

# Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata



## **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) aggiornamento 2025-2027** (articolo 6 D.L. 9 giugno 2021, n. 80 convertito in L. 6 agosto 2021, n. 113)

**C**ENTRALITÀ  
DELLA PERSONA E RISPETTO DELLA DIGNITÀ UMANA

---

**U**NIVERSALITÀ  
DELL'ASSISTENZA ED EQUITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI

---

**Q**UALITÀ  
**E**FFICACIA  
**S**ICUREZZA  
**A**PPROPRIATEZZA DELLE CURE

---

**E**TICITÀ E TRASPARENZA  
DELLE SCELTE E DEI COMPORTAMENTI

---

**S**OSTENIBILITÀ  
ECONOMICA ED EFFICIENZA GESTIONALE

---

Premessa

### **SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**

- 1.1. Chi siamo
  - 1.1.1. La storia
  - 1.1.2. Capacità ricettiva del “Polo Ospedaliero”
  - 1.1.3. Gli standard di qualità
- 1.2. Vision e Mission
- 1.3. L'Azienda in cifre
  - 1.3.1. Dotazioni posti letto
  - 1.3.2. La capacità produttiva
  - 1.3.3. Risorse umane
- 1.4. Verso il futuro
  - 1.4.1. Interventi finanziati con risorse PNRR
  - 1.4.2. Interventi finanziati con risorse per il Giubileo 2025

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

- 2.1. Valore Pubblico
  - 2.1.1. Valore Pubblico 1 (VP1) – Accesso ai servizi
  - 2.1.2. Valore Pubblico 2 (VP2) – Equità ed accessibilità
  - 2.1.3. Valore Pubblico 3 (VP3) – Digitalizzazione
  - 2.1.4. Stakeholders: per chi lo facciamo
  - 2.1.5. Obiettivi strategici e programmazione economica
  - 2.1.6. Le Azioni Positive
  - 2.1.7. Azioni per l'Equità
- 2.2. Performance
  - 2.2.1. Il livello strategico
  - 2.2.2. Il livello organizzativo
  - 2.2.3. Il livello individuale
- 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza
  - 2.3.1. Analisi del contesto esterno/interno
  - 2.3.2. Valutazione del rischio
  - 2.3.3. Trattamento del rischio
  - 2.3.4. Programmazione e attuazione della trasparenza
  - 2.3.5. Piano normativo di riferimento anticorruzione e trasparenza

### **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

- 3.1. Struttura organizzativa
  - 3.1.1. Organigramma
  - 3.1.2. La Direzione Strategica
- 3.2. Organizzazione del lavoro a distanza (POLA)
- 3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale
  - 3.3.1. La formazione

### **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

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

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

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni pubbliche. La *ratio* del PIAO risiede nella volontà di creare un piano unico di *governance*, potremmo anche dire *un piano-una programmazione*, in grado di superare la molteplicità e la conseguente frammentarietà degli strumenti di programmazione introdotti nelle varie fasi dell'evoluzione normativa.

In particolare il PIAO sostituisce:

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

Il PIAO ha come orizzonte finale la pianificazione degli obiettivi di Valore Pubblico (VP). Ogni azione di miglioramento della salute, ogni misura di gestione del rischio, ogni obiettivo di performance deve essere funzionale ad un obiettivo di valore pubblico.

Nel presente PIAO l'Azienda, ispirandosi anche ad alcune nuove teorie di indagine del VP, ha posto le basi per una strategia di pianificazione del valore pubblico multidisciplinare e integrata, scegliendo alcuni obiettivi di valore pubblico integrati con la programmazione della performance, dell'anticorruzione e del capitale umano. Ciascun obiettivo di VP è creato da un obiettivo di performance, protetto da una misura anticorruzione e promosso da condizioni incentivanti il capitale umano. La sfida dell'Azienda in futuro sarà quella di arrivare ad un'integrazione sempre maggiore, ad una semplificazione del piano con obiettivi selezionati e indicatori sempre più adeguati, che incrementino il Valore Pubblico non dimenticando la propria mission a servizio della salute dei cittadini.

## SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

---

Nome Amministrazione	Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
Sede legale	Via dell'Amba Aradam, 9 - 00184 Roma
Contatti	Telefono: +39 06 77051
	Pec: <a href="mailto:ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it">ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it</a>
C.F. e P.I.	04735061006
Sito web	<a href="https://www.hsangiovanni.roma.it/">https://www.hsangiovanni.roma.it/</a>
Logo	 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA  REGIONE LAZIO

## I. I. CHI SIAMO

---

### I. I. I. La storia

L'Azienda è stata costituita con deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30 giugno 1994 ai sensi e per gli effetti della L.R. Lazio 16 giugno 1994, n. 18. Caratterizzata dalla natura storica dei suoi edifici, l'Azienda dispone di un singolare palinsesto monumentale, che documenta il suo lungo percorso dalla Roma repubblicana ad oggi, dunque dall'ospitalità della domus antica, attraverso l'accoglienza degli ospizi alto medioevali, sino alla cura del nosocomio moderno.

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

### Presidio Ospedaliero "S. Giovanni"



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

## Presidio Ospedaliero “Addolorata”



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

## Presidio Ospedaliero “Britannico”



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

## Presidio Sanitario “Santa Maria”



Sede di attività specialistica ambulatoriale, compresa la chirurgia ambulatoriale, e di attività di ricovero a ciclo diurno, nonché della dialisi ambulatoriale, che ha presso il corpo A del P.O. S. Giovanni una sua sezione dedicata alla dialisi per acuti, sia per pazienti in arrivo al Pronto Soccorso, sia per garantire la dialisi ai pazienti ricoverati.

	Link
Pianta	<a href="https://hsangiovanni.roma.it/index.php?p=115">https://hsangiovanni.roma.it/index.php?p=115</a>
Organigramma	<a href="https://hsangiovanni.roma.it/documenti/Organigramma.pdf">https://hsangiovanni.roma.it/documenti/Organigramma.pdf</a>

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

Interno Presidio Ospedaliero San Giovanni (area sottoposta a vincolo)		
CORPO F	<i>Piani –I e –II</i>	Interno: Ipogeo Oratorio Paleocristiano Esterno: strutture archeologiche romane (botteghe e strada in basolato) e medioevali (mura di contenimento)
	<i>Piano – I</i>	Ipogeo Bottega del vetraio
	<i>Piano terra</i>	Portico alla maniera medioevale ricostruito nel '900, Antico Ospedale dell'Angelo di istituzione medioevale con Spezieria attiva dal XVII secolo
	<i>Piani I e II</i>	Antica Casa Prefettura della Confraternita del SS. Salvatore, trasformata in convento delle Piccole Suore della Misericordia nel '800

<b>CORPO G</b>	<i>Piani -I e -II</i>	Ipogeo Impianto Termale della Domus Anniorum
	<i>Piano terra</i>	Chiesa dei Santi Andrea e Bartolomeo risalente al VI-VII secolo; Vecchia Corsia Ospedaliera (Sala Folchi), Sala d'Angolo (Sala Antico Atrio). Edificate nel XV, rielaborate nel XVII, restaurate nel XX secolo
	<i>Primo Piano</i>	Stessa edificazione della Vecchia Corsia Ospedaliera e della Sala d'Angolo. Oggi ospita la Scuola Infermieri e Sala Convegno Luigi D'Elia con ambienti annessi
	<i>Secondo Piano</i>	Stessa edificazione della Vecchia Corsia Ospedaliera e della Sala d'Angolo. Oggi ospita gli spogliatoi ed i bagni per il personale Sanitario
<b>CORPO H</b>	<i>Piani -I e -II</i>	Ipogeo Peristilio Domus Anniorum
	<i>Piano terra</i>	Nuova Corsia Ospedaliera (Sala Mazzoni) e corridoio laterale con uffici amministrativi e bagni, quali corpi bassi verso il cortile monumentale
	<i>Mezzanino</i>	Corridoio laterale: da un lato affaccio su Nuova Corsia Ospedaliera (Sala Mazzoni) e dall'altro uffici amministrativi
	<i>Primo Piano</i>	Spazio non tramezzato a rustico (Corsia Maggiorani)

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

<b>Interno Presidio Sanitario Santa Maria (area sottoposta a vincolo)</b>		
<b>CORPO L</b>	Esterno	Antica Area Cimiteriale riconvertita a giardino
	<i>Piano terra</i>	Antica Cappella di Santa Maria delle Grazie riconvertita ad uso socio-sanitario
	<i>Piano terra e Piano I</i>	Antico Ospizio di Sant'Antonio riconvertito ad uso socio-sanitario
<b>CORPO M</b>	<i>Livello stradale</i>	Spazio Polifunzionale esterno con anfiteatro realizzato nel XXI secolo
	<i>Piano terra</i>	Portico e Corsia delle Donne con ambienti annessi e con corridoio laterale con uffici amministrativi e spazi funzionali (cucina e locali deposito)
	<i>Piano I</i>	Antica Corsia (Sala Pucinotti) oggi consultorio della ASL RM I con ambienti annessi
<b>CORPO N</b>	<i>Piano - I</i>	Doppi ambienti a galleria, ricavati dalle antiche mura riferibili all'acquedotto Claudio, che in età antica hanno probabilmente avuto uso di cantina
	<i>Piani I - II - III</i>	Abitazioni al civico 72 su Piazza San Giovanni (intero edificio) oggi sede della Ditta esterna che si occupa di Manutenzioni edili ed impiantistiche e dell'Ufficio Tecnico che si occupa delle medesime manutenzioni e progettazioni
<b>CORPO O</b>	<i>Piano -I:</i>	Ipogeo c.d. Domus Licinio Sura
	<i>Piani rialzati</i>	Centro Poliambulatori

<b>Presidio Ospedaliero Britannico (Sito esterno sottoposto a vincolo) (Edificio non sottoposto a vincolo)</b>		
<b>AREA ESTERNA CON MURO DI CONFINE</b>	<i>Livello stradale</i>	Mura dell'Antico Acquedotto Celimontano
	<i>Piano terra e Piano I</i>	Antica cisterna Romana riconvertita in casale di portierato, con annessa piccola casina e pozzo
	<i>Piano -1</i>	Primo Ipogeo a due ambienti con volta a botte; Secondo Ipogeo a due ambienti con volte a botte, questo

		sicuramente utilizzato nel XIX secolo come magazzino
L'intero corpo di Fabbrica non è vincolato. Vede la propria istituzione nel 1908 ad opera della congregazione di Suor Mary Potter, quale Calvary Hospital. Il Presidio è interamente votato alle cure oftalmiche, con la Banca degli occhi e La Fondazione BIETTI IRCSS; al primo piano vi sono gli uffici amministrativi e sanitari del Medico Competente, compresi i gabinetti medici per le somministrazioni vaccinali. È costituito da un enorme edificio a forma di T in mattoni rossi, con cinque piani (un seminterrato e quattro piani fuori terra) e tetti piani (sono presenti anche delle cantine). La grande cappella occupa lo spazio in cui si incontrano le tre ali. È accessibile dalla reception al piano terra e ci sono gallerie al primo e al secondo piano.		

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

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

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

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

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

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

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

### **I.1.2. Capacità ricettiva del “Polo Ospedaliero”**

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Delibera Regione Lazio 7 dicembre 2023, n°869, la capacità ricettiva in posti letto del “Polo Ospedaliero”, costituito dai Presidi di cui al precedente paragrafo, è, allo stato, pari a n. 728 di cui n. 66 dedicati alle degenze diurne (ferme restando le eventuali successive modifiche/integrazioni regionali che dovranno intendersi recepite di diritto nell'Atto Aziendale).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.1.3. Gli standard di qualità

L’Azienda ha come obiettivo primario la qualità totale.

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

### Customer Satisfaction

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

Affinché i risultati che emergono dalla elaborazione dei dati raccolti attraverso le indagini possano considerarsi validi, si rende necessario predisporre l’attività di Customer Satisfaction secondo standard metodologici e procedere alla interpretazione e contestualizzazione dei dati raccolti, in modo che questi, unitamente alle informazioni provenienti da altre fonti, possano divenire informazione concreta e consentire proposte migliorative o correttive delle criticità evidenziate.

Gli stessi dati raccolti, alla luce delle disposizioni contenute nel D. Lgs.27 ottobre 2009 n. 150, attuativo della legge 4 marzo 2009 n. 15 (Decreto Brunetta), possono essere utilizzati nell'ambito della valutazione della performance.

[Link Customer Satisfaction](#)

## I.2. VISION E MISSION

*Nel cuore della storia, al centro la persona*

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

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

- ✦ realizzare un'organizzazione finalizzata a garantire servizi sanitari equi, efficaci, appropriati, tempestivi e a misura di persona;
- ✦ valorizzare in maniera costante, continua, partecipata le proprie risorse umane sviluppandone le competenze ed abilità, e assicurandone il benessere psicofisico;
- ✦ adeguare ed aggiornare le proprie risorse strumentali, tecnologiche ed informatiche al fine di erogare servizi sanitari in linea con la ricerca scientifica più avanzata;
- ✦ adottare e innovare modelli organizzativi incentrati sulla flessibilità, che consente di adeguare le risorse e le strutture alle esigenze del carico assistenziale del momento, con percorsi in grado di modificarsi di pari passo con i cambiamenti epidemiologici e demografici della popolazione, lo sviluppo della Medicina e le tecnologie disponibili;
- ✦ adottare procedure che garantiscano l'appropriatezza e l'evidenza scientifica degli interventi sanitari, garantendo la sicurezza delle cure.

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

Fortemente orientata al servizio, capace di risposte tempestive e soddisfacenti alle esigenze degli assistiti, individuando il riferimento costante della propria azione nella cura della persona.

Sull'orizzonte dei propri principi ispiratori quali la centralità della persona ed il rispetto della dignità umana, l'universalità dell'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi, la qualità, l'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza delle cure, l'eticità e la



trasparenza delle scelte e dei comportamenti, la sostenibilità economica e l'efficienza gestionale, soddisfa la domanda di salute espressa dagli assistiti, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, assicurando interventi essenziali, efficaci, efficienti, appropriati, personalizzati ed orientati all'innovazione.

