023 con note regionali 28/04/2023 u460304 (AOUSA 9560) - 20/07/2023 U0811616 (AOUSA 19358) sono state autorizzate n. 35 unità delle quali sono state assunte n. 25 unità tra gennaio e giugno del 2024 (1 comando, 2 tempi indeterminati e 22 td) mentre nell'anno 2024 con nota regionale 21/05/2024 U0660229 (AOUSA 11620) sono state autorizzate ulteriori 11 unità, a cui si sono aggiunte altre 11 unità. Sono state stabilizzare n. 5 unità ai sensi dell'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021.

Personale OSS: per quanto attiene il personale OSS, si tratta di un incremento di 19 unità autorizzate con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA 11620), che verranno assunte e vanno a colmare la cessazione di personale sanitario vario, per riequilibrare un rapporto tra OSS e Infermieri per una assistenza qualitativamente migliore, considerato l'incremento delle attività programmate per gli anni a venire, di cui sopra.

Antecedentemente a tale autorizzazione, con nota regionale del 09.11.2023 prot. UI278859 erano state autorizzate n. 20 unità delle quali ne sono state assunte 10. Restano pertanto 29 unità per le quali devono concludersi ancora le procedure di assunzione. Vi è inoltre una unità da stabilizzare ai sensi dell'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021.

Audiometrista, ortottista, assistente tecnico: Per queste figure professionali, le assunzioni in questione sono finalizzate all'accrescimento della funzionalità e produttività di alcune strutture organizzative attraverso un utilizzo più appropriato del personale afferente, lo stesso che, ad oggi, è chiamato ad assolvere anche compiti non pertinenti il proprio profilo di appartenenza.

Tecnici di Laboratorio Biomedico: con nota regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA 11620) è stata autorizzata l'assunzione di n. 1 unità a tempo indeterminato assunta dal 1 settembre 2024 – autorizzata anche una stabilizzazione perfezionata.

Tecnici di Radiologia Medica: autorizzazione regionale del 21/05/2024 U0660229 (AOUSA I I620). In corso di indizione concorso come capofila per n. 7 unità. Assunti a tempo determinato ad oggi n. 4 unità da graduatoria di Latina nelle more dell'espletamento del concorso.

Per tutte le ulteriori figure previste, si rappresenta che sono figure necessarie per implementare, supportare e sviluppare la produttività aziendale riguardo a programmi ed attività già in essere presso l'Azienda.

Inoltre, nell'ambito della spesa sono comprese le assunzioni obbligatorie ex Legge 68/1999. A tal proposito questa Azienda si è adoperata ad attenersi alle disposizioni di cui all'art. 18 co. 2 della Legge 68/99 inerente le categorie protette per cui sono stati assunti n. 3 unità di operatori tecnici centralinisti non vedenti. Inoltre è in corso di espletamento un concorso pubblico per esami per l'assunzione di n. 4 Assistenti Amministrativi a tempo pieno ed indeterminato (categoria C) riservato esclusivamente alle persone con disabilità di cui all'art. 1 della Legge 68/1999 per la copertura della quota di riserva dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea.

Si precisa che, per quanto riguarda il fabbisogno ordinario relativo alle unità da conteggiare quale Direttore di Struttura Complessa, le unità da inserire sono quelle previste dall' Atto Aziendale vigente al momento della redazione del Piano dei Fabbisogni che risultavano vacanti e per le quali, pertanto, era necessario garantire la copertura.

Sono state concluse procedure per la U.O.C. Medicina Trasfusionale, U.O.C. Farmacia, U.O.C. Professioni sanitarie e UOC Pronto Soccorso e Osservazione.

UNITA' INTERESSATE DAL PERCORSO DI STABILIZZAZIONE

Sono state effettuate le seguenti procedure, nell'anno 2024, di stabilizzazione di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021, con requisiti al 31.12.2023:

Per la Dirigenza:

- 1) n. 2 Dirigente Medico disciplina di Oncologia;
- 2) n. 1 Dirigente medico disciplina Cardiologia;

Per il Comparto:

- 1) n. 5 Infermieri – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari;
- 2) n. 1 Operatore Socio Sanitario – Area degli Operatori;
- 3) n. 1 Fisioterapisti – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari;
- 4) n. 2 Tecnici di Laboratorio Biomedico – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari;
- 5) n. 1 Tecnici di Neurofisiopatologia - Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari;
- 6) n. 1 Assistente Tecnico Programmatore – Cat. C

