
Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)
2025 - 2027

INDICE

PREMESSA.....	4
1 SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA.....	5
1.1 DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA.....	5
1.1.1 <i>Chi siamo</i> 5	
1.1.2 <i>La Mission</i>	6
1.2 ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA	9
1.2.1 <i>L'Organizzazione aziendale</i>	9
1.2.2 <i>L'Amministrazione in cifre</i>	11
1.2.3 <i>I Risultati raggiunti</i>	17
1.2.4 <i>Valori economici</i>	19
2 SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE ...	22
2.1 VALORE PUBBLICO	22
2.1.1 <i>Obiettivi Generali</i>	22
2.1.2 <i>Obiettivi specifici</i>	24
2.1.3 <i>Programmazione finanziaria</i>	27
2.2 PERFORMANCE	28
2.2.1 <i>Piano della Performance 2025-2027</i>	28
2.2.2 <i>Programmazione strategica</i>	29
2.2.3 <i>Obiettivi di accoglienza digitale</i>	34
2.2.4 <i>Obiettivi di digitalizzazione</i>	35
2.2.5 <i>Piano della transizione al digitale</i>	37
2.2.6 <i>Obiettivi di sostenibilità ambientale</i>	43
2.2.7 <i>Albero delle Performance</i>	44
2.3 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2025 – 2027	53
2.3.1 <i>Principi ed obiettivi strategici</i>	53
2.3.2 <i>I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda</i>	54
2.3.3 <i>Integrazione tra il piano di prevenzione della corruzione ed il piano della performance</i>	58
2.3.4 <i>Gestione del rischio di corruzione</i>	60
2.3.5 <i>Obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione</i>	65
2.3.6 <i>Le misure preventive generali</i>	67
2.3.7 <i>L'antiriciclaggio</i>	78
2.3.8 <i>La trasparenza</i>	79
2.3.9 <i>Norme di rinvio</i>	83
3 SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	84
3.1 PARI OPPORTUNITA'	84
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	88
3.2.1 <i>Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile</i>	88

3.2.2	Modalità attuative lavoro agile	91
3.2.3	Indicatori di performance lavoro agile	94
3.3	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	98
3.3.1	Piano Assunzionale 2024-2026	98
	MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	105
3.4	FORMAZIONE DEL PERSONALE	106
4	SEZIONE IV - MONITORAGGIO	108
4.1	MONITORAGGIO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	108
4.1.1	Il Ciclo di Gestione della Performance	108
4.2	MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	116
4.3	MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	116
4.4	MONITORAGGIO DEL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	116
4.5	MONITORAGGIO DEL PIANO DELLA TRANSIZIONE DIGITALE	116
	Appendice alle sezioni	117

PREMESSA

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'Azienda San Camillo Forlanini è redatto secondo le disposizioni del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021 n. 113. In particolare, l'articolo 6 del suddetto decreto stabilisce che, le pubbliche amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, tra le quali anche questa Azienda, entro il 31 gennaio di ogni anno adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), con durata triennale e da aggiornare annualmente.

Il citato PIAO viene predisposto al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi". ed ha l'obiettivo di comprendere, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione anche per il miglioramento della percezione del cittadino riguardo la qualità dei servizi offerti, gli atti di pianificazione cui erano tenute le amministrazioni, quali il Piano della Performance, il Piano Anticorruzione e trasparenza, il Piano dei Fabbisogni del personale, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, il Piano Formativo e il Piano delle Azioni Positive

1 SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

1.1 DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

1.1.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini rappresenta un polo erogante prestazioni di emergenza e di alta specialità e costituisce un punto di riferimento per tutti i cittadini residenti nel Lazio e, in virtù dell'integrazione con le reti assistenziali, per tutto il bacino di utenza che ricade sull'Azienda, oltre che per una discreta quota di cittadini residenti al di fuori della Regione.

La programmazione strategica aziendale è pertanto tesa al raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni che le sono state assegnate all'interno del sistema delle reti assistenziali, in un'ottica sistemica che assicuri la continuità delle cure, la centralità del paziente, la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

L'Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini opera nel rispetto dei principi sanciti dal dettato Costituzionale, dal D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i, da altre norme della legislazione nazionale, nonché dalle norme che la Regione Lazio emana nell'ambito della propria autonomia.

Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'Azienda, ed è il titolare di tutti i poteri di gestione complessiva della stessa. Egli risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto della nomina nell'ambito degli obiettivi strategici e di programmazione regionale.

È coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Strategica Aziendale, che assicura le funzioni generali di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano per specifica responsabilità e competenza alla gestione dell'Azienda.

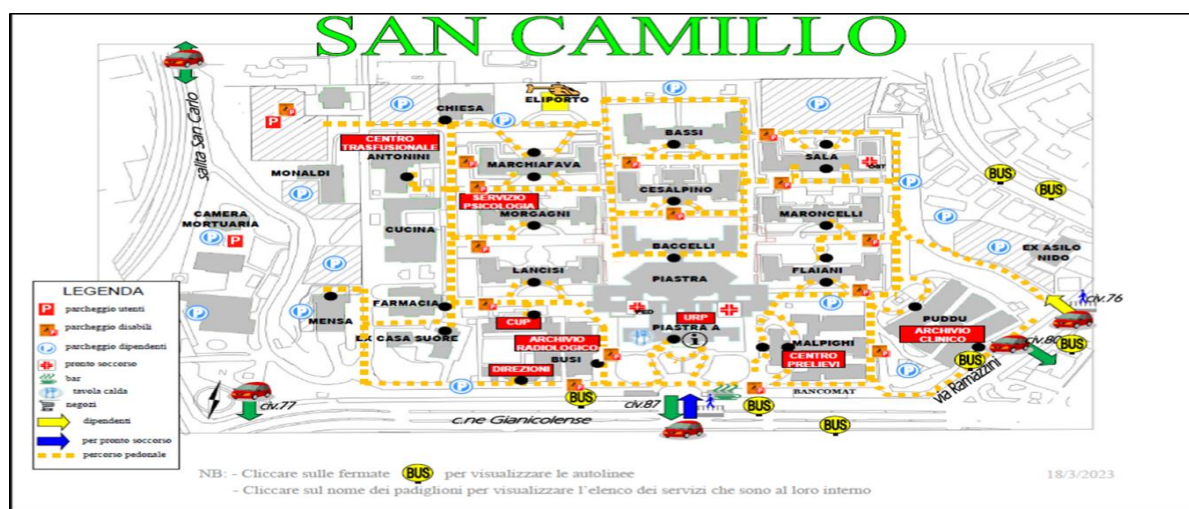
Il Direttore Generale, per l'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Collegio di Direzione e degli altri organismi collegiali e comitati previsti dalla legislazione vigente. Il Direttore Generale viene inoltre supportato dalle strutture e funzioni di Staff nelle attività.

L'Azienda ospedaliera è strutturata in n. 15 padiglioni a carattere clinico assistenziale (n. 1009 posti letto totali previsti da DGR 869 del 7 dicembre 2023, limitatamente all'allegato tecnico, recante "Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".); in n. 6 stabili a supporto dell'attività sanitaria (cup, farmacia, mensa, camera mortuaria, uffici, direzioni,...) e in n. 1 padiglione Monaldi inagibile da ristrutturare.

E' DEA II Livello dotata di postazione di soccorso con eliporto H24. Ha nel proprio atto vigente la UOC Centro Regionale Trapianti.

Ha in sede la UOC SPDC della ASL RM3 con dotazione n. posti letto 19

Ha n. 10 posti letto assegnati per la gestione dell'UCRI reparto Unità Cure Residenziali Intensive



1.1.2 La Mission

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini realizza le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo appropriato, efficiente ed efficace e garantisce un servizio di qualità.