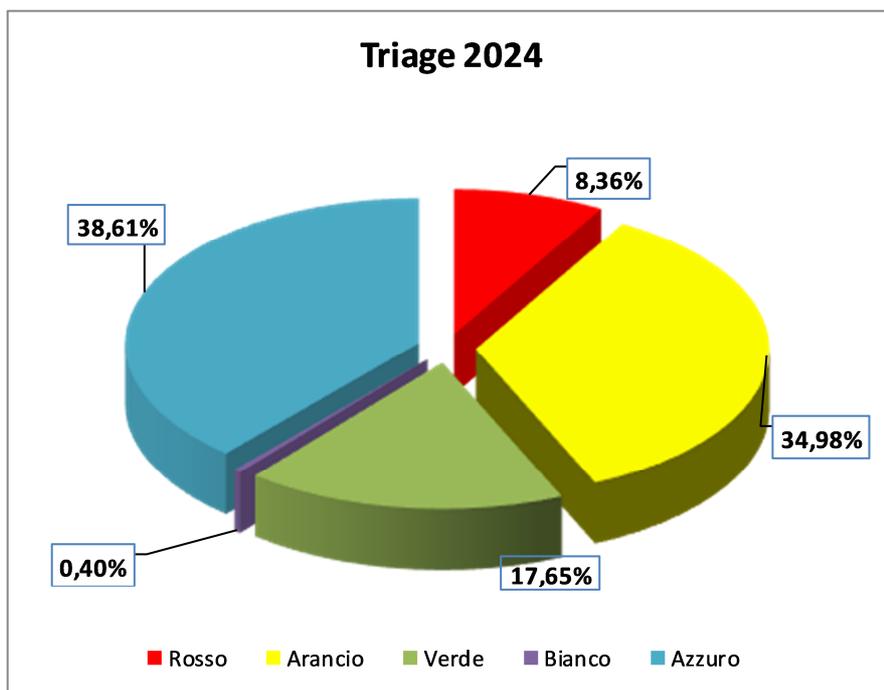
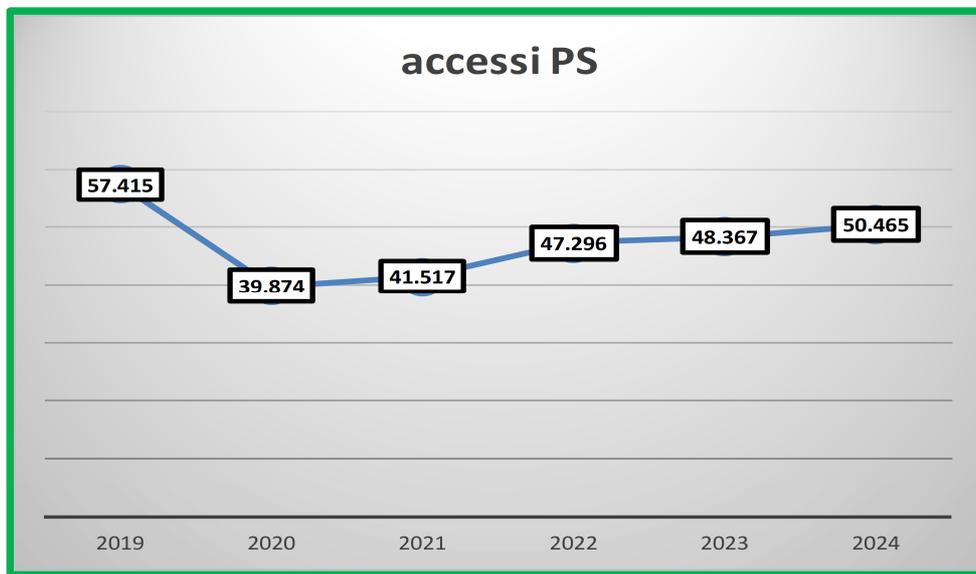


## I.3. L'AZIENDA IN CIFRE

### I.3.1. Dotazione posti letto

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

### I.3.2. La capacità produttiva (Fonte dati: DWH)

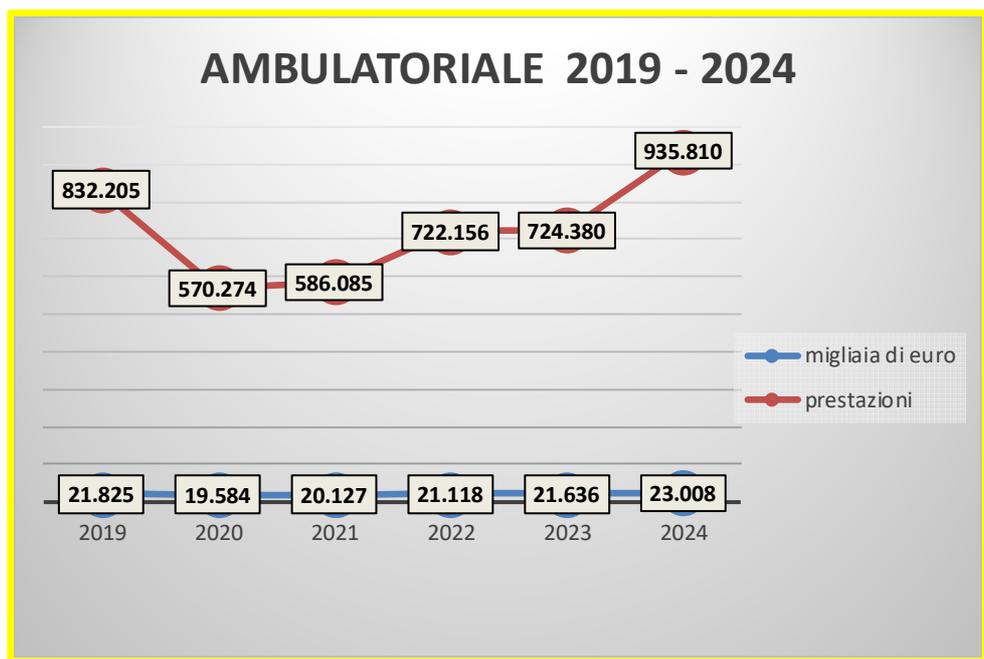


### RO 2019 - 2024



### dh ds 2019 - 2024





indicatori		2019	2020	2021	2022	2023	2024	variazione 23/22 n.	variazione 23/22 %
RO	DM	8,10	8,23	7,86	6,63	7,73	7,99	0,26	3,25%
	peso	1,25	1,31	1,32	1,32	1,35	1,37	0,02	1,46%
DH	accessi medi	3,85	3,71	3,65	3,33	2,98	2,14	-0,84	-39,25%
	peso	0,81	0,79	0,81	0,81	0,84	0,81	-0,03	-3,70%
% accessi con permanenza in PS/DEA < 12 h		89,4	83,3	81,8	82,1	82,21	80,54	-1,67	-2,07%

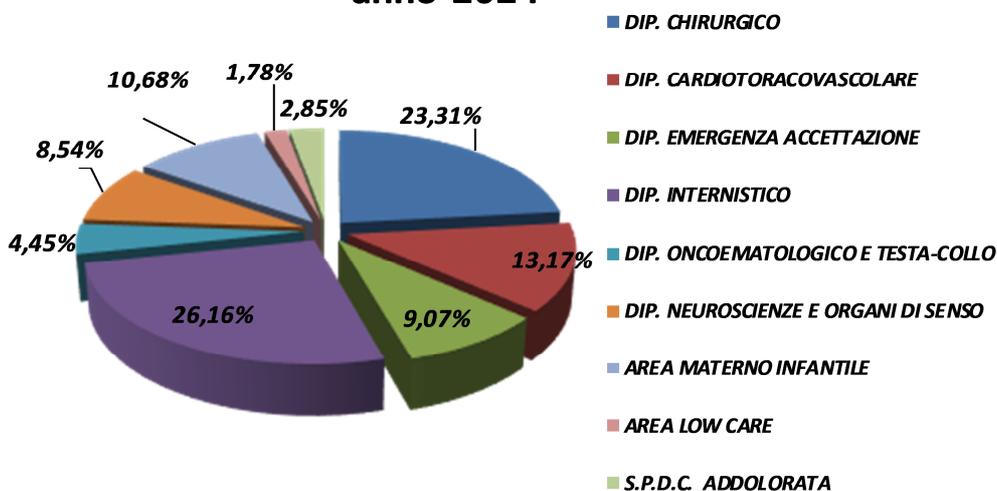
### Indicatori di esito (Fonte dati DWH)

Fonte Prevale dati "valorizzati" al I° sem

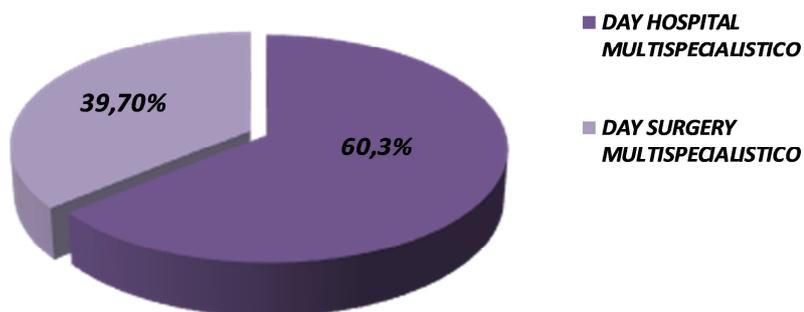
Indicatori di Esito	valore soglia	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria < 3GG	>= 70%	74,5	73,3	81,6	88,2	92,3	91,7
Proporzione interventi femore pz >= 65 anni entro 2 GG	>= 60%	84,0	41,0	41,8	73,9	78,1	85,7
Proporzione parti cesarei primari	<= 25%	22,1	27,2	23,0	27,6	23,9	24,7
Proporzione PTCA entro 90' dall'accesso in pz con IMA STEMI	>= 60%	69,4	77,4	52,2	78,4	57,4	62,9

\* dato provvisorio

### Distribuzione % posti letto ordinari anno 2024



### Distribuzione % posti letto diurni anno 2024



### I.3.3. Risorse umane

Le tabelle 1 e 2 rappresentano i dipendenti a tempo indeterminato e determinato, nonché il personale con incarico art. 15 sept. D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm. e ii., compresi i comandati in entrata, esclusi i comandati in uscita e il personale religioso.

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

La Tabella 4 rappresenta i dipendenti a tempo indeterminato e determinato, nonché il personale con incarico art. 15 sept. D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

**TABELLA 1**

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

**TABELLA 2**

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

**TABELLA 3**

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

**TABELLA 4**

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

## I.4. VERSO IL FUTURO

Per la rivoluzione tecnologica e digitale oltre che per l'aggiornamento delle infrastrutture ospedaliere l'AO San Giovanni Addolorata realizzerà:

### I.4.1 Interventi finanziati con risorse PNRR

L'Azienda presenta otto progetti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che riguardano la Missione 6 "Salute" con cinque gruppi di progetti e la Missione I "Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura" con tre gruppi di progetti.

MISSIONE 6 “Salute”		MISSIONE I “Digitalizzazione”	
M6C2-1.2.2	Implementazione di un nuovo modello organizzativo	MICI - 1.4.3	Adozione PagoPA
M6C2-1.1.	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello)	MICI - 1.4.3	Adozione AppIO
M6C2-1.1.2	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)	MICI - 1.2	Abilitazione e facilitazione Migrazione al Cloud
M6C2-1.2	Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Antisismica PNRR)	 <b>Finanziato dall'Unione europea</b> NextGenerationEU  	
M6C2-2.2.B	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Submisura: corso di formazione in infezioni ospedaliere		

### I.4.2 Interventi finanziati con risorse Giubileo 2025



Al fine di contribuire attivamente al programma di accoglienza per il Giubileo della Chiesa Cattolica 2025, sono state definite le progettualità ed effettuati gli interventi necessari e indispensabili allo scopo nelle seguenti macroaree:

- I. LAVORI PER IL POTENZIAMENTO E L'IMPLEMENTAZIONE DELLA SICUREZZA DELLA STRUTTURA: potenziamento impiantistico del Pronto Soccorso Area Alta Intensità e redistribuzione spazi correlati, potenziamento e ammodernamento degli impianti elettrici (MT e UPS), messa in sicurezza delle facciate e delle aree esterne del P.O. San Giovanni e alla riorganizzazione delle sale d'attesa della Radiologia ubicata al P.O. San Giovanni;

2. **ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI:** rinnovo tecnologico di alcune delle principali apparecchiature del Blocco Operatorio (tavoli operatori, pensili, Archi a C), sostituzione di quei dispositivi definiti salva vita e di monitoraggio vitale presenti nelle aree di rianimazione e terapia intensiva quali monitor multiparametrici, ventilatori polmonari, pompe a siringa, nonché sostituzione di alcune tecnologie di diagnostica per immagini anch'esse ormai obsolete;
3. **DIGITALIZZAZIONE:** fornitura di soluzioni hardware e software da destinare ai Blocchi Operatori ed ai reparti ad Alta Intensità di Cura, con la fornitura di postazioni di lavoro e di sistemi di visualizzazione dei dati sanitari, al fine di rendere ergonomico preciso ed efficiente il flusso operativo delle suddette Aree, e consentire l'esecuzione di nuove attività sanitarie all'avanguardia.

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

---

## 2.1. VALORE PUBBLICO

---



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

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

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

Per l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata la funzione pubblica di tutela della salute rappresenta il valore pubblico verso cui indirizzare tutti gli sforzi per rispondere non solo alla richiesta di erogazione di servizi sanitari di qualità, in termini di efficacia qualitativa innovativa e

economica, ma anche in termini di erogazione di valore pubblico inteso come miglioramento dell'**accessibilità, fruibilità, umanizzazione e facilitazione delle cure** garantendo, **indistintamente ad ogni paziente**, prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specializzazione e di emergenza-urgenza.

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

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

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

Il concetto di Valore Pubblico rappresenta l'orizzonte delle performance organizzative e individuali il cui fine ultimo è il miglioramento delle condizioni di vita dell'ente (impatti effettivi interni) e dei suoi utenti e stakeholder (impatti effettivi esterni). La strategia Aziendale per l'incremento del valore pubblico si è basata su una logica di integrazione verticale (obiettivi di mandato) e orizzontale (team multidisciplinare), semplificazione e selettività degli obiettivi.

Nel PIAO 2025-2027 l'Azienda ha approfondito lo sviluppo di tre direttrici di valore pubblico:

1. Accesso ai servizi
2. Equità ed accessibilità
3. Digitalizzazione

### **2.1.1. Valore Pubblico I (VPI) – Accesso ai servizi**

#### **Governo delle liste di attesa**

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

Il 20 Febbraio 2019 è stata raggiunta l'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA, DCA 302/2019 - Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021) con il quale si impegnavano ad effettuare azioni volte ad agevolare il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni assistenziali al fine di avvicinare la sanità pubblica al cittadino.



La L. 29 luglio 2024, n. 107, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, contiene misure urgenti per il monitoraggio e l'erogazione delle prestazioni sanitarie con il particolare intento di ridurre le liste d'attesa e promuovere il rispetto

dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza predisponendo l'implementazione di misure quali:

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

In aggiunta l'Azienda porta avanti progetti incentivanti per l'abbattimento delle liste di attesa realizzati mediante l'utilizzo delle risorse economiche costituenti il Fondo Balduzzi per l'abbattimento delle liste di attesa chirurgiche, ambulatoriali e propedeutiche/strumentali indispensabili per l'abbattimento delle altre liste di attesa.

## 2.1.2. Valore Pubblico 2 (VP2) – Equità ed accessibilità



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

Il PDTA rappresenta lo strumento operativo del governo clinico per la realizzazione dei flussi e dei processi clinico-assistenziali e organizzativi nel rispetto dei principi di qualità e sicurezza delle cure e nell'ottica della programmazione integrata multidimensionale, multidisciplinare e

multiprofessionale.

A tale proposito l'Azienda, nella proposta di nuovo Atto Aziendale attualmente in fase di valutazione regionale, ha previsto l'istituzione di una U.o.s.d. "PDTA e Qualità dei Processi" evidenziando l'attenzione che si intende prestare alla implementazione dei percorsi, promuovendo l'analisi del contesto Aziendale e la valutazione del bisogno di sviluppo di percorsi specifici in linea con le disposizioni di Rete regionali e in riferimento all'impatto epidemiologico delle patologie e agli obiettivi di salute previsti dalla Programmazione Ministeriale.

Il PDTA come modello di erogazione dell'assistenza si sviluppa in base al principio della presa in carico stabile del paziente - secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro di équipe - con coordinamento dei passaggi essenziali di cura dal momento della diagnosi e trattamento fino al *follow up*.

L'obiettivo è rispondere, con un approccio di integrazione multidisciplinare e interprofessionale, alle esigenze di specifiche tipologie di pazienti, gestendone tutti gli aspetti, clinici, organizzativi e relazionali.

In particolare nel 2025 in Azienda verranno sviluppati i seguenti PDTA

- Sindromi coronariche acute e dolore toracico
- Ictus ischemico e emorragico

- Trauma maggiore e neurotrauma
- Ortopediatrico per pazienti con frattura collo-femore con età >65

Nell'ambito delle Emergenza ostetriche

- taglio cesareo in urgenza
- sepsi in gravidanza

### 2.1.3. Valore Pubblico 3 (VP3) – Digitalizzazione

#### **Sovraffollamento PS e eventi giubilari**

Mediante la digitalizzazione del PS, l'applicazione del Piano per il sovraffollamento e con il coordinamento della COT l'Azienda intende rispondere alla richiesta regionale di abbattimento dei tempi di attesa nel PS.



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

In questo contesto trova applicazione anche il PEIMAF (Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti - revisionato nel mese di giugno 2024 - Allegato I) nel quale è descritto l'insieme delle procedure - anche organizzative - che consente la ricezione dei feriti che arrivano dal luogo dell'incidente, garantendo la massima efficienza ed efficacia nella gestione di un numero di pazienti superiore a quello che ordinariamente afferisce al Pronto Soccorso mantenendo, comunque, le attività ordinarie della struttura che non possono essere sospese.