Sono in corso, a seguito di nuovo termine di maturazione (al 30.06.2024) del requisito di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021 , le seguenti procedure di stabilizzazione:

Per la Dirigenza:

- n. 1 Dirigente Medico disciplina di Gastroenterologia;
- n. 3 Dirigente medico disciplina Medicina D'Emergenza-Urgenza

- n. 1 Dirigente medico disciplina Anestesia e Rianimazione
- n. 1 Dirigente Psicologo

Per il Comparto:

- n. 1 Infermiere – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari;
- n. 1 tecnico della perfusione cardiovascolare.

Da rilevazione effettuata, hanno maturato al 31.12.2024 i requisiti della stabilizzazione di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021 le seguenti figure (con stabilizzazione da effettuarsi nell'anno 2025):

Per la Dirigenza

- n. 1 dirigente medico disciplina di malattie apparato cardiovascolare;
- n. 1 dirigente medico disciplina nefrologia e dialisi.

Per il Comparto

- n. 2 infermieri - Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari;
- n. 1 tecnico sanitario di radiologia medica -- Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari;
- n. 1 collaboratore tecnico professionale -- Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari.

PROCEDURE ASSUNZIONALI PER IL GIUBILEO

L'evento giubilare dell'anno 2025 ha comportato un ampio piano assunzionale regionale legato a tale evento e finalizzato a rafforzare i servizi di emergenza mediante il reclutamento dei seguenti profili per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea:

- n. 2 dirigenti cardiologi;
- n. 2 dirigenti neurologi;
- n. 6 dirigenti anestesisti;
- n. 2 dirigenti pneumologi;
- n. 6 dirigenti internisti;
- n. 32 infermieri.

COSTI

Alla luce di quanto sopra esposto, rappresentativo della composizione del personale e delle varie procedure aziendali in itinere e di futura attuazione, tese ad incrementare la dotazione dello stesso per le motivazioni indicate in parte narrativa, il costo negoziato per l'anno 2024 prevede una spesa complessiva pari ad euro 118.401.042, non comprensivo dell'anticipo dell'indennità di vacanza contrattuale prevista dall'art. 3 del decreto- legge 18 ottobre 2023, n.145, come da indicazioni regionali. Si rappresenta che il costo del personale riferito all'anno 2025 è stato altresì attribuito dalla Regione Lazio con nota del 09.05.2024 prot. n. 0608472 ed è pari ad euro 123.041.400, senza considerare i costi del personale del Giubileo, pari ad euro 3.711.935,07.

3.3.2 La Formazione del Personale

La formazione, nelle sue molteplici modalità di svolgimento, è elemento essenziale per lo sviluppo, il rafforzamento ed il miglioramento delle competenze professionali ed incide in modo diretto nel miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione aziendale.

Per il raggiungimento di tali finalità l'azione aziendale si concretizza in varie fattispecie.

In primo luogo, come da normativa, annualmente è approvato un Piano Formativo Aziendale sia per l'educazione continua sia per garantire la salute e la sicurezza dei luoghi di lavoro, nonché per la garanzia del miglioramento delle cure e della sicurezza dei pazienti.

Nell'ambito di tale piano sono declinate le singole iniziative preposte tanto al rafforzamento delle competenze (anche di natura trasversale) che di ulteriore qualificazione del personale dipendente anche sulla base delle linee strategiche proprie dell'Azienda.

Le azioni formative pianificate e successivamente attuate sono differenziate sulla base delle necessità emerse attraverso la sistematica rilevazione dei relativi fabbisogni nei vari livelli organizzativi, tenendo conto dei livelli di responsabilità, del profilo d'appartenenza e livello di formazione già acquisito nel corso del tempo, ciò in modo da supportare l'obiettivo della crescita costante nell'ambito della professionalità e della qualità.

Il Piano Formativo Aziendale, dunque, tiene conto del fabbisogno formativo manifestato dalle strutture organizzative di carattere sanitario, tecnico/professionale ed amministrative e della valutazione espressa dal Comitato Scientifico per la Formazione Aziendale.