L'Azienda rappresenta un polo erogante prestazioni di emergenza, di alta specialità e costituisce polo ospedaliero di riferimento per tutti cittadini residenti nel Lazio e per tutto il bacino di utenza che ricade sull'Azienda in virtù dell'integrazione con le reti assistenziali, oltre che per una discreta quota di cittadini residenti al di fuori della Regione.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale, l'equità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, la sicurezza delle cure, degli utenti e degli operatori, l'appropriatezza degli interventi erogati nel corso del processo diagnostico-terapeutico e la promozione del coinvolgimento dei cittadini ai fini della valutazione del servizio reso.

L'Azienda soddisfa i nuovi bisogni di salute – collegati in particolare al rilievo crescente delle cronicità, delle poli-patologie e delle patologie emergenti e riemergenti - attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema di cure, organizzando direttamente le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo scientificamente appropriato la domanda espressa dai cittadini.

In tutti i casi, è compito dell'Azienda promuovere e garantire la partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro Associazioni, nel rispetto delle norme vigenti, ricercando il coordinamento con gli altri soggetti del sistema sanità per accentuare l'efficacia degli interventi.

L'azione dell'Azienda si ispira, poi, a criteri di appropriatezza, di efficacia, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo ed in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili.

È vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

Vengono di seguito elencati i principi-guida ai quali l'Azienda ispira la Propria Missione:

NEI CONFRONTI DEI CITTADINI	➤ La centralità della persona nei confronti della quale svolgere tutte le pratiche diagnostico-terapeutico-riabilitative finalizzate al suo benessere bio-psico-fisico nella consapevolezza che ognuno è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute ➤ Il rispetto della dignità umana ➤ L'equità degli accessi ai servizi ➤ La qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza delle prestazioni ➤ L'educazione alla salute intesa come la promozione di stili di vita e comportamenti ispirati alla prevenzione delle malattie e alla lotta al consumismo farmacologico e sanitario ➤ Il piano della trasparenza
NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI	➤ L'etica professionale ➤ Il coinvolgimento e la qualificazione continua dei professionisti e del personale tutto, da sostenere attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale
NEI CONFRONTI DELLA GESTIONE	➤ La compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Lazio, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, secondo criteri di appropriatezza e di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario e dai Piani Operativi Regionali ➤ L'innovazione e la differenziazione dell'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti ➤ La razionalizzazione del sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute

I principi che ispirano le condotte di tutti i professionisti che operano dell'Azienda sono:

- *L'osservanza delle norme che disciplinano lo svolgimento dell'attività aziendale.*
- *La riservatezza, la lealtà e la trasparenza.* I Professionisti dell'Azienda mantengono una condotta personale integra, equilibrata e rispettosa dell'individualità altrui ed ispirano i propri comportamenti a principi di onestà e correttezza, trasparenza e buona fede e responsabilità verso tutti i portatori di interesse e verso gli altri soggetti con i quali entrano in contatto, per qualsivoglia motivo, nello sviluppo delle proprie attività.
- *Il senso di appartenenza,* ovvero, condividere i medesimi obiettivi, essere consapevoli di fare parte di un'organizzazione ed assistersi reciprocamente, fornendo incoraggiamenti e supporto, soprattutto in momenti di difficoltà. I collaboratori dell'Azienda Ospedaliera sono tenuti ad operare con la massima professionalità ad utilizzare in modo oculato i beni e le risorse aziendali. Chiunque operi nell'Azienda Ospedaliera è tenuto a difenderne l'immagine sul posto di lavoro e nella propria vita sociale, manifestando apertamente contrarietà e contrapposizione verso le persone che mettono in atto comportamenti non in linea con i valori dell'Azienda Ospedaliera.
- *L'eccellenza nel servizio.* La soddisfazione dell'utente è il principio ispiratore della nostra attività. Tutti i professionisti hanno il preciso compito di migliorare costantemente la qualità del servizio offerto, ai fini di

garantire la salute, il benessere, nonché il progresso scientifico, attraverso l'utilizzo di strumenti di ascolto e di monitoraggio delle aspettative degli stakeholder e dei livelli di soddisfazione da loro espressi, attraverso l'ottimizzazione dei processi interni, garantendo l'appropriatezza e la ricerca di livelli di eccellenza nelle attività, nei servizi e nelle procedure interne, attraverso lo svolgimento della propria attività con professionalità, precisione e rapidità di decisione ed esecuzione.

- *Lavoro di squadra.* Essere e sentirsi parte di un gruppo è un diritto di tutti; formare una squadra vincente è un dovere del dirigente. I dirigenti sono tenuti ad incentivare il lavoro di squadra fra i collaboratori, a motivarli e coinvolgerli, a favorire incontri che sviluppino la socializzazione, a stimolare la costruzione di gruppi di lavoro interfunzionali efficienti ed efficaci. Tutti devono partecipare con professionalità, massima collaborazione e orientamento al risultato, alle attività, alle iniziative, ai progetti per i quali venga richiesto un loro contributo.
- *Capacità, Rispetto ed Eguaglianza.* La capacità di compiere la propria mission, di adempiere correttamente ai propri doveri e quindi erogare prestazioni sanitarie di elevato contenuto qualitativo per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, nel rispetto dei valori e dei principi etici a cui l'Azienda Ospedaliera si ispira, è la più alta definizione ed applicazione dell'uguaglianza, intesa come espressione di garanzia offerta agli utenti in materia di diritti e di pari opportunità.
- *Efficienza ed economicità.* Il rispetto della efficienza e dell'economicità all'interno dell'Azienda Ospedaliera comportano l'attivazione e la semplificazione dei processi d'acquisto di beni e servizi e la individuazione di opportunità di risparmio mediante strumenti di analisi degli acquisiti e dei fornitori.
- *Comportamento di diligenza, lealtà ed imparzialità.* I dipendenti dell'Azienda sono tenuti al rispetto del codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013 e s.m.i. e alle Linee di Guida ANAC del 20/09/2016 e al Codice di Comportamento Aziendale adottato con deliberazione n. 13 del 5 gennaio 2022.

1.2 ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

1.2.1 L'Organizzazione aziendale

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, con deliberazione n. 1440 del 15.11.2018 (come successivamente modificata con deliberazione n. 801 del 5.06.2019), ha approvato il nuovo Atto di Autonomia aziendale di diritto privato (con relativo organigramma e funzionigramma allegati) ratificato con DCA n. 250 del 3.07.2019 (BURL n. 58 del 18.07.2019) (delibera di presa d'atto n. n. 1134 del 08.08.2019).

Successivamente, con deliberazione n. 1547 del 14.11.2019, l'Azienda ha approvato la modifica parziale dell'Atto sopra indicato, sostituendo integralmente l'organigramma con la nuova versione allegata alla deliberazione medesima. La modifica di cui trattasi è stata approvata dalla Regione Lazio con DCA n. U00523 del 30.12.2019 (BURL n. 2 del 7.01.2020). Attualmente, l'Azienda ha avviato un percorso di revisione organizzativa che coinvolge i processi di reingegnerizzazione, ciò al fine di consentire un processo di ottimizzazione quali-quantitativa delle prestazioni assistenziali finalizzato ad una maggiore efficacia, efficienza, economicità dell'azione di governo aziendale.