Onde evitare che lo svolgimento degli **eventi giubilari** vanifichino gli interventi posti in essere per la riduzione del sovraffollamento l'Azienda ha previsto l'apertura H24 di un ambulatorio dedicato.

### 2.1.4. STAKEHOLDERS: per chi lo facciamo

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

La restante parte si rivolge a tutti coloro che fanno parte dell'Amministrazione (dipendenti, medici, infermieri, studenti, ecc.) che lavorano per migliorarla dall'interno, un capitale umano (sezione Organizzazione e Capitale Umano) base di sviluppo del Valore Pubblico e che l'Azienda ha il compito di mantenere "in salute".

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

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

TABELLA RIASSUNTIVA

Obiettivo Strategico	Obiettivo di Performance	Descrizione	Indicatore	Fonte dato	Risultato atteso
Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	Miglioramento qualità percepita stakeholders	Valutazione della qualità percepita dall'utenza circa i servizi aziendali erogati di ricovero e ambulatoriali, mediante questionario anonimo somministrato a un campione significativo di utenti che hanno fruito di servizi di ricovero e ambulatoriali nel 2 semestre dell'anno	Invio alla Direzione Strategica del progetto di valutazione della qualità percepita entro il 31 luglio, completo di numero e items dei questionari da sottoporre all'utenza e cronoprogramma della somministrazione e analisi da effettuarsi completamento e relazione finale entro l'anno	OIV	1
	Favorire la conoscenza dei servizi offerti	Presenza in carico dell'utente che si rivolge all'Azienda presso sportelli URP, informazioni, mail, telefono, social, ponendo problematiche, disagi occorsi, necessità di informazioni e chiarimenti, bisogno di documentazione o prestazioni etc. con analisi della problematica da parte dell'URP, individuazione delle soluzioni con azioni proattive nei confronti di tutti i settori aziendali coinvolti nella risposta e nei confronti dell'utente che va ricontattato attivamente e non invitato a rivolgersi ad altri, ovvero a scrivere o telefonare.	Assenza di comunicazioni comunque pervenute dall'utenza di mancata o ritardata risposta da parte dell'URP	Direzione Strategica	0 reclami URP; encomi
	Miglioramento della gestione del rilascio documentazione all'utenza	Consegna delle copie cartelle cliniche/referti entro la tempistica di legge (o più tempestive in caso di rappresentata urgenza) per azioni proattive dell'URP all'interno dell'Azienda nel favorire produzione di referti/chiusure cartelle etc. laddove critici e ostacolanti il tempestivo rilascio, in collaborazione con DMPO. Contatto attivo dell'URP verso l'utente per comu carico con la pratica di chiedere all'utente di rivolgersi ad altri settori aziendali, ritelefonare, ricontattare etc.)	assenza di ritardi/disguidi segnalati dall'utenza che chiede referti/documentazione sanitaria	Direzione Strategica	1

### 2.1.5. Obiettivi strategici e programmazione economica

Nel 2025 l'AOSGA ancora una volta punta sull'ammodernamento e la razionalizzazione strutturale e tecnologica, sostenuti da un imponente piano di investimenti in attrezzature e interventi edilizi. Di seguito si riporta un prospetto di sintesi che rappresenta, per aggregato gestionale, il bilancio di previsione 2025, redatto secondo i vincoli indicati dagli uffici regionali competenti.

120902 AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA				
ID	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2023	Preconsuntivo 2024	Budget 2025
A1	Contributi F.S.R.	32.506.992	32.268.720	30.913.944
A2	Saldo Mobilità	152.710.488	159.952.042	163.284.503
A3	Entrate Proprie	9.157.180	7.862.691	13.466.693
A4	Saldo Intramoenia	2.043.676	2.034.401	2.034.000
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(3.341.552)	(1.477.284)	(7.022.856)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(1.462.598)	(285.895)	1.121.351
A	Totale Ricavi Netti	191.614.185	200.354.675	203.797.635
B1	Personale	140.304.840	139.148.564	163.740.252
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	31.918.802	36.537.000	38.798.120
B3	Altri Beni E Servizi	81.987.514	85.960.040	91.351.172
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	-	-	-
B5	Accantonamenti	10.354.874	9.401.958	5.752.128
B6	Variazione Rimanenze	(46.489)	-	-
B	Totale Costi Interni	264.519.540	271.047.562	299.641.672
C	Totale Costi Esterni	566.333	572.375	538.289
D	Totale Costi Operativi (B+C)	265.085.874	271.619.937	300.179.961
E	Margine Operativo (A-D)	(73.471.689)	(71.265.262)	(96.382.326)
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	10.056.056	6.724.350	11.930.696
G	Risultato Economico (E-F)	(83.527.745)	(77.989.612)	(108.313.022)

Il BEP 2025 mette in evidenza le linee direttrici di attività, la “rotta” tracciata dalla Direzione strategica, più sanità più sicura, dinamica e al passo con lo sviluppo tecnologico; evidenziando un incremento del disavanzo del 39% dovuto agli imponenti investimenti messi in campo da un lato e alla riduzione dell'importo delle funzioni assegnato (-1.355 €/ mgl).

Il totale dei costi operativi mostra un incremento di 30€/mln ca; indispensabile per finanziare le dinamiche di sviluppo dell'Azienda volte ad incrementare l'offerta con particolare riferimento alle procedure chirurgiche di alta e media complessità e specialistiche in un ottica di riduzione delle liste di attesa.

Sviluppo per cui sono indispensabili investenti in risorse umane, dispositivi medici, tecnologie e, da ultimo, ma per questo non meno rilevanti, investimenti in sicurezza (informatica, trattamento dati, antincendio

La messa in campo degli interventi di seguito richiamati consentirà all'Azienda di:

- aumentare l'**offerta di servizi sanitari** in termini di **volumi, complessità e qualità** finalizzati al miglioramento dell'outcome anche in termini di **equità e accessibilità** delle cure
- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie, come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione,
- migliorare (attraverso l'attività della COT) il **coordinamento della presa in carico della persona** e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting

assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socioassistenziali, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

### **Sviluppo del capitale umano**

Il capitale umano rappresenta la spina dorsale dell'Azienda, nel BEP 2025 l'AOSGA ha previsto un considerevole investimento in risorse umane, come già su evidenziato, con un incremento del 75% della voce di costo "personale" vs il preconsuntivo 2024.

L'incremento è determinato dal costo per:

- effetto trascinarsi delle assunzioni già effettuate nel corso del 2024;
- assunzioni previste/autorizzate per potenziamento dell'organico a parziale copertura del turnover;
- assunzioni previste per far fronte al maggior livello di prestazioni comportate dal Giubileo (oggetto di apposito finanziamento per un importo di 4.825 €/mgl)

### **Digitalizzazione dei processi e intelligenza artificiale**

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

Sul fronte dell'ausilio della IA alla diagnostica l'Azienda sta valutando l'ipotesi di acquisizione di una Colonna di videoendoscopia per le attività della gastroenterologia ed endoscopia digestiva dotata di IA per una diagnosi avanzata e predittiva.

### **Potenziamento Cyber security e compliance al GDPR**

L'AOSGA ha previsto, grazie ai finanziamenti PNRR, un incremento degli investimenti per la Cyber security e protezione dei dati di 1.370 €/mgl (+ 32%).

### **Adeguamento Antincendio**

L'AOSGA ha previsto un programma di adeguamento normativo di impianti e fabbricati in materia antincendio con un finanziamento FSR.

### **Innovazione tecnologica**

L'AOSGA ha previsto un aumento della spesa nel 2025 per la voce Godimento beni di terzi quantificato in 990€/mgl, a fronte di una HP di fabbisogno reale pari a 1.510€/mgl per il noleggio di nuove tecnologie per il potenziamento della chirurgia robotica, urologica e TPN (Terapia a Pressione Negativa).

### **Acquisto di beni sanitari**

L'AOSGA ha previsto un consistente incremento della spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati, +2.261 €/mgl (+6% vs preconsuntivo 2024), per offrire una pronta risposta alla crescita del bisogno di prestazioni sanitarie oncematologiche, cardiologiche e di gastroenterologia, evidenziando la centralità dell'Azienda nel panorama sanitario regionale e nazionale. Incremento previsto anche per la spesa per dispositivi medici (+ 9 % vs preconsuntivo 2024), riconducibile in generale all'incremento dell'attività chirurgica di media e alta complessità.

Inoltre per quanto attiene la spesa per beni non sanitari (+12 % vs preconsuntivo 2024), per l'acquisto di servizi nell'anno 2025 sarà significativo l'effetto del costo dei servizi ad alta densità di manodopera derivante dai maggiori oneri conseguenti all'applicazione dei nuovi CCNL e continueranno ad avere riflessi sull'attività di approvvigionamento di beni e servizi le crescenti richieste di revisione prezzi su contratti relativi ad antecedenti aggiudicazioni.

### **2.1.6. Le Azioni Positive**

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

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

- ✓ favorire la qualità degli spostamenti casa-lavoro attraverso le azioni del Mobility Manager come previsto dalla delibera n. 1097 del 31/12/2024 e relativo allegato (Allegati 2 e 3)
- ✓ individuare aree di aggregazione sociale del personale
- ✓ individuare la possibilità di pervenire al lavoro agile
- ✓ favorire l'etica del benessere a contrasto e per prevenire la violenza di genere sul luogo di lavoro
- ✓ favorire convenzioni per attività sportive per il benessere organizzativo
- ✓ individuare agevolazioni per situazioni di svantaggio socio- psico- fisico
- ✓ favorire un servizio di supporto per assistenza psicologica per i dipendenti
- ✓ coinvolgere nelle attività del C.U.G. il medico competente (Medicina del Lavoro)
- ✓ favorire il benessere sanitario attraverso l'istituzione di una attività di prevenzione/screening per la sfera genitale maschile e femminile
- ✓ Integrazione con il Piano Aziendale per l'Equità

### **2.1.7. Azioni per l'Equità**

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

azioni generali:

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

azioni speciali:

- 1) azioni volte al superamento della diseguità nel percorso nascita: sono stati progettati 3 diversi percorsi ambulatoriali mirati: percorso nascita, percorso chirurgico, percorso riconciliazione terapeutica, inoltre è stato progettato e configurato lo strumento "cartella ambulatoriale informatizzata". Per un parto consapevole e a supporto delle donne vengono organizzati degli *open day* di presentazione del punto nascita del San Giovanni Addolorata e dei servizi connessi;
- 2) azioni volte a superare le diseguaglianze nella compliance alle terapie prescritte attraverso la riconciliazione terapeutica": è stato progettato e configurato lo strumento "cartella ambulatoriale informatizzata";
- 3) azioni per il raccordo tra ospedale e housing temporaneo per pazienti senza fissa dimora: è stata svolta l'analisi dei dati relativi all'epidemiologia delle afferenze dei pazienti senza dimora all'AOSGA, sulla base del quale è stato articolato un protocollo di intesa con il Comune di Roma per l'ospitalità temporanea di pazienti dimessi dall'AOSGA non aventi dimora;
- 5) azioni per corsi di formazione per i familiari dei pazienti fragili dal punto di vista sanitario che assumono ruolo di *caregiver* per la loro assistenza è in fase di implementazione la formazione rivolta ai *caregiver*;
- 6) pazienti con multicronicità: l'AOSGA prevede l'intervento di professionisti esperti (coordinatori, case manager, assistenti sociali, addetti all'ufficio accoglienza stranieri) che lavorando in team garantiscono l'umanizzazione del percorso assistenziale, adottando il Chronic Care Model e i principi dello Human Caring. Questo approccio consente di fornire cure umane e scientificamente fondate, focalizzandosi sui processi, sui fenomeni e sulle esperienze di cura.

L'invecchiamento della popolazione e l'afflusso al Pronto Soccorso dell'AOSGA, sede di DEA di II livello, di pazienti con età media avanzata e multiple comorbidità, hanno stimolato la creazione di percorsi di dimissione. Questi percorsi sono stati sviluppati sia per il proseguimento del percorso acuto direttamente dal Pronto Soccorso, sia per il percorso post-acuto dai reparti di degenza ospedalieri, in collaborazione con il territorio.

In Azienda per la valutazione tempestiva del paziente è implementata la scheda Brass informatizzata nella cartella clinica.

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

- 7) si è programmato e intrapreso il percorso per i pazienti affetti da Fibromialgia che rappresenta un problema reale che si lega al peggioramento della qualità di vita di chi ne è affetto e spesso ad alterazione dei rapporti familiari, a costi importanti per esami, visite, a nomadismo per la

ricerca di terapie con l'attività di un Ambulatorio dedicato presente presso il Complesso Santa Maria dell'Azienda San Giovanni-Addolorata;

- 8)** per garantire un percorso e un'assistenza dedicati alle persone con disabilità complessa e/o cognitivo-relazionale parzialmente o totalmente non collaboranti, è stato implementato il Centro Tobia, con l'intento di assicurare un equo accesso alle prestazioni sanitarie. Il Centro eroga percorsi diagnostico-terapeutici dedicati a pazienti con disabilità cognitive, relazionali o neuromotorie, come lo Spettro Autistico, la Sindrome di Down e altre condizioni complesse. L'iniziativa si propone di ridurre i ricoveri inappropriati e di diffondere una cultura dell'accoglienza, supportata da percorsi di formazione continua per il personale sanitario.

## 2.2 PERFORMANCE

---

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

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

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



Il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi aziendali si concretizza nella creazione di “valore pubblico” quale convergenza della complessiva finalizzazione della programmazione e controllo aziendale ovvero il miglioramento del livello di benessere sociale degli utenti destinatari dell'attività dell'AOSGA, facendo leva sui valori intangibili quali, ad esempio, la capacità organizzativa, le competenze delle sue risorse umane, la rete di relazioni interne ed esterne, la capacità di leggere il proprio territorio e di dare risposte adeguate, la tensione continua verso l'innovazione, la sostenibilità ambientale delle scelte, l'abbassamento del rischio di erosione del Valore Pubblico a seguito di trasparenza opaca (o burocratizzata) o di fenomeni corruttivi

La rappresentazione del legame tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi rispetto ai quali viene definito il valore pubblico prodotto è contenuta nell'albero della performance.

Il Ciclo di gestione della performance dell'organizzazione e dei suoi dipendenti, orienta l'AOSGA ad operare sempre più nell'ottica del risultato, della trasparenza delle azioni e del merito, attraverso un sistema di rendicontazione e valutazione dei risultati conseguiti nel rispetto del principio della trasparenza dell'azione amministrativa.

### 2.2.1. Il livello strategico

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

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



Per quanto attiene nello specifico l'area del governo clinico la Direzione Strategica per meglio monitorare i processi ha stabilito di individuare delle sub aree per attività di ricovero ordinario e diurno e per attività ambulatoriale

### Area governo clinico

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

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

### Area governo economico

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

### Area governo dei processi

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

Rispetto alle aree strategiche vengono definiti gli obiettivi strategici da conseguire, come qui di seguito riportati:

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

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

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

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



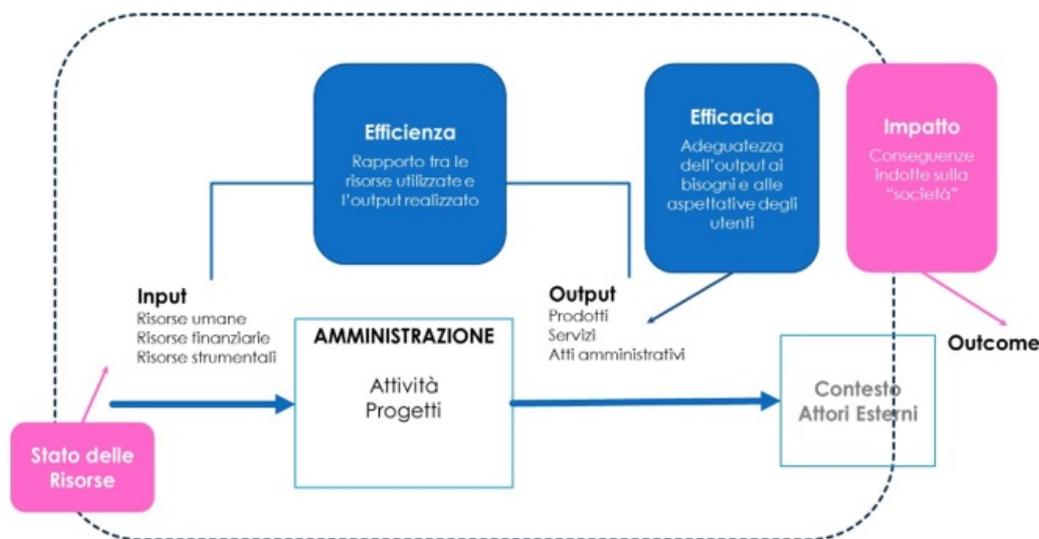
Nell'ambito delle singole aree e degli obiettivi strategici individuati a livello organizzativo vengono declinati specifici obiettivi operativi per i singoli CdR il cui valore complessivo corrisponde a 100.