L'Azienda aderisce, inoltre, e realizza tutte le iniziative formative proposte dai soggetti istituzionali in attuazione della missione n.6 del P.N.R.R. per il rafforzamento delle competenze tecniche (rafforzamento competenze manageriali, prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ecc.) nonché ad ulteriori eventi proposti da enti pubblici quali, ad esempio, corsi di alta formazione "INPS Valore PA", "S.N.A.", "Syllabus", fornendo così strumenti e risposte formative ai bisogni del proprio personale dipendente con riferimento ad ogni ambito operativo.

Inoltre l'Azienda, nel rispetto delle risorse disponibili, provvede ad interventi di natura formativa anche non espressamente previsti dal piano formativo, laddove la Direzione Strategica o i responsabili delle strutture organizzative ritengano necessarie azioni specifiche su aree tematiche d'interesse, anche al fine dello sviluppo di specifiche competenze dei professionisti.

Al contempo, nell'ambito del Piano formativo aziendale annuale, è inserita un'apposita sezione dedicata alla formazione in tema di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro redatta dal RSPP.

Il costo per la realizzazione del PFA 2025 è stimato, complessivamente, in € 280.000,00 in considerazione della quantificazione dei costi derivanti dagli eventi, così come rappresentati in sede di programmazione da parte dei responsabili scientifici e di quanto occorso nell'anno 2024.

In dettaglio la tabella sottostante rappresenta gli importi previsti per ogni conto economico al fine di sostenere le azioni programmate e quelle urgenti/necessarie che si imporranno nel corso dell'anno.

Attività	Previsto	Fondo Riserva	Totale
Formazione externalizzata e non externalizzata da pubblico (conto 502020301000)	€ 30.000,00	€ 0,00	€ 30.000,00

Formazione esternalizzata e non esternalizzata da privato (conto 502020302000)	€ 135.000,00	€ 5.000,00	€ 140.000,00
Formazione sicurezza D.L.gs 81/08 in house ed interna (conto 502020301999)	€ 65.000,00	€ 0,00	€ 65.000,00
Contributo provider ECM/altri oneri (conto 509030203000)	€ 40.000,00	€ 5.000,00	€ 45.000,00
Totale anno 2025	€ 270.000,00	€ 10.000,00	€ 280.000,00

Il Piano Formativo Aziendale 2025, approvato con Delibera n.1681 del 27.12.2024 viene riportato in allegato n.8.

4 SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio del valore pubblico e performance

Il Ciclo di Gestione della Performance è orientato al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda nonché alla crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dalle Unità Operative e dai singoli operatori, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati dell'Azienda e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

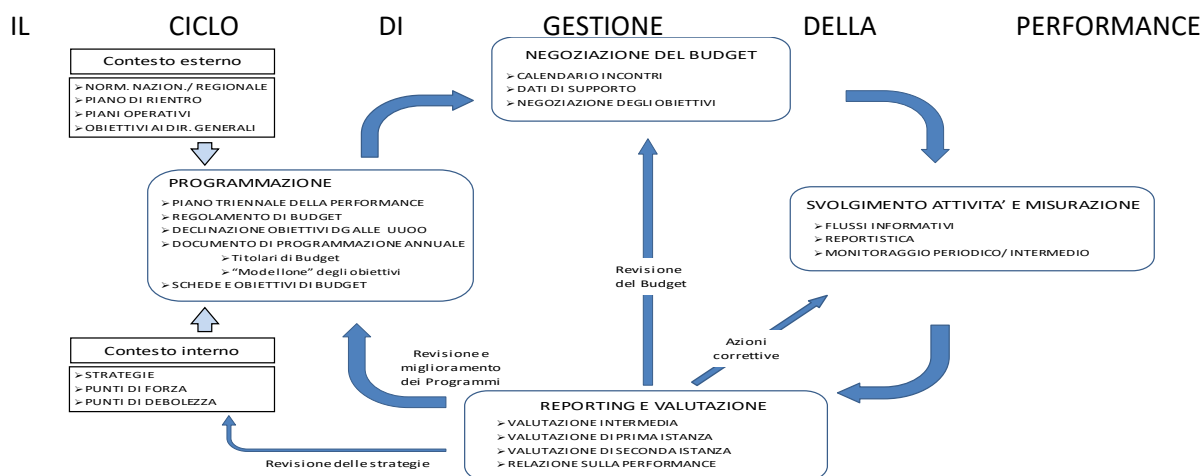
La gestione della Performance coinvolge tutti gli operatori aziendali, ciascuno in relazione al ruolo ricoperto, in base a tale struttura a cascata degli:

- Obiettivi regionali;
- Obiettivi strategici aziendali;
- Obiettivi operativi aziendali;
- Obiettivi delle Strutture Organizzative.