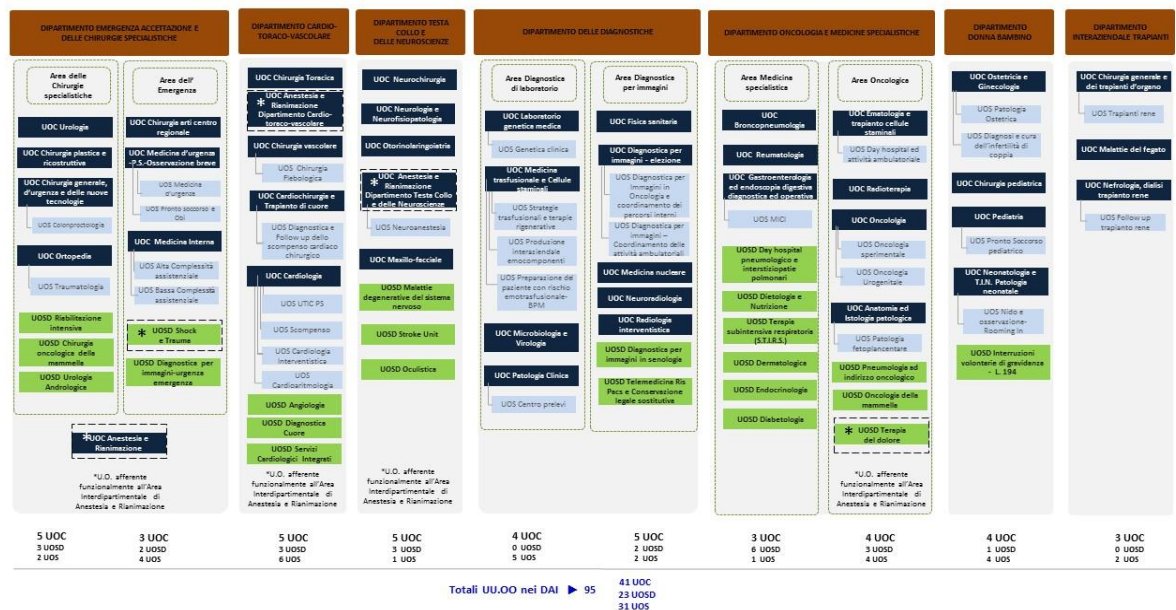
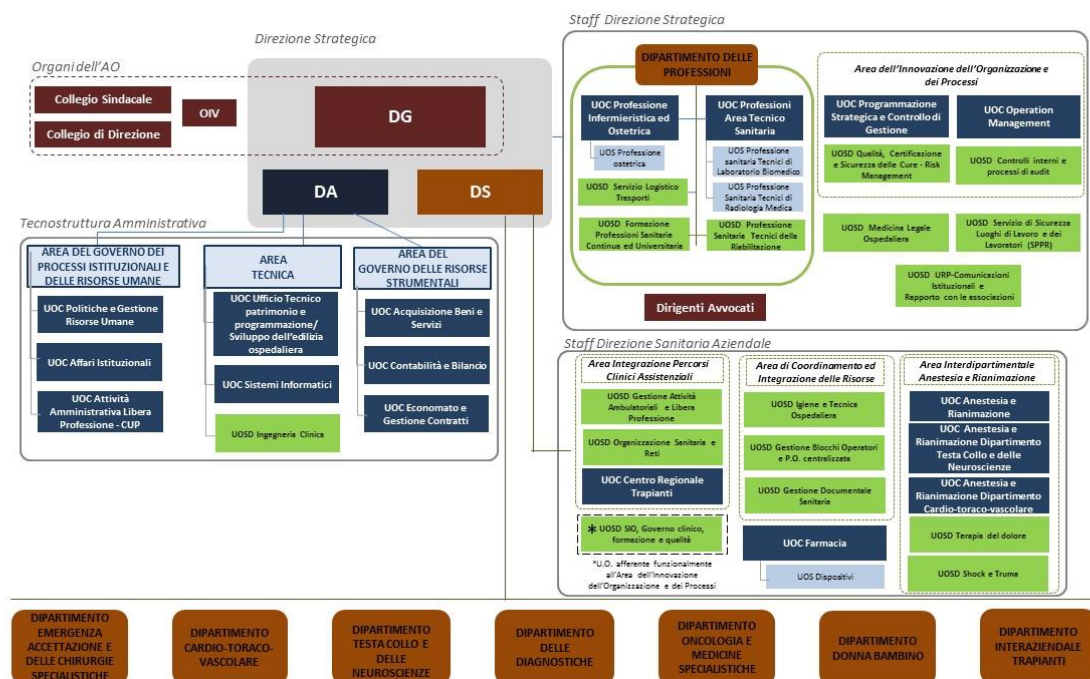
La Regione Lazio con nota R.U. U1298514 del 14.11.2023, in ragione della prossima riorganizzazione della Rete ospedaliera e della Rete di assistenza territoriale, allo scopo di dare modo alle Aziende Sanitarie del Lazio di armonizzare le eventuali proposte con quanto stabilito dal Documento Tecnico di Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015 (DGR n. 869 del 7.12.2023 – BURL n. 99 del 12.12.2023), ha previsto quale periodo temporale di presentazione delle eventuali proposte di modifica degli atti aziendali pubblicati, per il solo anno 2023, dal 1.12.2023 al 31.01.2024. Tale scadenza è stata posticipata con nota della Regione Lazio per consentire alla Regione stessa ed alle Aziende di completare la nuova rete ospedaliera di cui alle DGR già citate

Entro tale finestra periodale, pertanto, l'Azienda ha presentato la propria proposta di modifica del vigente Atto Aziendale di Autonomia Aziendale di diritto privato sopra richiamato.

In attesa di quanto sopra esposto, di seguito si rappresenta sinteticamente *l'attuale modello organizzativo dell'Azienda*:

- A. Staff della Direzione Strategica
- B. Direzione Sanitaria Aziendale
- C. Tecnostruttura Amministrativa, organizzata in Aree Amministrative
- D. Dipartimenti Sanitari

MACROSTRUTTURE	UOC	UOSD	UOS	TOTALE STRUTTURE
DIREZIONE STRATEGICA*	2	5		7
DIREZIONE SANITARIA	2	6	1	9
TECNOSTRUTTURA AMMINISTRATIVA	8	1		9
CARDIO TORACO VASCOLARE	5	3	6	14
EMERGENZA ACCETTAZIONE E DELLE CHIRURGIE SPECIALISTICHE	8	5	6	19
ONCOLOGIA E MEDICINE SPECIALISTICHE	7	9	5	21
SALUTE DONNA BAMBINO	4	1	4	9
TESTA COLLO E DELLE NEUROSCIENZE	5	3	1	9
DIAGNOSTICHE	9	2	7	18
POI_T_INTERAZIENDALE TRAPIANTI	3	0	2	5
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI	2	3	3	8
TOTALE	55	38	35	128
TOTALE COMPRENSIVO DELLE STRUTTURE CON FUNZIONI REGIONALI O SOVRA-AZIENDALI	55	73		128



1.2.2 L'Amministrazione in cifre

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma rappresenta uno dei più importanti poli ospedalieri di alta specialità, a livello nazionale e regionale, e fornisce prestazioni di eccellenza. Per la sua estensione territoriale viene ricompresa tra le più grandi strutture sanitarie attive. L'offerta sanitaria del San Camillo-Forlanini comprende prestazioni di quasi tutte le discipline medico-chirurgiche, con particolare caratterizzazione per quelle di alta specialità.