### 2.2.2. Il livello organizzativo

La performance organizzativa è l'elemento centrale del Piano e la sua definizione è multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti da considerare sono: l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei

servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, D. Lgs. 150/2009).

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



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

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

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

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

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

### **Gli obiettivi operativi**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fermo restando l'obiettivo primario della sostenibilità economica l'AOSGA nel 2025 si troverà a dover implementare un nuovo Atto Aziendale, coerente con la DGR RL n 310/2024, in corso di valutazione presso la Regione Lazio (cfr. relazione BEP 2025) che le dovrebbe consentire di potenziare l'output e l'outcome, in termini di appropriatezza e qualità, dell'offerta clinica, nel rispetto del principio dell'efficacia dell'azione amministrativa.

La nuova organizzazione Aziendale è orientata, quindi, a garantire:

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

Per l'anno 2025, pertanto, sono stati individuati gli obiettivi operativi qui di seguito sinteticamente riportati:

- ✓ l'ottimizzazione delle tempistiche di attesa del PS, di quelle di presa in carico e di destinazione del paziente
- ✓ l'analisi dei fenomeni di allontanamento volontario del paziente dal Pronto Soccorso al fine di migliorarne la qualità del servizio
- ✓ il monitoraggio della qualità delle cure erogate mediante gli indicatori presenti nel Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari (P.Re.Val.E)
- ✓ l'incremento della produzione in regime di ricovero ordinario e diurno mediante il miglioramento della degenza media e del peso medio o l'aumento del numero dei dimessi
- ✓ l'efficientamento organizzativo delle sale operatorie

- ✓ l'incremento della produzione ambulatoriale al netto dell'analisi di impatto del nuovo CUR
- ✓ mantenimento e/o riduzione della degenza media preoperatoria per aumentare l'efficienza organizzativa
- ✓ attuazione di quanto previsto nel Piano Nazionale delle Liste di Attesa, per prestazioni di ricovero ordinario e diurno finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini
- ✓ rispetto del budget economico concordato mediante il monitoraggio del costo per farmaci e dispositivi
- ✓ rispetto tempistiche PNRR e art 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali, Giubileo
- ✓ predisposizione di agende per prestazioni intermedie dei servizi diagnostici e rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle stesse
- ✓ implementazione di nuovi applicativi per servizi diagnostici
- ✓ implementazione della scheda di assistenza infermieristica
- ✓ il controllo e contenimento infezioni ospedaliere
- ✓ la predisposizione, aggiornamento e implementazione di PDTA
- ✓ la valutazione per l'attivazione di un DH medico specializzato unico previa stesura di apposito regolamento

Inoltre nelle more del provvedimento di assegnazione degli obiettivi anno 2025 ai Direttori Generali, l'Azienda fa riferimento alla Deliberazione 8 agosto 2024, n 606 "Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del D. Lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2024" riservandosi di integrarli in sede di assegnazione di diversi obiettivi per l'anno 2025 da parte della Regione Lazio.

Gli obiettivi così definiti per l'AOSGA con la Deliberazione n. 606/2024:

N	Obiettivo
1	Emergenza PS/DEA
2	Piano nazionale delle liste di attesa prestazioni in ricovero ordinario o diurno
3	Tempi di pagamento
4	Concordamento anno 2025
5	Gestione della Piattaforma per il monitoraggio dei crediti commerciali
6	Attualizzazione del debito/credito scaduto
7	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 I.3.I (per la parte di competenza)
8	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali
9	Flusso informativo contratti di dispositivi medici
10	Flusso informativo consumi di dispositivi medici
11	Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)
12	Ricetta dematerializzata
13	Adozione del Piano Pandemico Aziendale per l'anno 2025

Saranno oggetto di declinazione in obiettivi operativi in sede di budgeting.

### 2.2.3. Il livello individuale

La valutazione del personale è un processo fondamentale per ogni Azienda, come l'AOSGA, che mira all'eccellenza, andando oltre gli aspetti "amministrativi" del personale ed il semplice giudizio su un lavoro ben fatto o meno, perseguendo quindi politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane.

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

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

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

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

La valutazione della performance, gestita mediante utilizzo di apposita piattaforma informatica e correlata anche al Sistema premiante della dirigenza e del comparto, è effettuata dal diretto superiore del valutato, in base a quanto disciplinato dai Protocolli applicativi per la gestione del Sistema di valorizzazione delle performance individuali ed indaga sul livello di produttività sia in termini di specifiche finalità individuali, che di comportamenti organizzativi assunti dai singoli dipendenti in chiave funzionale alle finalità dell'Azienda.

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



Oltre alla verifica della produttività individuale direttamente correlata al sistema di incentivazione, l'Azienda intende esaltare l'ultima dimensione fra quelle sopra richiamate, ossia la valutazione permanente dei contenuti di servizio espressi da ciascun dipendente, in quanto direttamente

correlata alle politiche di sviluppo del personale e capace di garantire una compiuta valutazione della professionalità dei singoli, quindi funzionale alla conferma degli incarichi degli stessi, alle dinamiche di carriera correlate all'esperienza professionale maturata, nonché all'analisi dei fabbisogni formativi, ai percorsi di crescita e professionalizzazione.

Per le finalità suddette, come del resto previsto anche dalla normativa nazionale della sanità pubblica, l'Azienda a partire dal presente esercizio (2025) intende recuperare una necessaria focalizzazione sul sistema di valutazione professionale, quindi integrando gli ordinari strumenti di programmazione e controllo delle performance, con schede valutative di prima istanza dedicate all'analisi di tipo sia professionale che gestionale dei livelli di servizio espressi.

In via coerente con tale finalità, l'AOSGA per l'anno corrente ha previsto di integrare i propri servizi digitali online con uno dedicato alla valutazione professionale e gestionale di prima istanza prevista dalla normativa contrattuale di riferimento, organizzato secondo le metodologie ed i contenuti valutativi previsti dalla relativa regolamentazione aziendale in materia.

Questa pratica permette di individuare talenti, sviluppare professionisti, prendere decisioni informate e allineare gli obiettivi Aziendali, contribuendo significativamente al miglioramento degli outcome.

È un processo sistematico in cui si misurano le prestazioni sul lavoro dei dipendenti, si identificano le loro risorse e carenze e si pianificano strategie di sviluppo professionale

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

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

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

Il *Continuous feedback* è un più moderno approccio alla valutazione del personale. Invece di concentrarsi su un'unica valutazione annuale, particolarmente efficace per promuovere la crescita e l'apprendimento continuo; aiuta a valutare il grado di possesso di queste competenze da parte di un dipendente e a identificare le skill che necessitano di ulteriore sviluppo. Questo modello può guidare lo sviluppo professionale, l'assegnazione di ruoli e le progressioni.

## 2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

---

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

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

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

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

- promuovere attività di revisione, aggiornamento e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi).



### 2.3.1. Analisi del contesto esterno/interno

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

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

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

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

Proprio per l'importanza economica che riveste tale settore è esposto sia al condizionamento improprio di interessi privati che all'infiltrazione della criminalità, anche mediante azioni e pratiche corruttive. Nel Lazio si conferma la coesistenza di numerose proiezioni extraregionali delle matrici mafiose tradizionali, che delineano un panorama criminale complesso all'interno del quale le organizzazioni autoctone e le compagini a prevalente composizione straniera rivestono un ruolo in progressiva crescita. Dai risultati emersi e dall'analisi dello scenario relativo al secondo semestre del 2023, giunge un'ulteriore conferma della complessità del contesto criminale romano, in cui organizzazioni mafiose radicate sul territorio e pericolose compagini autoctone, principalmente attive nei circuiti del narcotraffico, si dedicano stabilmente alla ricerca delle più sofisticate forme di cooperazione ed equilibrio pacifico, nella consapevolezza diffusa che a una riduzione dei contrasti corrisponde una massimizzazione di profitti e, al contrario, l'accentuarsi della conflittualità diminuirebbe sensibilmente le opportunità di guadagno e di ampliamento degli obiettivi prefissati (Relazione II semestre 2023 del Ministro degli Interni al Parlamento sull'attività della Direzione Investigativa Antimafia).

L'attività clinica, di studio e di ricerca svolta nelle Aziende Ospedaliere e nelle Università della capitale e l'utilizzo di tecniche innovative e mezzi all'avanguardia favorisce gli interessi delle multinazionali che svolgono le loro attività divulgative, di ricerca e conferimento incarichi di docenza, attraverso i professionisti sanitari, creando un *humus* favorevole al verificarsi di situazioni di conflitto di interessi potenziali o concrete.

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

### **Anno Giubilare 2025: 4,8 mld. di euro di investimenti e oltre 600 progetti**

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

Gli interventi riguardano molteplici aspetti della città:

1. **Riqualificazione e valorizzazione** (121 interventi per 717 mln. di euro) dei luoghi giubilari e dei beni culturali e dello spazio pubblico della città.
2. **Accessibilità e mobilità** (44 interventi per 545,7 mln. di euro), per favorire la mobilità a servizio dei luoghi giubilari e dell'intera città, con un'attenzione particolare alle aree periferiche, in modo da garantire una maggiore fruibilità dei principali snodi urbani da parte dei pellegrini, visitatori e cittadini.
3. **Accoglienza e partecipazione** (70 interventi per 222,8 mln. di euro), dedicata all'aumento delle strutture per l'accoglienza dei pellegrini e dei cittadini e all'organizzazione di grandi eventi legati all'Anno Santo.
4. **Ambiente e territorio** (24 interventi per 60 mln. di euro), volta alla riqualificazione e attivazione di interventi di cura del territorio, con particolare attenzione alle vie d'acqua e alle vie verdi della città.
5. **Programma Accoglienza** (66 interventi per 215,5 mln. di euro), che prevede l'ammodernamento delle ferrovie Roma-Lido e Roma-Viterbo, il rafforzamento del sistema di pronto soccorso e interventi di cybersecurity.
6. **Caput Mundi** (335 interventi per 500 mln. di euro) destinato a riqualificare e restaurare il patrimonio culturale e urbano e dei complessi di alto valore storico-architettonico della città di Roma.

(fonte Osservatorio PNRR e Giubileo ROMA)

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

### **Mappatura dei processi**

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

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

- tipologia di rischio inerente alle linee di attività di ciascuna struttura "mappata";
- grado di rischio rilevato;
- misure generali/obbligatorie e specifiche/ulteriori, atte a prevenire e a contenere il rischio medesimo.

Nella scheda di mappatura dei rischi di ogni struttura (Allegato 4), oltre ai dati sopra indicati, sono riportati i tempi di attuazione e la rendicontazione delle misure preventive. Il singolo Referente/titolare dell'incarico di struttura con la propria sottoscrizione assume la responsabilità della individuazione dei rischi di corruzione/*mala gestio* e assume la diretta responsabilità nell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nella scheda di rischio.

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

Il processo di snellimento delle mappature avviato nel corso del 2023 tramite un lungo e proficuo dialogo con i referenti del RPCT, è continuato durante il 2024, anche alla luce degli aggiornamenti normativi per quelle strutture coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi del PNRR, al fine di rendere più efficace l'applicazione delle misure per la riduzione/mitigazione del rischio corruttivo e non ingolfare l'attività di rendicontazione semestrale.

Le misure preventive - adottate dalle strutture esposte al fenomeno corruttivo e presenti nella Mappatura dei rischi - costituiscono oggetto di rendicontazione semestrale da parte dei Referenti per la prevenzione della corruzione nei confronti del RPCT. L'esito di tale monitoraggio rappresenta l'indice di efficacia delle azioni di prevenzione della corruzione già programmate e condivise e fornisce, al contempo, la base empirica per gli aggiornamenti della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza. Annualmente il RPCT redige una relazione sull'esito dell'attività svolta e la pubblica nella sezione di Amministrazione Trasparente "Altri Contenuti > Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza" (Allegato 5).

### **2.3.2. Valutazione del rischio**

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

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

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

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

- *Analisi preliminare del contesto*: raccolta di informazioni e di dati sui processi produttivi e/o sulle attrezzature e/o sui prodotti e/o sui materiali e/o sugli ambienti e/o servizi, ai fini dell'individuazione dei rischi;
- *Individuazione dei potenziali rischi*: mediante l'analisi delle informazioni raccolte nell'analisi del contesto, individuazione dei pericoli potenziali associati a ciascuna attività del processo.

L'associazione può avvenire secondo un approccio:

- pratico (dati storici, reclami, risultati ispettivi, indagini);
- teorico: brainstorming, diagrammi causa-effetto (Ishikawa diagram or Fishbone diagram), albero delle cause;

- *Analisi dei potenziali rischi*: descrizione dei comportamenti a rischio corruzione e declinazione delle relative categorie di eventi rischiosi;
- *Valutazione dei rischi*: stima della probabilità di accadimento e di impatto/effetto che può determinare, tenendo conto delle eventuali misure preventive già in essere, per ogni pericolo individuato.

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

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

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

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

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

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

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

La tecnica metodologica della FMEA permette di:

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

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

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

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

<b>IMPATTO</b> <b>PROBABILITA'</b>	<b>BASSO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
	<b>ALTO</b>	Medio	Alto
<b>MEDIO</b>	Basso	Medio	Alto
<b>BASSO</b>	Basso	Basso	Medio

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

**Rischio = Probabilità x Impatto**

**Legenda**

<b>PROBABILITA</b>	
<i>Bassa</i>	<i>Poco Probabile</i>
<i>Media</i>	<i>Probabile</i>
<i>Alta</i>	<i>Molto probabile</i>

<b>IMPATTO</b>	
<i>Bassa</i>	<i>Minore</i>
<i>Media</i>	<i>Soglia/accettabile</i>
<i>Alta</i>	<i>Serio</i>

**2.3.3. Trattamento del rischio**

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

In relazione alla loro portata possono definirsi:

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

**Misure generali/obbligatorie**

- elaborare la **Mappatura** dei processi e delle aree di attività maggiormente soggette al fenomeno corruttivo, in collaborazione con i Referenti delle singole strutture e il RPCT, per la condivisione di misure generali e specifiche correlate ai rispettivi processi;
- attivare un programma di **reportistica informatizzata** che i Referenti/Direttori delle strutture esposte al rischio-illegalità devono inviare con cadenza semestrale al RPCT, ai fini del monitoraggio e della rendicontazione, illustrando le specifiche misure adottate *de facto* nell'attività svolta (misure indicate nella distinta mappatura del rischio e/o eventuali misure aggiuntive);
- pubblicare nel sito web istituzionale entro il 31 gennaio di ogni anno, o altra data indicata dall'ANAC, la scheda – questionario in formato Excel, relativa all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPC per l'anno precedente (dal 2023 sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO) (Dal 1 gennaio 2024, considerato che la BDNCP assicura la pubblicazione dei dati individuati all'art. 28, co. 3, del nuovo codice, tra cui quelli già previsti dall'art. 1, co. 32, della legge 190/2012 pertanto abrogato dal nuovo codice, l'Autorità chiarisce

che, con nota del 10 gennaio 2024, non è più prevista, per alcuna procedura contrattuale, la predisposizione del file XML e l'invio ad ANAC della PEC, entro il 31 gennaio).