Attraverso tale struttura, i responsabili delle diverse articolazioni aziendali possono individuare le priorità, le attività da realizzare, gli obiettivi da delegare al proprio personale e il comportamento atteso da parte di tutti gli operatori.

La Direzione Strategica, sulla base degli indirizzi assegnati dalla Regione Lazio, stabilisce la programmazione annuale, attraverso le seguenti attività:

- delibera il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) triennale;
- individua e declina gli obiettivi annuali ai vari livelli dell'articolazione organizzativa aziendale individuando altresì i Titolari dei Centri di Responsabilità di attività e budget con i quali si dà l'avvio al Ciclo di Gestione della Performance e al Processo di Budget annuale;
- negozia con i Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget gli obiettivi operativi;
- delibera le risultanze del processo di negoziazione.



Il Ciclo di Gestione della Performance è sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con la programmazione economica prevista dal Bilancio di Previsione e si articola nelle seguenti fasi:

1. definizione, assegnazione e negoziazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori;
2. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
3. misurazione e valutazione della Performance Organizzativa e Individuale;
4. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Di seguito si riporta una Tabella sintetica seguita da una breve descrizione delle fasi del Ciclo della Gestione della Performance, in cui vengono dettagliate le fasi del processo, i soggetti coinvolti e i relativi documenti prodotti, secondo quanto disciplinato dal Regolamento di Budget aziendale.

Fase	Descrizione fase	Soggetti coinvolti	Documento prodotto
Fase 1	Definizione, assegnazione e negoziazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori	Direzione Strategica Controllo di Gestione OIV	Regolamento di Budget Documento di Programmazione Annuale Schede Budget
Fase 2	Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuale interventi correttivi	Controllo di Gestione	Schede Analisi Scostamenti
Fase 3	Misurazione e valutazione della performance dell'Unità Operativa	Valutatore di Prima Istanza OIV in seconda istanza	Report valutazione obiettivi
Fase 4	Misurazione e valutazione della performance individuale	Dirigente di struttura immediatamente sovraordinata in prima istanza OIV in seconda istanza	Scheda di valutazione delle prestazioni individuali
Fase 5	Rendicontazione dei risultati all'organo di indirizzo politico - amministrativo	Controllo di Gestione	Relazione sulla performance
	Rendicontazione dei risultati ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi	Direzione Strategica	Relazione sulla performance Relazione sul benessere organizzativo Customer satisfaction

Fase I - Definizione, assegnazione e negoziazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, nonché dall'U.O.C. Programmazione e controllo di gestione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), sulla base delle indirizzi programmatici regionali contenuti nei Piani Operativi regionali e nei diversi Decreti Commissariali, definisce i livelli di produzione e di attività, tenendo conto delle risorse a

disposizione (economiche, tecnologiche ed umane), del trend dei risultati relativi agli anni precedenti, delle linee di innovazione e dei livelli di investimento. Vengono dunque definiti gli obiettivi di budget strategici e operativi annuali (quantitativi e qualitativi), che saranno assegnati ai Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget ed ai titolari di Incarico di Funzione attraverso il processo di budget annuale.

Fase 2 - Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi

L'Azienda misura la performance attraverso il monitoraggio periodico e finale degli indicatori appositamente definiti per ogni obiettivo concordato, curato dalla U.O.C. Programmazione e controllo di gestione.

Tale monitoraggio ha la finalità di verificare nel corso dell'esercizio annuale che i trend delle attività e degli obiettivi definiti siano in linea con i target finali e con i programmi definiti nel Piano della Performance triennale e nella pianificazione annuale degli obiettivi.

In modo programmato o se ritenuto necessario in seguito alle risultanze emerse dal monitoraggio periodico, può essere prevista una fase di Ri-Negoziazione degli obiettivi annuali, di norma realizzata nel mese di settembre dell'anno in corso, per disporre di un ultimo trimestre dell'anno per potenziare alcune attività o invertire alcune "rotte" non in linea con le strategie aziendali.