Nei successivi paragrafi vengono rappresentati i dati di dimensionamento della struttura in termini di posti letto, risorse umane e volumi prestazionali erogati suddivisi per tipologia, nonché in termini di valori economici di riferimento.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini è inserita nel Sistema Sanitario Regionale, in quanto Centro Hub per le reti assistenziali della Regione Lazio ai sensi del DM 70/2015 e s.m.i. Con Deliberazione della Regione Lazio del 7 dicembre 2023 n. 869, pubblicata sul BURL n. 99 del 12/12/2023 è stato approvato l'ultimo documento tecnico di "Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026" in conformità agli standard previsti dal DM 70/2015. Di seguito la sintesi e le schede di dettaglio:

Dotazione posti letto

Con Determinazione Regionale G01328 del 10/02/2022 è stata modificata la determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, limitatamente all'allegato tecnico, recante "Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2021-2023, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015". Con tale decreto per ogni singola Azienda sono stati definiti i profili per struttura ospedaliera, pubblica o privata accreditata, con la relativa dotazione di posti letto per specialità ed il ruolo nelle reti tempo-dipendenti.

Nell'anno 2024, infine, come da D.G.R. n. 869 del 7 dicembre 2023, la Regione Lazio ha definito la nuova dotazione dei posti letto per le annualità 2024-2026, portando il n. di posti letto in totale da 976 a 1.009, con un incremento pari a 39 p.l.. Di seguito si riporta un estratto della citata D.G.R. n. 869/2023 con dettaglio della dotazione suddivisa per codice disciplina. Tale riorganizzazione comporterà pertanto un impatto sulla gestione delle risorse e sul Valore della produzione.

Codice struttura: 1200100

Cod.ASL: Roma 3

Denominazione: S. CAMILLO - FORLANINI

Tipologia: 2-Azienda Ospedaliera

Pubb./Pri: Pubblico

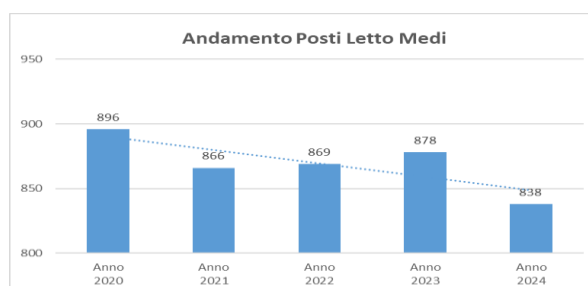
NOTA: dei PL di neurologia (cod.32) 12 pl sono di UTN II

Rete Emergenza	Rete Emergenza Pediatrica	Rete Ictus	Rete Cardiologica-Cardiochirurgica	Rete Trauma	Rete Trauma Pediatrica	Rete Perinatale
DEA II	HUB (Spoke Bambino Gesù per terapia intensiva e neurochirurgia)	UTN II	CEC	CTS	PST-PED	II

AFO	Codice Disciplina	Descrizione	PL Programmati		
			ORD	DH	TOT
1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		57	57
	05	ANGIOLOGIA			0
	08	CARDIOLOGIA	62		62
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ			0
	26	MEDICINA GENERALE	141		141
	32	NEUROLOGIA	32		32
	40	PSICHIATRIA	15	4	19
	51	MEDICINA D'URGENZA	30		30
	58	GASTROENTEROLOGIA	20		20
	64	ONCOLOGIA	23		23
	66	ONCOEMATOLOGIA	20		20
	68	PNEUMOLOGIA	32		32
	69	RADIOLOGIA			0
	71	REUMATOLOGIA	8		8
	74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA			0
	96	TERAPIA DEL DOLORE			0
Totale			373	61	434
2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	52		52
	09	CHIRURGIA GENERALE	64		64
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	6		6
	12	CHIRURGIA PLASTICA	8		8
	13	CHIRURGIA TORACICA	18		18
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	20		20
	30	NEUROCHIRURGIA	20		20
	34	OCULISTICA	1		1
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48		48
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	14		14
	43	UROLOGIA	14		14
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	8		8
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		54	54
Totale			273	54	327
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	74		74
	50	UNITA' CORONARICA	16		16
	94	TERAPIA SEMI INTENSIVA	16		16
Totale			106		106
4-MIP	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	12		12
	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	56		56
	39	PEDIATRIA	16	2	18
	62	NEONATOLOGIA	16		16
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	16		16
Totale			116	2	118
Totale			888	121	1,009

La tabella di seguito indicata rappresenta la dotazione dei posti letto medi di degenza ordinaria e day hospital dell'Azienda (escluse le strutture Nido, UCRI e UGI) facendo riferimento alla Determina G01328/2022 sopra richiamata ed ancora vigente.

ANDAMENTO POSTI LETTO MEDI					
	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Ordinari	742	715	736	740	735
DH	154	151	133	138	103
Totale	896	866	869	878	838



Ruolo dell'Azienda nell'ambito della Rete Regionale

L'Azienda è sede di DEA di II livello; le attività di emergenza, articolate nel DEA Centrale, nel Pronto Soccorso Pediatrico, nel Pronto Soccorso Ostetrico, si svolgono presso tre sedi distinte. E' inoltre presente la postazione di elisoccorso attiva H24. Per le sue caratteristiche di ospedale per acuti con alta specializzazione, finalizzato all'erogazione di prestazioni altamente specialistiche è inserito nelle seguenti reti regionali secondo il modello Hub & Spoke (letteralmente: mozzo e raggi) che trova il suo presupposto laddove situazioni con un alto tasso di complessità richiedano di essere affrontate con un altrettanto alto grado di competenza, concentrato in Centri regionali di alta specializzazione.

RETE	RUOLO AZIENDA SAN CAMILLO FORLANINI
RETE EMERGENZA - URGENZA ADULTI	DEA II liv.
RETE EMERGENZA- URGENZA PEDIATRICA	DEA II liv.
RETE EMERGENZA CARDIOCHIRURGICA	CEC
RETE EMERGENZA CARDIOLOGICA: SINDROME CORONARICA ACUTA / ARITMIE GRAVI E SCOMPENSO CARDIACO	CEC/CE
RETE ICTUS	UTN II (HUB)
RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA (ADULTI)	CTS (HUB)
RETE PERINATALE	LIVELLO II

Legenda:

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

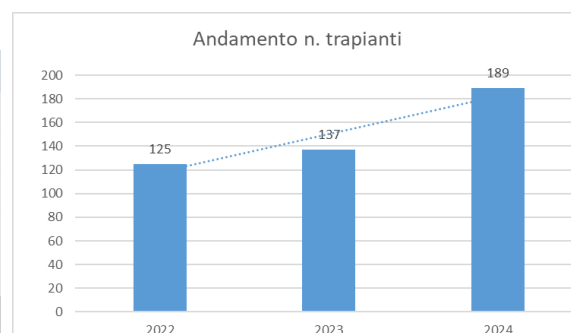
E+CC = Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica

CTS = Centro traumi di alta specializzazione (HUB)

Attività di trapianto

Andamento numero trapianti

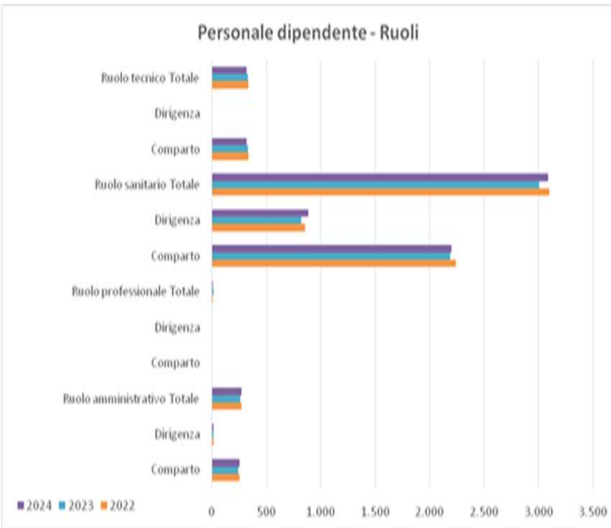
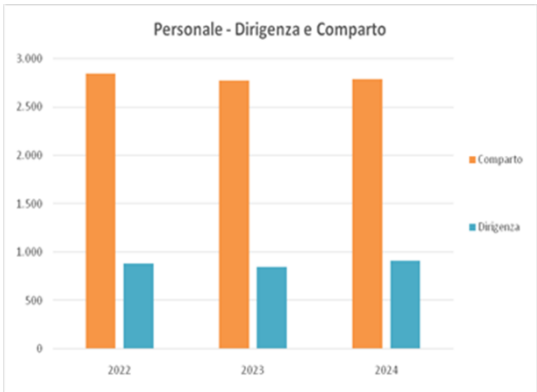
DRG	Descrizione DRG	2022	2023	2024
103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	19	19	24
302	Trapianto renale	9	32	40
480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	69	70	93
481	Trapianto di midollo osseo	23	14	30
512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	5	2	2
N. trapianti totale		125	137	189