- sul piano operativo, assicurare coordinamento e dialogo tra uffici e relative banche dati, soprattutto per esigenze di collaborazione con il RPCT;
- sul piano regolamentare, attuare un concreto raccordo tra i piani Aziendali (PTPCT, piano della performance, piano della formazione, piano delle azioni positive, piano triennale del fabbisogno, Piano Organizzativo del Lavoro Agile) per l'aggiornamento e il miglioramento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione e addivenire ad una pianificazione coerente e condivisa;
- assicurare la massima diffusione del PTPCT contenuto nel PIAO attraverso l'informativa alle OO.SS., la consultazione preventiva dell'O.I.V. e delle Associazioni e/o Organizzazioni portatrici degli interessi collettivi; la pubblicazione del documento nel sito web istituzionale (*Internet* e *Intranet*, valore di notifica) per la generalità dei dipendenti, dell'utenza e di tutti coloro che abbiano interesse a contribuire al miglioramento del Piano;
- effettuare verifiche a campione, d'ufficio o su segnalazione, secondo le modalità delle autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive di atto notorio, presentate da soggetti esterni o dai dipendenti ai sensi degli artt. 46 e 47, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.. Le modalità per l'esecuzione della verifica sono quelle notoriamente dettate dall'art. 71 del medesimo D.P.R. I controlli possono avere carattere preventivo o successivo, rispetto all'adozione del provvedimento finale, e debbono essere eseguiti in tutti gli ambiti di attività in cui vengano ricevute autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive (a titolo esemplificativo, per approvvigionamenti e gare, assunzione di personale, riconoscimento di pregresso stato giuridico dei dipendenti, autorizzazione di attività *extra*-istituzionale, riconoscimento di benefici giuridici ed economici, concessione di sussidi o sovvenzioni, ecc.), particolarmente nelle aree soggette a maggior rischio di corruzione come individuate *ex lege* (art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012);
- aggiornare periodicamente la specifica modulistica da utilizzare per regolare i potenziali casi di conflitto di interessi nei procedimenti caratterizzati dal rischio-corruzione, per acquisire preventivamente dai dipendenti, all'atto di assegnazione all'ufficio, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza del conflitto di interessi per la nomina delle commissioni di concorso. Tutti i modelli di dichiarazione di conflitto di interesse sono pubblicati sul portale Aziendale -modulistica- modelli di assenza conflitto di interesse e patti di integrità. La modulistica è reperibile al seguente link intranet Aziendale <https://intranet.hsangiovanni.roma.it/104013253-modulistica-1.html>;
- istituire, soprattutto nelle strutture a maggior rischio corruttivo, un registro dei conflitti di interesse contenente tutte le dichiarazioni di assenza e/o presenza di situazioni di conflitto di interessi per incarichi individuali, consenziali o in commissioni di concorso o di gara. Il registro consente una completa, corretta e tempestiva tracciatura dei conflitti di interesse agevolando le attività di vigilanza e controllo (soprattutto per quelle strutture a cui sono stati assegnati obiettivi PNRR);
- gestire la procedura informatizzata per l'istituto del c.d. *Whistleblowing* o *Segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti*, caratterizzata da una tutela rinforzata della riservatezza, ai sensi dell'art. 54-bis del D. Lgs.n.165/2001 e s.m.i. e modificato dalla legge 30.11.2017 n. 179 (*cf. par. 1.8.2*); nel 2024 sarà attivata la nuova piattaforma *Whistleblowing*, per la quale è in corso di aggiornamento il regolamento; sostenere il canale comunicativo con l'esterno già attivato parallelamente dalla U.O.S.D. U.R.P.; utilizzo Linee guida ANAC (Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del D. Lgs.165/2001- Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 - Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative

nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne.); implementazione delle misure operative come indicato nel PNA 2022;

- dare attuazione al c.d. “divieto di *Pantouflage o Revolving doors*”. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, co. 2, D. Lgs.n. 165/2001 il divieto si applica:
  - ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
  - ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato
  - ai titolari degli incarichi di cui all’art. 21 del D. Lgs.39/2013

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

In coerenza con la finalità dell’istituto in argomento quale presidio anticorruzione, nella nozione di dipendenti della pubblica amministrazione sono da ricomprendersi anche i titolari di uno degli incarichi di cui all’art. 21 del D. Lgs.39/2013. Sono, infatti, assimilati ai dipendenti della PA anche i soggetti titolari di uno degli incarichi previsti dal D. Lgs.n. 39/2013 espressamente indicati all’art. 1, ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni e esterni, gli incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico.

Per il triennio 2025-2027 il RPCT farà riferimento alle misure operative contenute nel PNA vigente e relativi aggiornamenti:

- attuare la rotazione del personale, quale misura di carattere preventivo e successivo, qualora possibile;
- introdurre i *Patti di integrità per l’affidamento di commesse* negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito - predisposti dalle UU.OO. istituzionalmente legittimate con l’espresso avviso che il mancato rispetto delle clausole in essi contenute è causa di esclusione dalla gara, ex art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012, il cui modulo è disponibile ai seguenti link:

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

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

- assicurare il principio della rotazione degli affidamenti a ogni tipologia di fornitore
- attuare la formazione del personale, generica e specifica (sulle materie istituzionali nonché sulla normativa anticorruzione ad esse applicata), individuando annualmente i nominativi del personale da destinare a specifico aggiornamento, d’intesa tra i Referenti per la prevenzione della corruzione e il RPCT e i dirigenti;
- assicurare gli adempimenti sulla Trasparenza, con pubblicazione nel sito web istituzionale dei dati sui provvedimenti adottati dall’Amministrazione nelle aree prescritte dal legislatore (art.1, comma 16, L. n. 190/2012); alimentare periodicamente la pubblicazione delle informazioni prescritte dal D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, nella sezione del sito web Aziendale denominata “Amministrazione Trasparente” o secondo le prescrizioni della presente sezione e nella Griglia contenente gli obblighi di pubblicazione (Allegato 6). Quanto sopra finalizzato a consentire il controllo sulle decisioni Aziendali da parte dei soggetti esterni e, in modo particolare, sulle attività più esposte al rischio di corruzione, ex art. 1, comma 9, lett. b), della L. n. 190/2012;
- monitorare l’effettivo rispetto dei termini procedurali nelle strutture organizzative, a cura dei Referenti, con progressiva eliminazione delle anomalie (art. 1, co. 28, L. n.190/2012) e con giustificazione di eventuali scostamenti/deroghe in sede di rendicontazione semestrale;
- garantire la completa tracciabilità dei processi e dei procedimenti amministrativi nonché l’accesso telematico ai dati mediante l’informatizzazione degli stessi, con monitoraggio da parte

dei Referenti, per fornire tempestivamente ai richiedenti/aventi diritto le notizie sullo stato di avanzamento, sui tempi, sul nominativo del responsabile del procedimento, ivi compresa l'indicazione dell'indirizzo-PEC Aziendale per le comunicazioni, oppure fornendo agli aventi diritto i riferimenti per il collegamento ipertestuale ai provvedimenti già pubblicati nel sito web istituzionale. Ciò concorrerà a potenziare sia l'apertura dell'Amministrazione verso l'esterno, anche per via telematica, sia le forme di controllo diffuso sull'attività istituzionale da parte dell'utenza;

- assicurare la trattazione dei procedimenti in ordine cronologico, salvo eccezionali ragioni, onde evitare possibili favoritismi da parte del personale preposto;
- garantire la verbalizzazione degli incontri di lavoro, al fine di ufficializzarne i contenuti e gli accordi e di consentire la tracciabilità dei processi;
- obbligo del rispetto e applicazione del codice di comportamento adottato con deliberazione n. 730/DG del 02.08.2018 e aggiornamento ex D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023 trasmesso a tutto il personale in data 24 luglio 2023 con valenza di notifica. Il Regolamento è in vigore a decorrere dal 14 luglio 2023 ed introduce importanti novità, fra cui una "sezione" dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici (n.d.r. è in fase di adozione il nuovo codice aggiornato ai sensi di legge).
- decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della L. n. 190 del 2012);
- rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali;
- rispetto e applicazione di tutte le disposizioni Aziendali emanate ed emanande.

### **Misure specifiche/ulteriori**

- condurre verifiche periodiche sulle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà rilasciate dai dipendenti; adottare specifica modulistica per gli incarichi extra-istituzionali da essi svolti al di fuori dell'orario di servizio e soggetti ad autorizzazione datoriale ex art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.; pubblicare in forma aggregata (elenco massivo) i dati delle autorizzazioni già definite, in apposita sezione del sito web istituzionale;
- intensificare la collaborazione tra RPCT, DPO, Controllo Interno, ICT, Programmazione e Controllo e U.R.P. e, in particolare, continuare a sostenere presso l'U.R.P. l'apposito canale di comunicazione istituito per acquisire eventuali segnalazioni della cittadinanza su presunti episodi di corruzione e/o conflitto di interessi, da trasmettere tempestivamente al RPCT per l'istruttoria;
- adottare Regolamenti/Codici interni e adeguare alla normativa anticorruzione quelli già esistenti, anche al fine di disciplinare le attività istituzionali secondo criteri oggettivi e predeterminati, atti a contenere la discrezionalità e ad eliminare eventuali episodi di 'favoritismo';
- regolare l'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato;
- dare informazione della disciplina nazionale e Aziendale -in tema di prevenzione della corruzione- al personale di nuova assunzione o immesso in servizio a seguito di mobilità, mediante esibizione della normativa o più semplicemente attraverso l'indicazione dei *links* per la consultazione informatica dei testi normativi, con informazione dell'esistenza in Azienda dell'Ufficio del Responsabile Aziendale per la prevenzione della corruzione; continuare a richiamare la disciplina anticorruzione (la L. n. 190/2012, il PTPCT 2022-2024, il PTPCT 2023-

2025- Sezione Rischi Corruttivi e trasparenza del PIAO- il Codice di comportamento) nei contratti individuali di lavoro di nuova stipulazione;

- applicare il codice di comportamento Aziendale adottato con deliberazione n. 730/DG del 02 agosto 2018, tenuto conto delle linee guida ANAC di cui alla deliberazione 358 del 29 marzo 2017 avente ad oggetto: *“Linee guida per l’adozione del codice di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”*, delle modifiche apportate dal legislatore e come richiamato dal PNA 2022 (n.d.r. è in fase di adozione il nuovo codice aggiornato ai sensi di legge);
- condurre verifiche sulla ricorrenza delle situazioni di incompatibilità e di inconferibilità, all’atto del conferimento di un incarico, come descritte nel D. Lgs. n. 39/2013, per il quale è stato predisposto apposito modello di dichiarazione (allegati 6 G- 6H al PTPCT 2017/2019, PNA 2022-2024 e in fase di aggiornamento). In proposito si prende atto delle indicazioni fornite dall’ANAC con la Delibera n.149 del 22.12.2014, che è interpretativa del D. Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario e modificativa del parere rilasciato con Delibera n. 58/2013 dall’ex Civit. Il RPCT farà riferimento costante al modello operativo proposto nel PNA 2022;
- aderire agli obblighi di pubblicazione in attuazione del D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, delle linee guida attuative e come indicato nella Griglia allegata al presente PIAO, al PNA 2022, agli aggiornamenti del PNA 2023, all’allegato I alla delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 (Allegato 7) e ss.mm.ii.

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

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

- verifica sul sistema di svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo - contabili previsti dalla normativa vigente;
- misure ex ante di prevenzione e contrasto dei conflitti di interesse;
- verifica sul titolare effettivo;
- misure per il rispetto delle condizionalità specifiche, del principio DNSH, dei principi trasversali PNRR e di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto compreso l’eventuale contributo all’indicatore comune.

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

#### **2.3.4. Programmazione e attuazione della trasparenza**

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

Ai sensi dell’art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 nella sezione “Amministrazione Trasparente” si indicano i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione e alla pubblicazione di tali dati. Nella griglia di rilevazione degli obblighi per la pubblicazione, allegata al presente documento (Allegato 6), sono indicati i nominativi dei soggetti e degli uffici responsabili tenuti a tale adempimento.

In particolare nella griglia allegata al presente Piano:

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

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

Al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, come individuati nell'Allegato 6, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati. Svolge stabilmente un'attività di controllo assicurando, ai sensi dell'art. 43, c. 1 D. Lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

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

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

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

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

Elemento essenziale della programmazione degli obiettivi di trasparenza è la pubblicazione della Griglia contenente gli obblighi di pubblicazione messa disposizione dall'ANAC e la costante attuazione di tali obblighi. Nella griglia sono indicati i nominativi o i responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. Nella griglia di rilevazione degli obblighi (Allegato 6) non potrà mancare, per ciascun obbligo, l'espressa indicazione dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate

attività. È previsto che chi detiene il dato sia anche colui che lo elabora e lo trasmette per la pubblicazione o che lo pubblica direttamente nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente". L'individuazione dei responsabili delle varie fasi del flusso informativo è anche funzionale al sistema delle responsabilità previsto dal D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016.

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

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

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

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

Più recentemente l'ANAC con delibera n. 495 del 25 settembre 2024 (Allegato 8) ha approvato nuovi schemi di pubblicazione così da favorire enti e amministrazioni nella gestione della sezione "Amministrazione Trasparente" dei portali istituzionali, semplificando le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione.

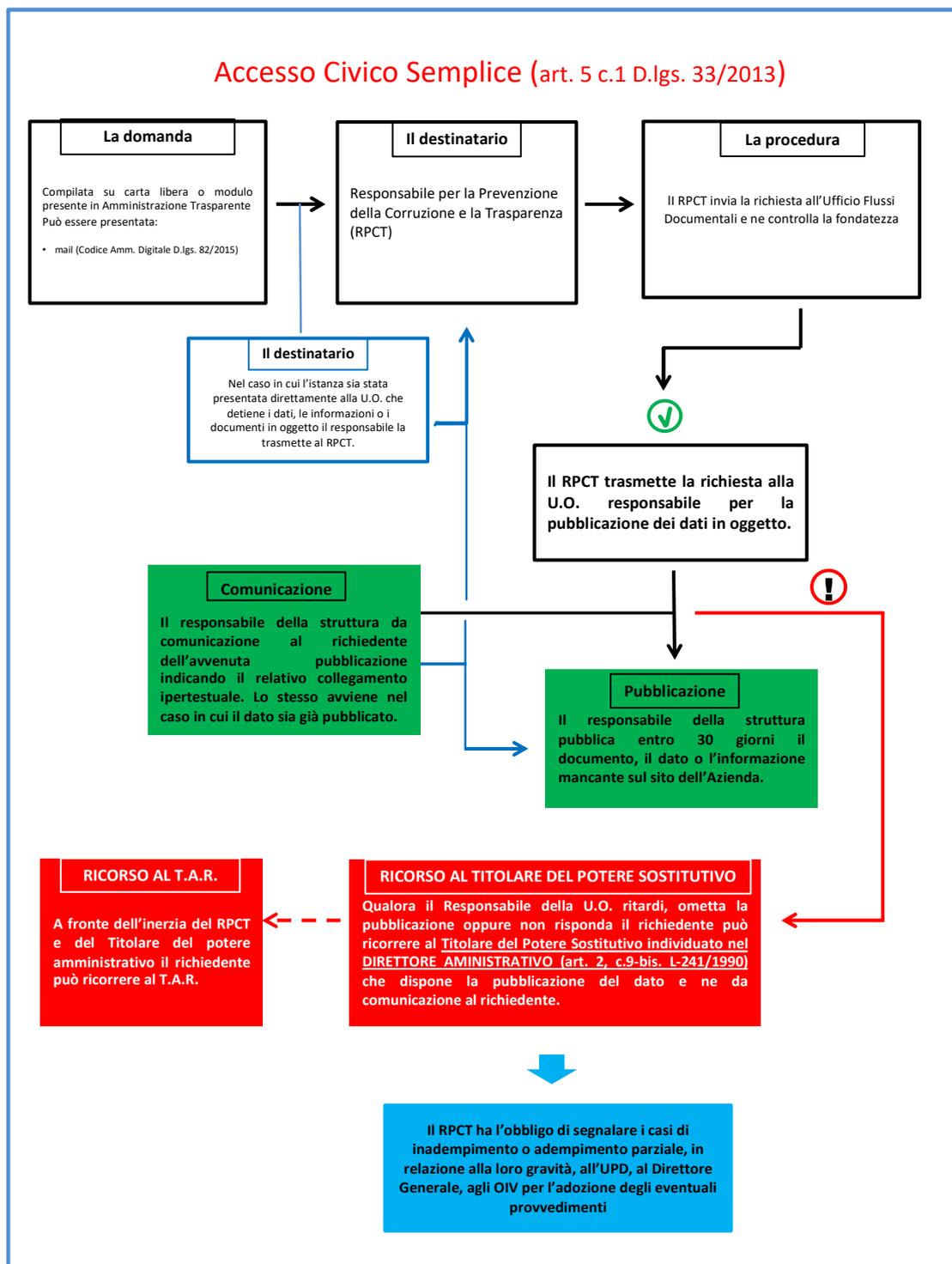
L'Azienda pertanto implementerà nei primi mesi del 2025, in collaborazione con la società DigitalPA che gestisce il software della trasparenza e in relazione alla propria finalità di Azienda ospedaliera, i nuovi schemi di pubblicazione approvati dall'Autorità e allegati al presente documento.