Fase 3 - Misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale

I Sistemi di Valutazione del personale, connessi con il Ciclo di Gestione della Performance, costituiscono il presupposto per la valorizzazione del merito e per l'incentivazione della produttività e qualità delle prestazioni anche ai fini del riconoscimento degli incentivi. I Sistemi premianti, nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti, valorizzano i dipendenti secondo logiche meritocratiche, essendo vietata ai sensi dell'art. 18 del D.Lgs. n. 150/2009 (come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), la distribuzione indifferenziata o per automatismi di quote di salario in assenza di sistemi oggettivi di valutazione.

L'Azienda, pertanto, procede alla valutazione della performance e alla corresponsione del connesso risultato attraverso modalità che garantiscono l'applicazione dei suddetti principi. Il processo annuale di valutazione della Performance riguarda tutto il personale dell'Azienda e si estrinseca attraverso:

- la valutazione della performance organizzativa, attraverso la negoziazione/ assegnazione di obiettivi di Budget;
- la valutazione della performance individuale, attraverso apposite Schede di Valutazione Individuale.

Il Sistema della Valutazione della Performance prevede che a tutto il personale vengano attribuite quote di incentivazione economiche, differenziate in base all'esito dei procedimenti di valutazione, in modo che le risorse destinate al trattamento accessorio correlato alla performance organizzativa ed individuale, siano attribuite in base al merito e sulla base di criteri e indicatori oggettivi e misurabili. Le quote economiche relative al trattamento di risultato sono attribuite al personale dirigenziale e di comparto sulla base di principi generali valutati in sede di contrattazione collettiva integrativa.

Fase 4 - Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi

L'attività di rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo aziendali e a tutti gli Stakeholder viene effettuata dall'U.O.C. Programmazione e controllo di gestione attraverso la predisposizione della Relazione sulla Performance a chiusura del processo di valutazione annuale.

La Relazione sulla Performance, predisposta entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. b, del D.Lgs. 150/2009 (come novellato

dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione ed evidenza, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Tale documento, successivamente, viene pubblicato sul sito web aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

L'attività di rendicontazione dei risultati a tutti i soggetti esterni all'Azienda viene effettuata dalla Direzione Strategica, attraverso gli Uffici coinvolti in base ai diversi ambiti di attività e competenza e attraverso i documenti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia e secondo le disposizioni previste dalla normativa sulla Trasparenza e sull'Anticorruzione, nonché attraverso ulteriore documentazione che l'Azienda stessa riterrà opportuno produrre.

Nell'ambito dell'attività di rendicontazione dei risultati, l'Azienda adotta gli strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della Performance. In tale contesto vengono adottati metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la Performance organizzativa ed individuale, secondo criteri connessi al soddisfacimento degli interessi dei destinatari dei servizi.

4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

Come descritto nel capitolo 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza", i monitoraggi periodici sono effettuati dai dirigenti responsabili delle UU.OO. e sono pubblicati nella versione prodotta da ogni singola struttura in formato PDF nell'area amministrazione trasparente della sezione altri contenuti/dati ulteriori.

L'impostazione perseguita dall'Azienda per assicurare il monitoraggio prevede che venga effettuata, per categoria di rischio basso/medio/elevato, la verifica periodica sulla efficacia delle misure adottate rispetto ai procedimenti di competenza della struttura diretta (annuale per rischio basso, semestrale per rischio medio e quadrimestrale per rischio elevato).

A prescindere dalla classificazione del rischio, permane in capo ai dirigenti il dovere di procedere al costante monitoraggio, controllo ed alla verifica sulla correttezza dei procedimenti amministrativi intrapresi nonché sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano

Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017.

5 ALLEGATI

Allegato n.1: Rischi corruttivi e trasparenza: Tabella degli obblighi di pubblicazione.

Allegato n.2: Rischi corruttivi e trasparenza: Misure di prevenzione oggetto di adozione.

Allegato n.3: Rischi corruttivi e trasparenza: Scheda per l'effettuazione del monitoraggio periodico dei procedimenti a rischio corruzione.

Allegato n.4: Rischi corruttivi e trasparenza: Scheda utilizzata per la segnalazione di eventi corruttivi.

Allegato n.5: Rischi corruttivi e trasparenza: Anagrafica dei rischi.

Allegato n.6: Lavoro agile: Accordo individuale per la prestazione lavorativa.

Allegato n.7: Fabbisogno di personale: Sintesi Piano Assunzionale triennale 2024-2026.

Allegato n.8: Piano formativo aziendale: Rilevazione fabbisogno formativo.

Allegato n.9: Piano formativo aziendale: Progetti formativi.