Dotazione risorse umane: personale dipendente

Le tabelle successive mostrano, per gli anni 2022 – 2024, il numero del personale dipendente dell’Azienda, suddiviso per ruolo e in base all’appartenenza alla Dirigenza o al Comparto. Nell’anno 2022 si è registrato un incremento di personale legato essenzialmente al reclutamento di risorse umane non avvenuto in azienda negli anni precedenti di emergenza sanitaria. Il contenimento del costo del personale avvenuto infatti nei precedenti anni, unitamente alle cessazioni intervenute nel tempo, ha determinato la necessità di intraprendere una politica assunzionale che fosse in grado di colmare, almeno in parte, la grave carenza delle figure sanitarie direttamente coinvolte nell’erogazione dei Lea. Negli anni successivi si rileva, viceversa, un decremento del numero totale delle unità di personale anno 2023 vs anno 2022 collegate prevalentemente all’avvenuta cessazione di unità per l’applicazione di istituti quali il trattamento di quiescenza, anche con riferimento ai benefici previsti dal legislatore (quota 100, opzione donna, ...). Nel 2024 si è ripresa la politica assunzionale anche se permane forte l’impatto per quiescenza e cessazioni

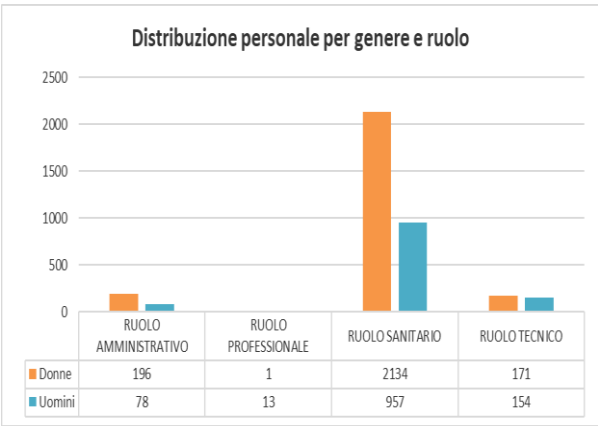
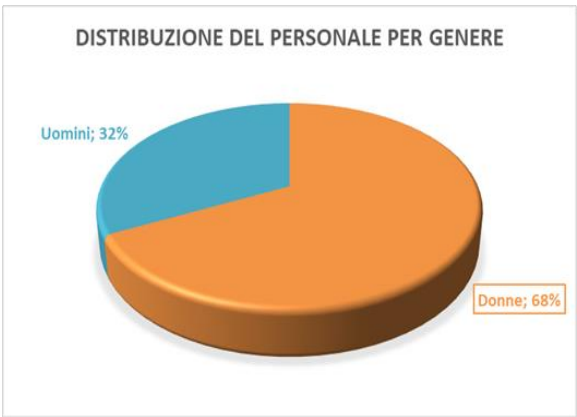
Personale dipendente	2022	2023	2024
Comparto	2.840	2.770	2.785
Dirigenza	882	849	910
Totale complessivo	3.722	3.619	3.695



Personale dipendente	2022	2023	2024
Comparto	256	244	255
Dirigenza	17	19	17
Ruolo amministrativo Totale	273	263	272
Comparto	6	7	7
Dirigenza	7	8	7
Ruolo professionale Totale	13	15	14
Comparto	2.239	2.186	2.202
Dirigenza	856	820	885
Ruolo sanitario Totale	3.095	3.006	3.087
Comparto	339	333	321
Dirigenza	2	2	1
Ruolo tecnico Totale	341	335	322
Totale complessivo	3.722	3.619	3.695

Analisi di genere

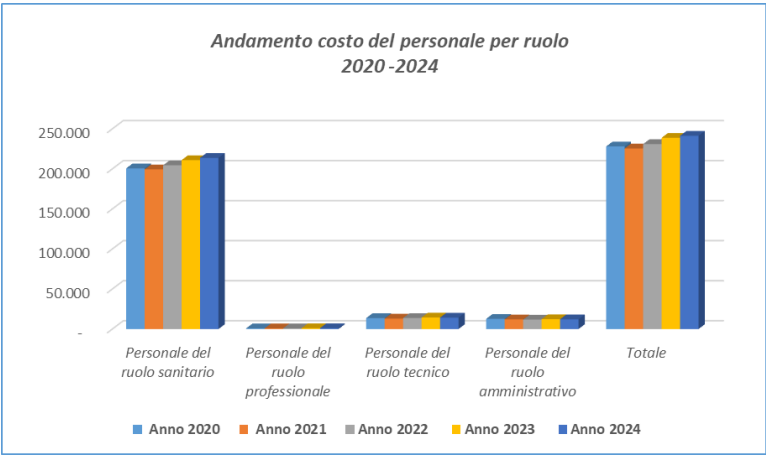
Nell’anno 2024, dei complessivi 3.695 dipendenti di ruolo presenti in servizio presso l’A.O. San Camillo-Forlanini, 2.501 sono donne (68%) e 1.195 uomini (32%), denotando una prevalenza del genere femminile.



Costo del personale

Le tabelle successive mostrano, per il quinquennio 2020 – 2024 (dato di Preconsuntivo), il costo del personale dipendente dell’Azienda, suddiviso per ruolo e in base all’appartenenza alla Dirigenza o al Comparto:

Costo del personale (Valori in migliaia di Euro)	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024 (Preconsuntivo)
Personale dirigente del ruolo sanitario	92.043	94.824	94.246	96.670	97.461
Personale comparto del ruolo sanitario	108.647	104.575	110.260	114.484	111.753
Totale Personale del ruolo sanitario	200.690	199.399	204.507	211.154	209.213
Personale dirigente del ruolo professionale	677	699	681	865	865
Personale comparto del ruolo professionale	220	220	212	225	222
Totale Personale del ruolo professionale	897	919	893	1.090	1.087
Personale dirigente del ruolo tecnico	60	101	128	190	108
Personale comparto del ruolo tecnico	13.648	13.011	13.651	14.372	14.032
Totale Personale del ruolo tecnico	13.708	13.112	13.779	14.562	14.140
Personale dirigente del ruolo amministrativo	1.516	1.388	1.349	1.728	1.646
Personale comparto del ruolo amministrativo	11.248	10.724	10.478	10.619	10.683
Totale Personale del ruolo amministrativo	12.764	12.112	11.827	12.347	12.329
Totale	228.059	225.542	231.006	239.153	236.769