Tre sono i nuovi schemi approvati e riguardano i seguenti temi: utilizzo delle risorse pubbliche (Allegato 9); organizzazione delle pubbliche amministrazioni (Allegato 10); controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione (Allegato 11).

Per quanto disposto da ANAC, le amministrazioni e gli enti, alla luce delle necessità manifestate per l'adeguamento dei propri sistemi, avranno a disposizione un periodo transitorio di dodici mesi per procedere all'aggiornamento delle relative sezioni in "Amministrazione Trasparente". I dati dovranno poi essere pubblicati secondo i nuovi modelli adottati da ANAC e pubblicati sul sito dell'Autorità (Allegati 9-11). Insieme ai nuovi schemi, sono pubblicate anche delle "Istruzioni operative" (Allegato 12), con raccomandazioni per l'inserimento dei dati nelle diverse sottosezioni di "Amministrazione trasparente" secondo le schede predisposte da ANAC.

### **Accesso civico (art. 5, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)**

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



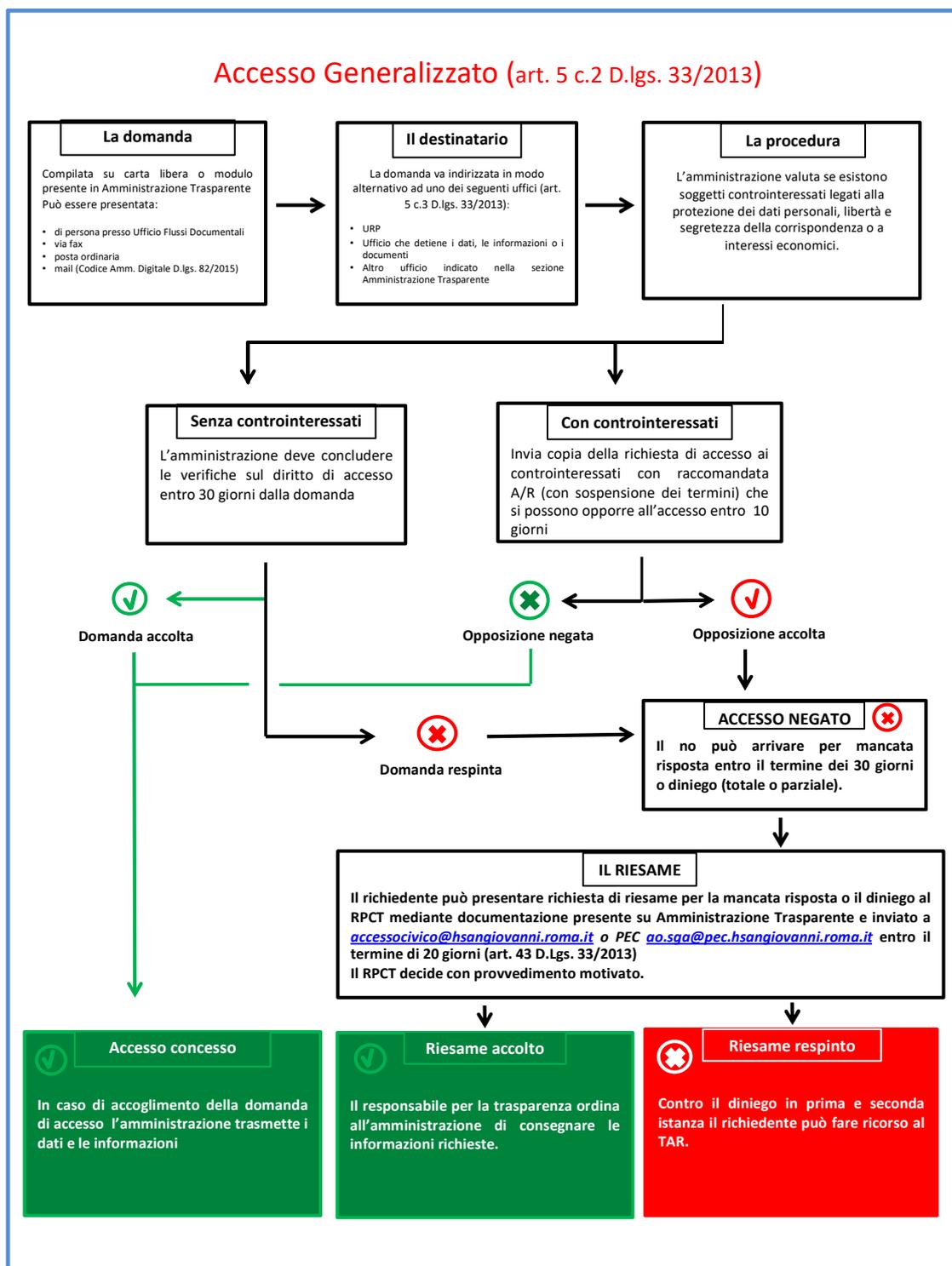
**Flowchart accesso civico "semplice"**

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

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

Trattasi, dunque, di dati e documenti in relazione ai quali pur non sussistendo alcun obbligo di pubblicazione in capo alla Pubblica Amministrazione, quest'ultima è comunque tenuta a fornirli

al richiedente, ove ne venga fatta apposita istanza, sempre che ciò avvenga nel rispetto dei limiti espressamente sanciti dal co. 5 bis del decreto *de quo*.



**Flowchart accesso civico generalizzato**

Il Consiglio di Stato (Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 10 del 2020) ha ritenuto applicabile il FOIA (*Freedom of Information Act*) agli atti delle procedure di gara, anche con riferimento alla fase esecutiva del contratto. Ciò fatte salve le verifiche della compatibilità con le

eccezioni relative di cui all'art. 5-bis, co. 1 e 2, del D. Lgs. n. 33/2013, a tutela di interessi pubblici e privati, nel bilanciamento tra il valore della trasparenza e quello della riservatezza.

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

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

### **Accesso documentale (L. 07.08.1990, n. 241 e s.m.i.)**

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

Il diritto di accesso si esercita da parte di tutti i soggetti, cittadini italiani e non, maggiori di età ed emancipati, che abbiano un interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione

giuridicamente tutelata (di norma qualificata come diritto soggettivo o interesse legittimo) collegata al documento del quale si richiede l'accesso. Tale diritto compete, altresì, ad associazioni, enti, comitati (nella persona del legale rappresentante), portatori di interessi pubblici, diffusi o collettivi, che abbiano un interesse diretto, concreto ed attuale a prendere visione o estrarre copia di documenti amministrativi.

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

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

L'esercizio del diritto di accesso, nelle fattispecie descritte nei paragrafi precedenti, è regolamentato con deliberazione n. 202 del 21/02/2024 "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso, dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato ai documenti amministrativi dell'Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni Addolorata. approvazione ed adozione degli atti conseguenti" pubblicato nel sito web nella sezione "Amministrazione Trasparente – Disposizioni generali – Atti generali – Atti amministrativi generali e Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Accesso civico".

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

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

### **Trasparenza nei contratti pubblici**

Dopo il 1° luglio 2023 la disciplina dei contratti pubblici ha subito una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne in modo significativo l'assetto.

L'entrata in vigore il 1° aprile 2023, con efficacia dal successivo 1° luglio 2023, del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al D. Lgs. n. 36/2023 (nel seguito, anche "nuovo Codice") e la conferma

di diverse norme derogatorie contenute nel D.L. n. 76/2020 e nel D.L. n. 77/2021 riferite al D. Lgs. 50/2016 (nel seguito, anche “vecchio Codice” o “Codice previgente”), hanno determinato un nuovo quadro di riferimento, mantenendo alcuni istituti e novità introdotte negli ultimi anni.

Dall’assetto normativo di cui sopra ne discende che:

- le procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. “procedimenti in corso”, saranno disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, D. Lgs. n. 36/2023);
- le procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, saranno disciplinate dal nuovo Codice;
- le procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, saranno disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel D.L. n. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.
- dal 1 gennaio 2024 le disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici recate dalla Parte II del Codice, ovvero dagli artt. 19 e ss. D. Lgs. n. 36/2023, decorre dal 1° gennaio 2024, come fattore, tra l’altro, di standardizzazione, di semplificazione, di riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure;
- le norme in materia di qualificazione delle stazioni appaltanti di cui agli artt. 62 e 63, D. Lgs. n. 36/2023.

Dall’aggiornamento del PNA 2023 e di quanto presente nella Parte Speciale del PNA 2022 2023 ne deriva che:

- ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229) si applica il PNA 2022;
  - ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l’eccezione degli istituti non regolati dal D.L. n. 77/2021 e normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica il presente Aggiornamento 2023, si applica il PNA 2022;
  - ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3, si applica l’Aggiornamento 2023.

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

- le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l’ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al D. Lgs. n. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell’art. 224, co. 4 del Codice, dell’art. 37 del D. Lgs. n. 33/2013 rubricato “Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture” con il seguente:  
“1. Fermo restando quanto previsto dall’articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le

informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della L. 21 giugno 2022, n. 78.

2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori.”

che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del D. Lgs. n. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;

- che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della L. n. 190/2012.

Infine di seguito un riferimento ai provvedimenti dell'Autorità in materia di obblighi di pubblicazione e le modalità di attuazione degli stessi a decorrere dal 1°gennaio 2024:

- la deliberazione ANAC n. 261 del 20 giugno 2023 recante “Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale” ossia le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche;
- la deliberazione ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 recante “Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e relativo allegato 1);
- la deliberazione n. 582 del 13 dicembre 2023 - Adozione comunicato relativo avvio processo digitalizzazione;
- la deliberazione n. 601 del 19 dicembre 2023 Modificazione ed integrazione della Delibera n. 264 del 20 giugno 2023 “Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33” (Allegato 13).

In particolare, nella deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del D. Lgs. n. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;

- con la pubblicazione in “*Amministrazione Trasparente*” del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell’Allegato 1) della delibera ANAC n. 264/2023 e successivi aggiornamenti.

Fattispecie	Pubblicità trasparenza
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella “ <i>Sezione Amministrazione trasparente</i> ” sottosezione “ <i>Bandi di gara e contratti</i> ”, secondo le indicazioni ANAC di cui all’All. 9) al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull’avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d’intesa con il MIT, ha adottato con <a href="#">Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023</a> .
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

**Tabella riassuntiva degli obblighi di pubblicazione della trasparenza transitoria e a regime**

A partire dal 1 gennaio 2024 (art. 3 del. n. 264 e s.m.i.)

1. Al fine di assolvere gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di cui all’articolo 37 del decreto trasparenza, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti comunicano tempestivamente alla BDNCP, ai sensi dell’articolo 9-bis del citato decreto, tutti i dati e le informazioni, individuati nell’articolo 10 del provvedimento di cui all’articolo 23 del codice;
2. La trasmissione dei dati alla BDNCP è assicurata dalle piattaforme di approvvigionamento digitale di cui agli articoli 25 e 26 del codice secondo le modalità previste nel provvedimento di cui all’articolo 23 del codice. Ai fini della trasparenza fanno fede i dati trasmessi alla BDNCP per il tramite della PCP;
3. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono sul sito istituzionale, nella sezione “*Amministrazione trasparente*”, un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all’intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP secondo le regole tecniche di cui al provvedimento adottato da ANAC ai sensi dell’articolo 23 del codice. Tale collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell’ente concedente ed assicura la trasparenza dell’intera procedura contrattuale, dall’avvio all’esecuzione;
4. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti pubblicano nella sezione “*Amministrazione Trasparente*” del proprio sito istituzionale gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP e che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell’Allegato I relativo alla suddetta delibera.

**Qualità della pubblicazione** (art. 4 del. n. 264/2023 e s.m.i.)

I dati e le informazioni sono pubblicati dalla BDNCP, dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti nel rispetto dei criteri di qualità, espressamente indicati dal legislatore all’articolo 6 del decreto trasparenza, ovvero integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

### **Durata della pubblicazione** (art. 5 del. n. 264/2023 e s.m.i.)

I dati, gli atti e le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto trasparenza rimangono pubblicati in BDNCP e nella sezione “Amministrazione trasparente” della stazione appaltante e dell’ente concedente per un periodo almeno di cinque anni e, comunque, nel rispetto delle previsioni dell’articolo 8, comma 3, del decreto trasparenza.

### **Accesso civico semplice** (art. 6 del. n. 264/2023 e s.m.i.)

In caso di mancata pubblicazione dei dati, atti e informazioni nella BDNCP o in “Amministrazione Trasparente” della stazione appaltante e dell’ente concedente si applica la disciplina sull’accesso civico semplice di cui all’articolo 5, comma 1, decreto trasparenza.

Nel caso in cui sia stata omessa la pubblicazione nella BDNCP, la richiesta di accesso civico di cui al comma 1 del presente articolo è presentata al RPCT della stazione appaltante/ente concedente al fine di verificare se tale omissione sia imputabile ai soggetti tenuti all’elaborazione o trasmissione dei dati secondo quanto previsto nella sezione, denominata “Sezione della trasparenza”, del PTPCT o nella sezione “Anticorruzione e trasparenza” del PIAO, ai sensi dell’articolo 10 del decreto trasparenza.

Ove sia appurato che la stazione appaltante/ente concedente abbia effettivamente trasmesso i dati alla BDNCP per il tramite della PCP, la richiesta di accesso di cui al precedente comma è presentata al RPCT di ANAC, in qualità di amministrazione titolare della BDNCP.

### **Accesso civico generalizzato** (art. 7 del. n. 264/2023 e s.m.i.)

Alla scadenza del termine di durata dell’obbligo di pubblicazione, la BDNCP, la stazione appaltante e l’ente concedente, per quanto di rispettiva competenza, sono tenuti a conservare e a rendere disponibili i dati, gli atti e le informazioni al fine di soddisfare – in conformità all’articolo 35 del codice - eventuali istanze di accesso civico generalizzato ai sensi dell’articolo 5, comma 2, del decreto trasparenza.

### **Responsabilità e sanzioni** (art. 8 del. n. 264/2023 e s.m.i.)

Per i dati, informazioni e atti da comunicare alla BDNCP o da pubblicare solamente in “Amministrazione trasparente”, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti individuano, nei propri Piani di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, i soggetti responsabili cui spetta l’elaborazione, la trasmissione e/o la pubblicazione di atti, dati e informazioni, ai sensi dell’articolo 10, comma 1, del decreto trasparenza.

Ai fini dell’individuazione delle responsabilità per l’inadempimento anche parziale della pubblicazione dei dati in “Amministrazione trasparente” si applicano gli articoli 43 e 46 del decreto trasparenza.

L’inadempimento degli obblighi di trasmissione alla BDNCP è sanzionato secondo quanto indicato nel provvedimento di cui all’articolo 23 del codice. Quando la mancata trasmissione alla BDNCP dipenda dal soggetto responsabile dell’elaborazione dei dati e delle informazioni come individuato ai sensi del comma 1, si applicano gli articoli 43 e 46 del decreto trasparenza.