Costo del personale (Valori in migliaia di Euro)	Anno 2023	Anno 2024 (Preconsuntivo)	Variazioni	
			Euro	%
Personale del ruolo sanitario	211.154	209.213	- 1.941	-0,92%
Personale del ruolo professionale	1.090	1.087	- 3	-0,26%
Personale del ruolo tecnico	14.562	14.140	- 422	-2,90%
Personale del ruolo amministrativo	12.347	12.329	- 18	-0,15%
Totale	239.153	236.769	- 2.384	-1,00%

1.2.3 I Risultati raggiunti

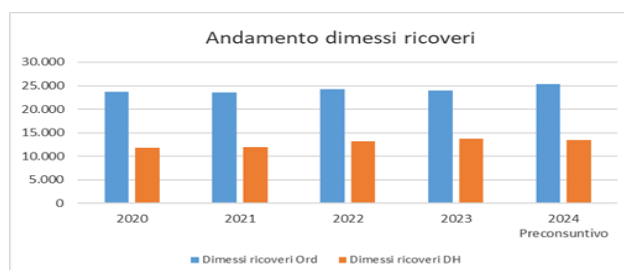
Volumi e valori di produzione

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, DEA di II livello, eroga prestazioni di alta specialità e rappresenta per il territorio, per la Regione Lazio e il centro sud, punto di riferimento per la qualità dell'assistenza e la tipologia delle prestazioni offerte. Di seguito la tendenza riferita all'erogazione delle prestazioni Lea per i cittadini:

- Ricoveri ordinari e ricoveri DH, in termini di n. dimessi e ricavo

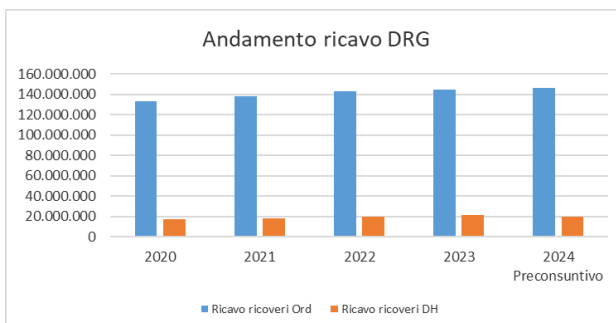
Andamento dimessi ricoveri*					
	2020	2021	2022	2023	2024 Preconsuntivo
Dimessi ricoveri Ord	23.698	23.604	24.286	23.969	25.390
Dimessi ricoveri DH	11.777	12.001	13.141	13.738	13.438
Dimessi Totale	35.475	35.605	37.427	37.707	38.828

* Fonte dati SIO - Anno 2024 Piattaforma HERO



Andamento ricavo DRG*					
	2020	2021	2022	2023	2024 Preconsuntivo
Ricavo ricoveri Ord	133.099.984	138.251.472	143.261.416	144.850.538	146.179.036
Ricavo ricoveri DH	17.267.029	18.050.279	19.847.292	21.392.113	19.974.150
Ricavo Totale	150.367.013	156.301.751	163.108.708	166.242.651	166.153.186

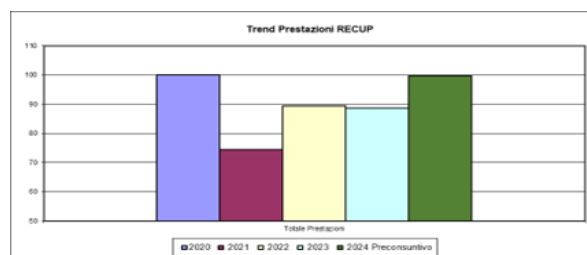
* Fonte dati SIO - Anno 2024 Piattaforma HERO



- Prestazioni RECUP in termini di n. prestazioni e ricavo

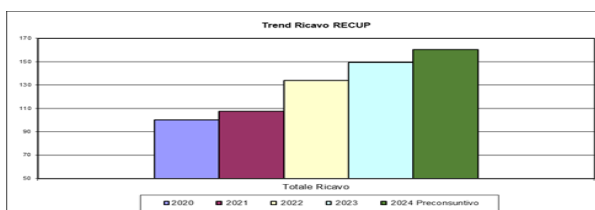
Prestazioni RECUP*					
	2020	2021	2022	2023	2024 Preconsuntivo
Totale Prestazioni	1.157.955	860.777	1.034.657	1.026.892	1.154.773
Totale Prestazioni	100	74	89	89	100

* Fonte dati SIO



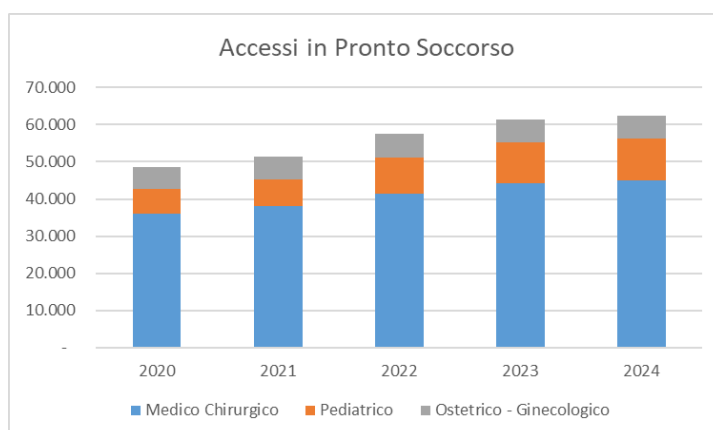
Ricavo RECUP*					
	2020	2021	2022	2023	2024 Preconsuntivo
Totale Ricavo	20.908.659	22.469.853	28.027.911	31.213.106	33.500.989
Totale Ricavo	100	107	134	149	160

* Fonte dati SIO



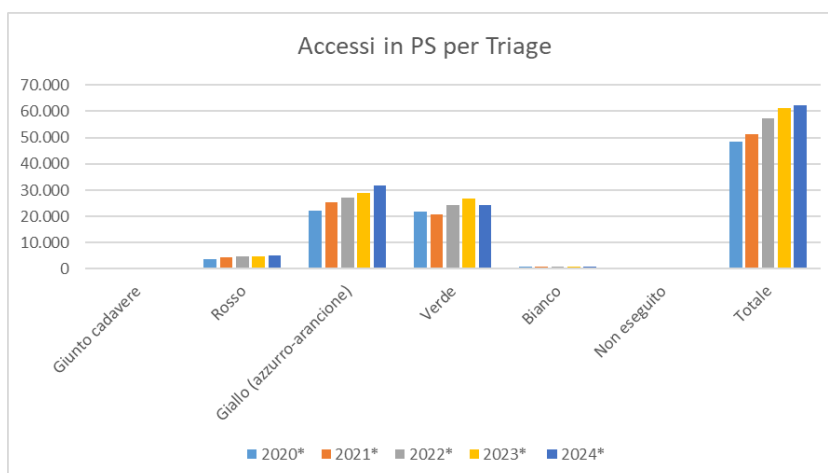
Prestazioni di Pronto Soccorso in termini di Triage ed Esiti

Accessi in Pronto Soccorso	2020	2021	2022	2023	2024
Medico Chirurgico	35.967	37.983	41.487	44.286	44.956
Pediatrico	6.616	7.218	9.666	10.911	11.194
Ostetrico - Ginecologico	6.007	6.156	6.288	6.156	6.130
Totale	48.590	51.357	57.441	61.353	62.280



Accessi in Pronto Soccorso per Triage - TOTALE	2020*	2021*	2022*	2023*	2024*
Giunto cadavere	13	17	22	13	10
Rosso	3.637	4.498	4.701	4.915	5.200
Giallo (azzurro-arancione)	22.195	25.230	27.276	28.784	31.823
Verde	21.733	20.823	24.424	26.630	24.368
Bianco	991	777	1.008	1.002	859
Non eseguito	21	12	10	9	20
Totale	48.590	51.357	57.441	61.353	62.280

* Sono stati recepiti ed aggiornati i codici di Triage alla nuova codifica
 I dati riportati in questo confronto sono stati ricondotti alla codifica antecedente per poter effettuare il corretto raffronto
 I Codici Arancio Azzurro sono stati sommati alle unità in codice Giallo



Con riferimento alle tendenze rappresentate nelle tabelle sopra evidenziate è possibile osservare, per tutte le tipologie di produzione, come gli anni 2020, 2021 e parte del 2022 nonostante siano stati gli anni caratterizzati dalla gestione pandemica e risentano fortemente delle misure che l'Azienda, in attuazione alle disposizioni regionali, ha adottato per l'emergenza COVID-19, hanno perseguito gli obiettivi di cura migliorando nel tempo il trend delle prestazioni erogate.

Dall'anno 2023 l'Azienda ha inteso realizzare una serie di azioni finalizzate al recupero delle prestazioni ambulatoriali e all'efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie e della gestione delle liste di attesa incrementando il livello di ricovero erogate, con impatto fortemente positivo sul valore della produzione aziendale.

Nell'anno 2024 l'Azienda ha continuato a perseguire gli obiettivi di miglioramento delle performance collegate all'appropriatezza, all'efficientamento e all'efficacia delle cure attraverso un'attenta governance sanitaria continuamente monitorata anche rispetto alle risorse e agli spazi disponibili

Per quanto concerne l'attività di Pronto Soccorso l'Azienda San Camillo Forlanini in qualità di DEA di II livello, come evidenziato dai trend nelle tabelle, ha nell'ambito delle sedi di Pronto Soccorso Medico Chirurgico, Pediatrico ed Ostetrico ha proseguito con continuo focus a verificare e migliorare i percorsi della holding attivata nel 2023 nonché del debito posti letto dei reparti rispetto alla criticità del sovraffollamento. Sono stati inoltre attenzionati i tempi di attesa dei diversi codici cercando di ottimizzare i percorsi interni. Sono in corso importanti lavori di ristrutturazione degli spazi dedicati al Pronto Soccorso (sopraelevazione con Fondi Giubileo 2025) che sicuramente nel breve medio termini potranno garantire migliori cure e consentire migliore performance di valore pubblico

1.2.4 Valori economici

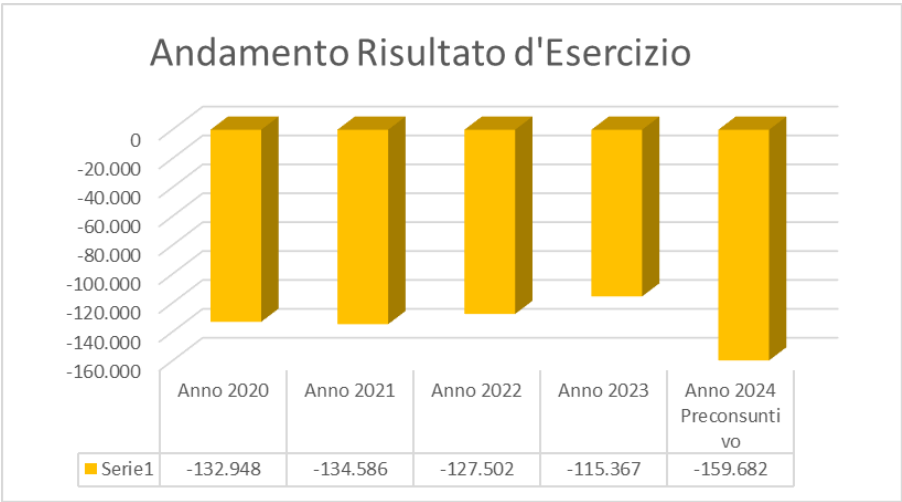
Di seguito vengono illustrati i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi anni, dal 2020 al 2024 (Preconsuntivo). E' possibile osservare come, gli anni 2020, 2021 e parte del 2022, hanno risentito fortemente delle misure che l'Azienda, in attuazione alle disposizioni regionali, ha adottato per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per consentire che in tale situazione fosse garantita la messa in sicurezza degli operatori e dei pazienti con idonei percorsi e procedure, tuttavia, in alcuni casi, economicamente meno remunerativi. Ciò ha determinato un peggioramento dei risultati di esercizio (sia in termini di riduzione della produzione sia in termini di costi della produzione). Si rappresenta tuttavia che la perdita di esercizio registrata nell'anno 2022 costituisce un importante risultato di miglioramento per l'Azienda in quanto legata ad un sostanziale mantenimento dei costi di produzione rispetto all'anno precedente, a fronte di un significativo incremento della produzione. E' importante considerare inoltre che tale risultato è stato ottenuto nonostante il decremento dei finanziamenti regionale per l'emergenza Covid e per la riduzione delle tariffe di accesso al PS.

L'anno 2023, a sua volta, è stato l'anno in cui l'Azienda ha inteso porre in essere una serie di azioni finalizzate al continuo incremento del numero di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate, con impatto positivo sul valore della produzione aziendale, oltre ad azioni legate all'informatizzazione dei processi ed all'accrescimento della sicurezza aziendale, facendo registrare, nell'immediato start up, un rilevante impatto sui costi, ma garantendo al contempo

importanti benefici, ovviamente anche economici, che vedranno tuttavia la loro realizzazione nel medio-lungo termine. Inoltre, al fine di rendere più tempestiva l'azione, tali investimenti, non essendo finanziati in c/capitale, rientrano tra i costi di esercizio già a partire dall'anno 2023. L'anno 2024 è l'anno dell'avvio di importanti investimenti e degli impatti economici derivanti dalla necessità di migliorare le performance e gli outcome in termini di appropriatezza. Infine, sul lato del Valore della produzione, il dato di preconsuntivo 2024 presenta un risultato non ancora consolidato che risente anche dell'incertezza relativa al dato finale della mobilità.

Di seguito tabella e grafico relativi all'andamento del Risultato di esercizio:

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024 Preconsuntivo
A-Valore della produzione	303.738	326.790	332.291	344.325	325.529
B-Costi della produzione	421.594	444.594	445.659	479.002	468.725
Differenza tra valore e costi della produzione	-117.856	-117.804	-113.368	-134.677	-143.196
C-Proventi e oneri finanziari	-20	-46	-71	-36	117
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	-428	-1230	2.130	35.363	142
X-Risultato prima delle imposte	-118.304	-119.080	-111.276	-99.385	-142.937
Y-Imposte e tasse	14.644	15.506	16.226	15.982	16.744
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	-132.948	-134.586	-127.502	-115.367	-159.682



Investimenti Fonti Finanziamenti PNRR 2023_2026

PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA							
	M1C-1.1	M6C2-1.1.1	M6C2-1.1.2	M6C2-1.3	M6C2-1.2	M6C2-1.2	Totale Importo risorse Azienda
	Infrastrutture digitali al cloud	Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature Sanitarie)	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Antisismica PNRR)	Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Antisismica PNC)	
Azienda San Camillo Forlanini	1.619.330,00	6.659.577,11	7.019.900,00	8.897.205,82	18.452.725,43	6.671.974,20	49.320.712,56

Con riferimento alle linee di Finanziamento del PNRR le strutture di competenza hanno attivato diverse progettualità inoltre l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini è stata altresì individuata come Soggetto Attuatore anche per la realizzazione di un Ospedale di Comunità in grado di ospitare 40 posti letto di degenza ordinaria presso il padiglione Monaldi. L'onere finanziario connesso con tale intervento è stimato in circa 9 milioni di euro.