### **Trasparenza e PNRR**

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3.5. Piano normativo di riferimento anticorruzione e trasparenza**

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

- L. n. 190/2012;
- L. n. 114/2014, modificativa dell'art. 54-bis, D. Lgs. n. 165/2001;
- D. Lgs. n. 165/2001 (T.U. sul pubblico impiego);
- D. Lgs. n. 39/2013;
- D. Lgs. n. 33/2013, modificato dal D. Lgs. n. 97/2016;
- Circolare n. 1/2013;
- Circolare n. 6/2014 del Dipartimento Funzione Pubblica;
- Delibera n. 149 del 22.12.2014, emessa dall'ANAC;
- D. Lgs. n. 163/2006;
- L. n. 69/2015;
- L. n. 124/2015;
- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 ANAC;
- Deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016;
- Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2 del D. Lgs. 33/2013 – Art. 5-bis, comma 6, del D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013 recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" approvate con Deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016 dell'ANAC;
- Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016 approvate con Deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 dell'ANAC;
- schema di "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D. Lgs. n. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali" come modificato dall'art. 13 del D. Lgs. n. 97/2016" attualmente in consultazione sul sito ANAC;

- Determinazione dell'ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 recante «Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblowing);
- Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019;
- Delibera ANAC n. 382 del 12 aprile 2017;
- Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019;
- Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021;
- D.L. 31 dicembre 2020 n. 18 (convertito con modificazioni dalla L. 26 febbraio 2021, n.21);
- D.L. 30 dicembre 2021, n. 228;
- D.L. 9 giugno 2021, n. 80 (conv. con L. 6 agosto 2021, n. 113);
- Delibera ANAC n.158 del 30 marzo 2022;
- Delibera ANAC n. 1 del 12 gennaio 2022; Documento “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022 (Approvato dal consiglio dell’Autorità in data 02/02/2022).
- DECRETO 30 giugno 2022, n. 132
- PNA 2022 e relativi allegati approvato con delibera n.7 del 17.01.2023  
Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori Vers. 1.0 (agosto 2022)  
Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del D. Lgs.165/2001-delibera n. 469 del 9 giugno 2021 “Regolamento per l’esercizio della funzione consultiva svolta dall’Autorità nazionale anticorruzione ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, al di fuori dei casi di cui all’art. 211 del decreto stesso”.
- 55 Cfr. PNA 2019, Parte III § 1.8 “Divieti post-employment (pantouflage)” che sarà aggiornato dalle LLGG in corso di elaborazione.
- Decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”.
- DPCM del 20 giugno 2023 “Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l’inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati”;
- Aggiornamento PNA 2023 Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023;
- Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all’articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante “Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l’integrazione con i servizi abilitanti l’ecosistema di approvvigionamento digitale”;
- Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii., Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante “Individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33” e il relativo allegato;
- Decreto legislativo 13 dicembre 2023 n. 222 “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l’inclusione e l’accessibilità, in attuazione dell’articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227”;
- Deliberazione n. 1053/DG del 19.12.2020 (in attesa di nuovo regolamento);

- Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023 - Adozione comunicato relativo avvio processo digitalizzazione;
- Delibera n. 202 del 21/02/2024 “Regolamento per l’esercizio del diritto di accesso, dell’accesso civico e dell’accesso civico generalizzato ai documenti amministrativi dell’Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni Addolorata”;
- Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 “Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi”.

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

Per la consultazione via Internet:

- Amministrazione Trasparente
- Casella Whistleblowing:
- Accesso Civico
- Registro degli accessi
- Autorità Nazionale Anticorruzione
- Dipartimento della Funzione Pubblica-Portale PIAO
- Banca Dati dei Contratti Pubblici (BDNCP) ANAC
- Regolamento accesso civico
- Modulistica Patto di integrità

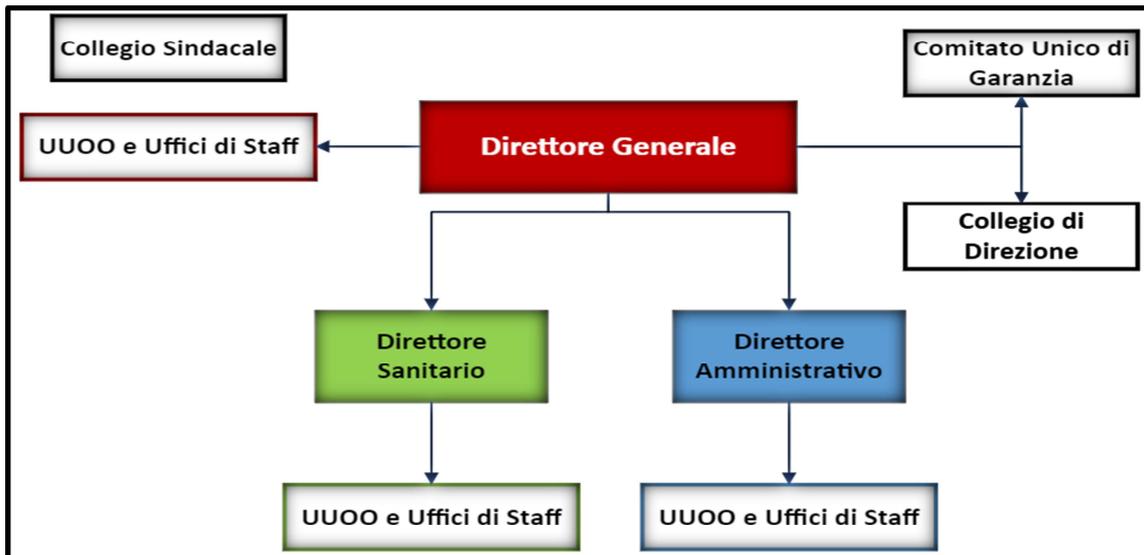
## **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

---

## 3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

### 3.1.1. Organigramma

Di seguito si riporta l'articolazione dell'AOSGA secondo quanto previsto dalla proposta di Atto Aziendale a seguito della DGR n 310 del 02 maggio 2024, attualmente in fase di valutazione regionale:



### 3.1.2. La Direzione Strategica

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

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

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

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

La Direzione Strategica rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione Aziendale", con gli organismi istituzionali regionali e nazionali. Funzione prioritaria della Direzione Strategica dell'Azienda è il

coordinamento delle principali attività sanitarie ed amministrative Aziendali in attuazione delle strategie e dei programmi Aziendali, in particolare:

l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;

l'organizzazione Aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;

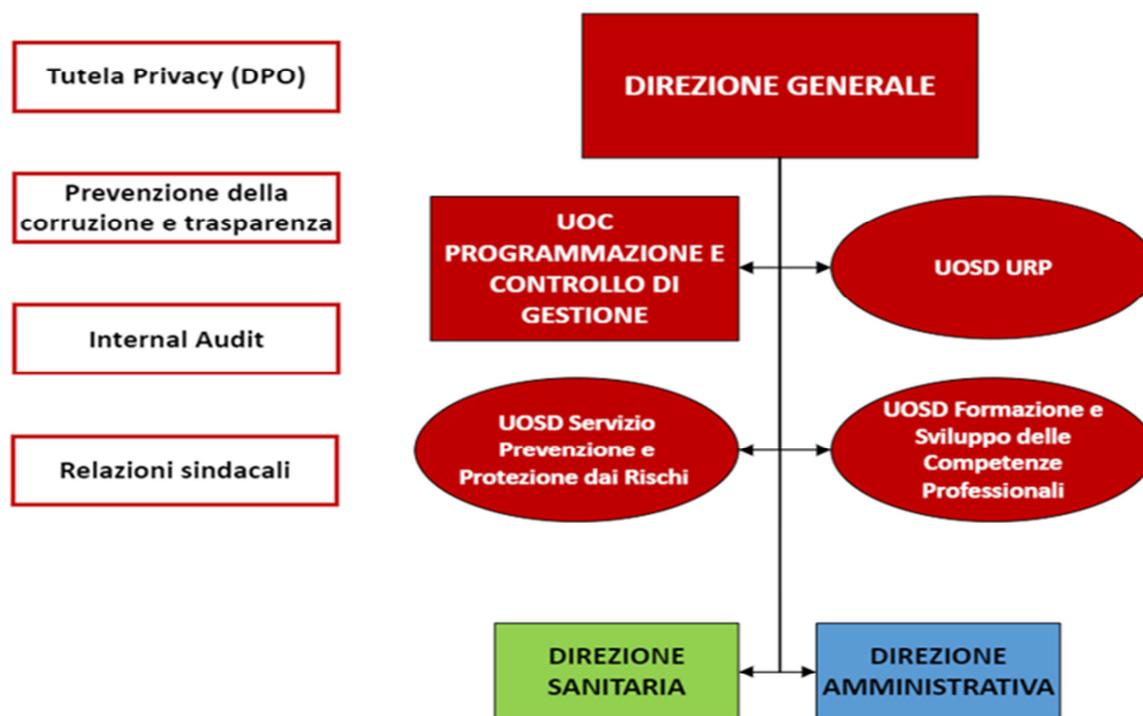
la pianificazione delle risorse e degli investimenti;

il governo delle relazioni interne ed esterne;

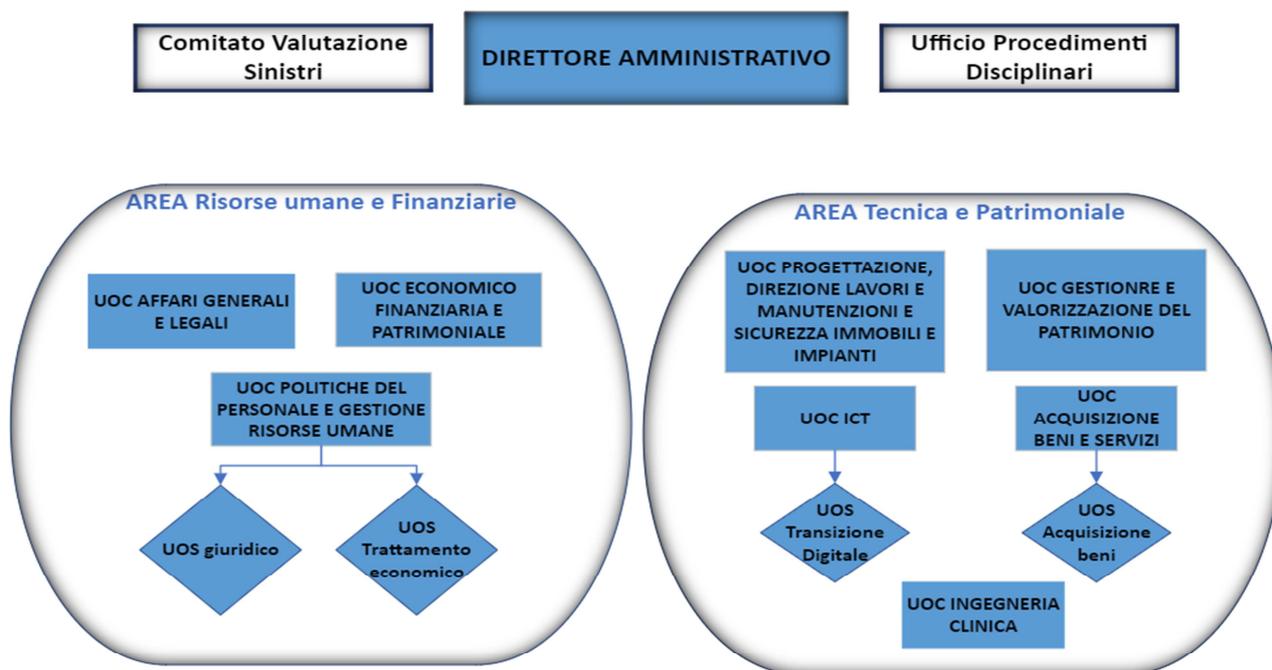
la garanzia della sicurezza e la prevenzione.

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

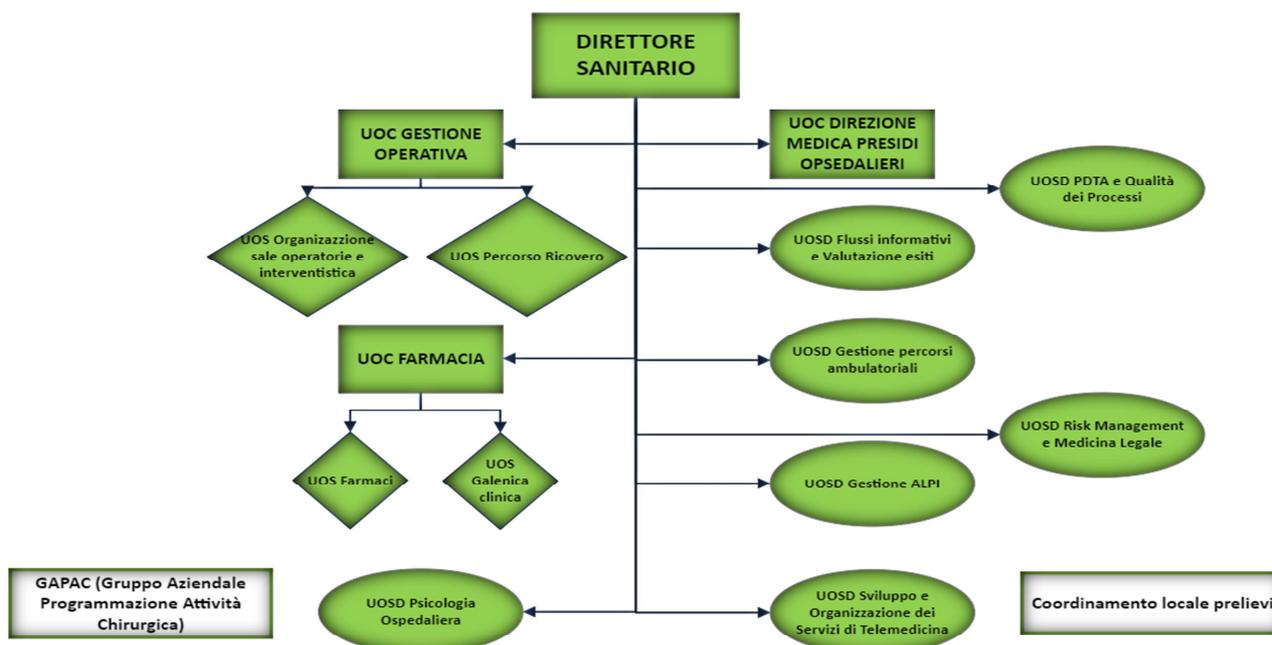
- ❖ Funzioni di Staff Direzione Strategica – Tali Strutture supportano e collaborano con la Direzione Strategica al fine di perseguire gli obiettivi Aziendali. Le caratteristiche di tali Strutture sono la trasversalità e la interdisciplinarietà delle attività svolte in un'ottica di gestione dei processi.

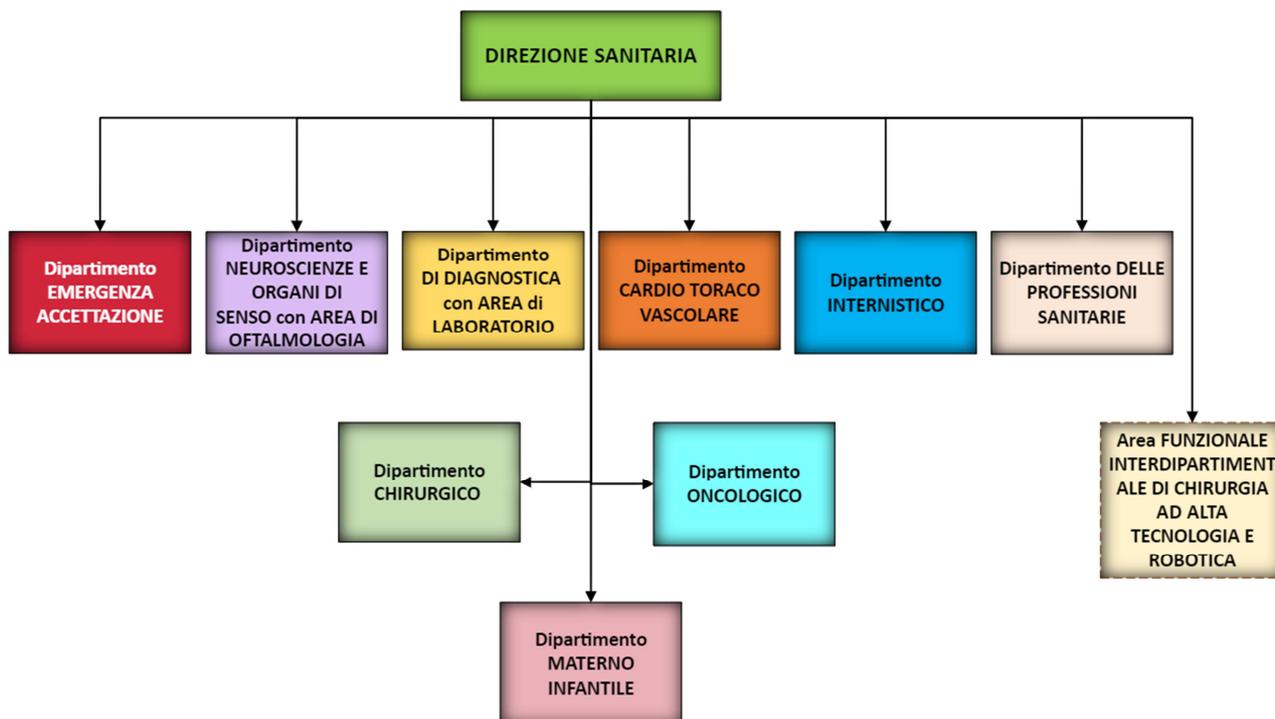


- ❖ Funzioni in line Amministrative – Tali Strutture supportano il Direttore Amministrativo nelle attività inerenti le Risorse Economiche, Finanziarie Umane e Tecnologiche.



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





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

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

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

### 3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO A DISTANZA (POLA)

---

La gestione dell'emergenza sanitaria ha comportato nel lavoro pubblico un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotte al lavoro agile.

Le Aziende si sono viste costrette a confrontarsi concretamente con una modalità organizzativa di lavoro disciplinata già da tempo nel nostro ordinamento, scoprendone punti di forza e di debolezza che sono stati messi al centro di un ampio e diffuso dibattito tuttora in corso. Con l'emergenza sanitaria, infatti, le Aziende sono state costrette a considerare il 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.) prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce lo strumento per giungere ad un'adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile, strumento funzionale al passaggio dalla modalità di lavoro agile della fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con il quadro normativo vigente.

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

La programmazione del lavoro agile in Azienda basa sui seguenti fattori: •

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

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

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

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

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

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

## **Cronoprogramma**

Sulla base di quanto disposto dalla legge n. 124 del 2015, articolo 14, comma 1, l'Azienda ha redatto il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che è costituito, allo stato, dalla proposta di regolamento e dal modello di scheda che individua le attività che possono essere svolte in una modalità di lavoro agile secondo una logica di scorrimento programmatico, di aggiornamento annuale.

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

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

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

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

Si riporta di seguito la scheda di rilevazione delle attività e dei compiti che possono essere svolti anche in modalità di lavoro agile.

Lavoro agile			
Struttura	Ambito attività	Descrizione sintetica delle attività/progetto	N. dipendenti impiegati

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

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

Si riporta di seguito il cronoprogramma delle attività in corso di quelle previste, finalizzate all'avvio della modalità di svolgimento della prestazione lavorativa dal mese di marzo 2025.

**I. Mese di gennaio:**

- a. predisposizione della proposta di regolamento aziendale;
- b. predisposizione della scheda di rilevazione delle prestazioni che possono essere svolte anche in modalità di lavoro agile, con specificazione delle attività e del numero di personale che può essere dedicato.

**II. Mese di febbraio:**

- a. ricezione delle schede da parte delle singole strutture;

- b. verifica dell'impatto dell'attivazione del lavoro agile per quanto attiene agli aspetti della strumentazione e del supporto hardware e software, delle modalità di accesso, delle indicazioni sulla sicurezza sul luogo di lavoro e delle disposizioni in materia di tutela dei dati;
- c. predisposizione dello schema di accordo individuale e degli atti allegati;
- d. confronto con le organizzazioni sindacali e approvazione del regolamento aziendale.

**III. Mese di marzo:**

- a. stipula accordi individuali e avvio lavoro agile.

### 3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

---

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

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

In riferimento al Piano Triennale del Fabbisogno 2025/2027 si rappresenta che ad oggi l'Azienda ha inviato – da ultimo - il Piano Triennale del Fabbisogno 2024/2026, predisposto sulla base delle linee guida della Regione trasmesse con la nota prot. n. 1024381 del 14/8/2024; tale piano costituisce, in parte, la trasposizione delle autorizzazioni rilasciate dal predetto ente regionale nel corso del mese di maggio 2024.

Allo stato non è pervenuta alcuna comunicazione da parte della Regione Lazio, soggetto responsabile della programmazione e dell'organizzazione del SSR, in merito alle modalità di analisi, predisposizione e compilazione del predetto Piano 2025/2027.

Pertanto solo a seguito della ricezione delle nuove linee guida sarà possibile procedere con la predisposizione del Piano del fabbisogno 2025/2027.

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

Si riporta di seguito la tabella, in sintesi, riepilogativa del Piano del fabbisogno 2024/2026 inviato alla Regione Lazio.

Si riporta, inoltre, tabella riepilogativa delle autorizzazioni all'assunzione per il Giubileo; per tale specifica fattispecie è previsto un contratto a tempo determinato, da dicembre 2024 a dicembre 2025.

## Piano Triennale del Fabbisogno 2024/2026

	2024	2025	2026
Disciplina/Qualifica FABBISOGNO 2024-2026	TOTALE	TOTALE	TOTALE
ANATOMIA PATOLOGICA	4	1	-
ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE	16	2	2
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	2	3	-
CHIRURGIA GENERALE	2	1	1
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1	-	-
CHIRURGIA VASCOLARE	1	-	-
EMATOLOGIA	1	-	1
GASTROENTEROLOGIA	1	-	1
GERIATRIA	4	1	-
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	2	-	1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	-	-	1
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	10	-	-
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	-	1	-
MEDICINA INTERNA	6	-	-
EMATOLOGIA	1	-	-
NEFROLOGIA	2	-	-
PEDIATRIA	6	1	1
NEUROCHIRURGIA	3	-	-
NEUROLOGIA	3	-	-
ONCOLOGIA MEDICA	2	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	-	1
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	2	2	1
OTORINOLARINGOIATRIA	3	-	-
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	2	-	1
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2	-	1
RADIODIAGNOSTICA	3	-	-
RADIOTERAPIA	1	-	-
UROLOGIA	-	-	1
MEDICO ALTRE SPECIALIZZAZIONI	-	1	-
BIOLOGO	2	-	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	3	1	-
DIRIGENTE PROF. SANIT. INFERMIERISTICHE	2	-	-
COLL.PROF.SAN. INFERMIERE	81	5	5
OSS - (OPERATORE SOCIO SANITARIO)	100	1	-
COLL.PROF.SAN. DIETISTA	-	1	1
COLL.PROF.SAN. OSTETRICA	7	-	-
ASSISTENTE SOCIALE	1	-	-
ASSISTENTE TECNICO	3	-	-
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	-	-	1
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	4	-	-
OPERATORE TECNICO	-	1	-
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	2	1	2
COLL.PROF.SAN. TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	5	-	-
COLL.PROF.SAN. TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	6	1	2
COLL.PROF.SAN. TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	1	-	-
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	6	2	1
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	10	1	-
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	12	-	-

## Assunzioni Giubileo

<b>PROFILO</b>	<b>Unità autorizzate</b>
Neurologia	2
Cardiologia	3
Anestesia e Rianimazione	3
Radiodiagnostica	1
Maxillo facciale	1
Geriatrica	1
Medicina Emergenza urgenza	5
Radioadiagnostica- radiologia interventistica	1
Otorino	1
Chirurgia generale	1
Malattie apparato respiratorio	1
Ortopedia	2
Medicina interna	2
<b>Totale</b>	<b>24</b>
<b>Infermieri</b>	<b>46</b>
<b>TOTALE</b>	<b>70</b>

### 3.3.1. La formazione

In osservanza alla Determinazione – GSA n. G16918 del 15.12.2023 “Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2023-2025”, con le finalità già previste dall’art. 7 bis del D. Lgs. n. 165 del 30.03.2001, secondo cui “le Pubbliche Amministrazioni predispongono annualmente un piano di formazione del personale dipendente, tenuto conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie, degli obiettivi da raggiungere”, e dei disposti dei vigenti CCNL Sanità, è predisposto il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2025.

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

Con l’intento di garantire a tutto il personale la continuità dell’esercizio del diritto/dovere della formazione, secondo i principi di trasparenza, di rotazione e di pari opportunità, l’Azienda, tramite la Uosd Formazione e sviluppo delle competenze, ha redatto il presente PFA 2025, in ottemperanza alle norme ed ai criteri rappresentati, a quanto stabilito nel proprio Regolamento per la Formazione Continua (Deliberazione n. 843/DG/2020) nonché agli irrinunciabili requisiti di sostenibilità economica ed organizzativa.

## **LE RISORSE**

### **1) LA FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)**

#### **Le aule e le sale storiche**

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

- Aula “Formazione”, situata al piano terra della sede legale, dotata di circa 40 posti e corredata di supporti didattici quali una Lavagna Interattiva Multimediale (LIM), un Personal Computer (PC) ed un video proiettore (VP);
- Sala “ Folchi”, situata presso il Corpo F, dotata di circa 400 posti e corredata di supporti audio visivi informatizzati e di cabina di regia;
- Sala “Antico Atrio”, situata presso il Corpo F, dotata di circa 70 posti;
- Sala “Luigi D’Elia”, situata al piano superiore del Corpo F, dotata di circa 40 posti e corredata di una LIM e di un PC;
- 5 Aule didattiche, situate al piano superiore del Corpo F, utilizzate complessivamente dai seguenti Corsi di Laurea:
  - Corso di Laurea in Infermieristica (I – II – III anno);
  - Corso di Laurea in Fisioterapia (I – II – III anno).

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

### **2) LA FORMAZIONE A DISTANZA (FAD)**

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

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

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

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

### **3) IL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO**

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

- promuovere la cultura tecnico – scientifica;
- promuovere la divulgazione scientifica e lo sviluppo della ricerca clinica ed organizzativa all’interno dell’Azienda;
- esprimere pareri in merito a pubblicazioni e riviste dell’Azienda;

- effettuare valutazioni e scelte delle riviste di cui dotare l'Azienda;
- promuovere l'introduzione e l'utilizzo di applicazioni informatiche.

#### **4) I DOCENTI**

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

*a) corsi di specializzazione e di insegnamento previsti dall'art. 6, commi 2 e 3, del D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.;*

*b) corsi di aggiornamento professionale obbligatorio del personale del comparto, organizzati dalle Aziende o Enti del Servizio sanitario nazionale;*

*c) corsi di formazione professionale post - base, previsti dai decreti ministeriali che hanno individuato i profili professionali di cui all'art. 6 citato nella lettera a);*

*d) formazione di base e riqualificazione del personale”.*

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

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

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

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

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

#### **5) IL BUDGET ANNUALE**

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

aggiornamento professionale costituisce oggetto di confronto Aziendale ai sensi dell'art. 6, comma 3, lett. k) (Confronto Aziendale)".

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

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

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

<p><b>PREVISIONE COSTI FORMAZIONE CONTINUA</b>  <b>U.O.S.D. FORMAZIONE, DIDATTICA E RICERCA</b>  <b>ANNO ...</b></p>
--

<b>PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2025</b>	
<b>DESCRIZIONE ATTIVITA'</b>	<b>Importo in Euro</b>
<b>FORMAZIONE CONTINUA:</b>	
Costo contribuito ECM Regionale per accreditamento corsi	
Costo docenti interni ed esterni per corsi ECM pianificati	
Formazione risorse esterne Area Sanitaria	
Formazione risorse esterne Uffici in staff alla Direzione Generale, alla Direzione Amministrativa ed alla Direzione Sanitaria	

Formazione Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario	
Formazione proposta dalla Direzione Strategica	
Addetti antincendio rischio elevato	
Aggiornamento Addetti antincendio rischio elevato	
Art. 37 D. Lgs. 81/08 lavoratori alto rischio, RLS, dirigenti, preposti, RSPP, ASPP	
Abbonamenti riviste, Clinical Decision Support (CDS),etc.	
Altre attività formative	
<b>Totale costi Formazione Continua</b>	

## LA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE

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

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

Al riguardo, sono state individuate le seguenti priorità:

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

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

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

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

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

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

La pianificazione formativa, inoltre, ha considerato la **FORMAZIONE NORMATA IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO** (Formazione ex art. 37 D. Lgs. 81/08, Addetti antincendio rischio elevato, Radioprotezione).

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

Nella redazione del PFA 2025 non si è trascurato di considerare l'opportunità formativa che Federsanità offre attraverso FEDER ACADEMY quale risposta all'esigenza delle aziende sanitarie associate di formare e mantenere costantemente aggiornati i suoi professionisti.

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

## 2) IL PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA) 2025

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) è uno strumento di programmazione che descrive le strategie e le attività formative previste dall'Azienda nell'anno di riferimento per la valorizzazione e lo sviluppo del proprio personale, in osservanza alla Determinazione – GSA n. G16918 del 15.12.2023 *“Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2023-2025”*, con le finalità già previste dall'art. 7 bis del Decreto Legislativo n. 165 del 30.03.2001, secondo cui *“le Pubbliche Amministrazioni predispongono annualmente un piano di formazione del personale dipendente, tenuto conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie, degli obiettivi da raggiungere”*, e dei disposti dei vigenti CCNL Sanità.

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

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

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

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

Le iniziative formative del PFA 2025, programmate in base ai riferimenti di cui al punto 3.1, sono suddivise in 4 sezioni:

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

Le suddette iniziative formative sono descritte nel report che è parte integrante della presente relazione (Allegato 14).

Non si trascurerà di considerare che **il PFA 2025 potrà essere integrato nel corso dell'anno solare di riferimento con ulteriori iniziative formative**, correlate ad esigenze della Direzione Strategica e delle Direzioni di Dipartimento e di Struttura, che potranno rappresentare fino al 50 % di quanto pianificato, con eventuale margine di scostamento della Previsione dei costi (Allegato 15).

## **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

---

#### **4.1. Valore Pubblico e Performance**

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

#### **4.2. Rischi corruttivi e Trasparenza**

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

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

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

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

Il monitoraggio sugli obblighi di trasparenza si connota per essere:

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

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

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

#### **4.3. Formazione**

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

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

Gli interventi formativi previsti nel PFA sono oggetto di monitoraggio anche relativamente alla loro effettiva realizzazione.

Il monitoraggio degli obiettivi formativi, in termini di trasferimento delle attività svolte sulle abilità tecnico – professionali, sui processi e sui sistemi, implicando la valutazione dei cambiamenti nel comportamento lavorativo mediante la misurazione dell'utilizzo di conoscenze, capacità e atteggiamenti appresi durante la formazione, dell'impatto sull'organizzazione in termini di riduzione dei costi, del miglioramento dell'efficienza, dell'incremento della produzione, della riduzione dei tassi di turnover, del miglioramento del clima Aziendale, nonché i risultati attesi, valutati attraverso la valorizzazione di specifici indicatori di esito e di attività, definiti a livello istituzionale e Aziendale, nell'ambito delle UU.OO. Aziendali preposte allo svolgimento delle attività oggetto degli interventi formativi e della valutazione delle stesse, richiedono un apposito processo che in futuro potrà essere implementato.

#### **4.4. Organizzazione e Capitale Umano**

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

Tabella di sintesi del monitoraggio (Allegato I6)