Investimenti Fonti Finanziamenti Giubileo 2025

Con nota prot. 20980 del 27/06/2023 la Regione Lazio ha trasmesso la presentazione degli interventi relativi al Giubileo della Chiesa Cattolica 2025 per l'importo complessivo stimato in € 153.976.192,80 di cui € 5.038.600,00 per gli interventi da realizzarsi a cura dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini interamente a valere sulla quota statale delle risorse di cui all'art. 20 L. n. 67/88 assegnata alla Regione Lazio.

Come richiesto dalla Regione Lazio con nota prot. 23801 del 24/07/2023, l'Azienda Ospedaliera ha trasmesso, con nota prot. 24269 del 26/07/2023, la scheda di dettaglio dell'intervento di sopraelevazione del corpo di fabbrica del padiglione Piastra che ospita il Pronto soccorso pediatrico e la chirurgia d'urgenza per la realizzazione di una nuova boarding area in grado di ospitare n.30 posti letto per l'importo complessivo di € 5.038.600,00.

Con Deliberazione Aziendale n. 1727 del 20/11/2023 l'Azienda Ospedaliera San Camillo ha approvato il progetto di fattibilità tecnico ed economica dando mandato al RUP dell'intervento di indire la Conferenza dei Servizi decisoria in forma semplificata e in modalità asincrona con tutte le Amministrazioni coinvolte nell'iter approvativo dell'intervento acquisito il titolo edilizio ed espletate le procedure di gara per i servizi di ingegneria e per i lavori per il tramite della Società Giubileo S.p.A., l'Azienda è in fase di validazione della progettazione esecutiva e prevede di dare avvio ai lavori entro luglio 2024.

2 SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

2.1.1 Obiettivi Generali

La missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini. Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Per Valore Pubblico in senso stretto si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders. La creazione di Valore pubblico *“più salute, meno rischi, più performance e quindi più Valore pubblico”* è il fondamento sul quale si basa la logica programmatica del PIAO dell’Azienda e rispetto al quale vengono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, nonché l’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, tenendo come valutazione determinante l’impatto positivo che tali progetti aziendali hanno per il benessere complessivo di cittadini, imprese e territorio. Pertanto, l’Azienda proprio per generare Valore Pubblico considera il PIAO non mero adempimento formale ma nuovo modo di fare programmazione che attraverso un’attenta autovalutazione delle possibilità possa individuare proficue azioni di miglioramento. Per consolidare quanto sopra l’Azienda ha dato un ruolo determinante all’elemento della tecnologia e la gestione per progetti specifici nei diversi settori aziendali che attraverso lo stato di avanzamento delle fasi consenta di migliorare il monitoraggio e l’efficacia delle azioni messe in campo. Quindi ponendo al centro la soluzione informatica dei processi si riepilogano le fasi utili alla creazione di Valore Pubblico:

Una soluzione informatica capace di orientare le azioni degli Enti, fornendo loro un supporto per tutte le attività che concorrono alla creazione di Valore pubblico nelle fasi di:

- Pianificare la creazione di valore e misurare il valore creato;
- Agevolare la creazione di valore (Governance e qualità) e proteggere il valore creato (risk e compliance);
- Controllare l’uso efficiente delle risorse al fine di garantire la sostenibilità nel tempo della creazione di valore, intendendo come risorsa sia il tempo delle persone (project) che le risorse economico/finanziarie (controlling);

L’Azienda ha quindi inserito obiettivi strategici ed operativi di valore pubblico che si propone di raggiungere. Tra questi possono esserci:

- Efficienza nell’uso delle risorse: massimizzare i risultati raggiunti con l’impiego delle risorse a disposizione, riducendo sprechi e inefficienze.
- Accesso universale ai servizi: garantire che i servizi pubblici siano accessibili a tutti, indipendentemente da condizione socioeconomica o territoriale.
- Equità: promuovere l’inclusività e la parità di trattamento per tutte le persone.

-
- Sostenibilità ambientale: includere azioni volte alla riduzione dell'impatto ecologico delle attività pubbliche.
 - Trasparenza e responsabilità: agire in modo chiaro e responsabile, informando costantemente i cittadini sulle scelte amministrative e i risultati ottenuti.
 - Formazione: promuovere la crescita professionale e personale degli operatori a tutti i livelli considerando anche le direttive in tal senso di funzione pubblica che considerano elemento essenziale per il PIAO tale settore

Il concetto di valore pubblico all'interno del PIAO per quanto sopra non si limita alla fornitura di servizi, ma riguarda l'intero approccio strategico dell'amministrazione verso il miglioramento delle condizioni della collettività. Definire e monitorare il valore pubblico è essenziale per garantire che le attività amministrative non solo siano efficienti, ma abbiano anche un impatto positivo e duraturo sul benessere della comunità.

La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono poi programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale, nonché di benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro. In particolare, l'Azienda per l'anno 2025 ha affidato alle strutture aziendali competenti specifici obiettivi riguardanti:

- il monitoraggio del benessere organizzativo attraverso somministrazioni di questionari e analisi in focus group tenendo conto delle istanze rappresentate dal Comitato Unico Garanzia nel Piano delle Azioni Positive;
- il miglioramento della comunicazione all'esterno attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, quali ad esempio, l'aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet, etc.);
- la formazione specifica dei Dirigenti finalizzata ad una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità, alla sicurezza ambientale e digitale
- la sicurezza della salute e degli ambienti di lavoro come elemento base per lo sviluppo e il miglioramento delle performance
- la sostenibilità digitale e ambientale nei diversi settori aziendali e con riferimento particolare ai pazienti e agli operatori coinvolti

Inoltre, l'Azienda ha provveduto ad affidare alle strutture sanitarie competenti obiettivi relativi al Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.) con l'obiettivo di definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari e monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo.

Infine, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, per la sostenibilità digitale e ambientale, per il benessere organizzativo ha inserito nell'albero della performance gli obiettivi di budget per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2025 -2027, e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede di budget.

2.1.2 Obiettivi specifici

Di seguito si rappresentano gli obiettivi specifici assegnati alle diverse strutture aziendali nell'ambito della creazione e protezione del Valore Pubblico.

- Obiettivi relativi a: Comunicazione ai cittadini, sicurezza, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro, digitalizzazione e sostenibilità ambientale.

F - AREA DELLA COMUNICAZIONE AI CITTADINI, DELLA SICUREZZA, DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO E DELLA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE			
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Garantire la sicurezza della cura, degli ambienti di lavoro e delle infrastrutture informatiche	Realizzazione di interventi per garantire la sicurezza informatica e la protezione dei dati clinici e amministrativi	Potenziamento del perimetro di sicurezza aziendale per mitigare al minimo i rischi di incidenti in materia di cybersecurity	N. 1 Report al 31.12 sulle azioni poste in essere
		Potenziamento delle infrastrutture informatiche in conformità con la normativa GDPR	N. 2 audit entro il 31.12 sulla sicurezza informatica
Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute	Aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet) per facilitare l'accesso e la gestione dei percorsi	N. 1 report al 31.12 sugli aggiornamenti effettuati nel corso dell'anno
Miglioramento delle misure di prevenzione e controllo per la riduzione delle infezioni correlate all'Assistenza (ICA)	Messa a regime dell'utilizzo della Piattaforma tecnologica di Prevenzione, Controllo e Trattamento delle Infezioni (DARM) (Delibera n. 1723 del 1.11.2024) per riduzione dei rischi di acquisizione e trasmissione delle infezioni nonché per la riduzione dell'impatto economico nel trattamento delle ICA tramite costante monitoraggio e controllo dei flussi informativi integrati	Coinvolgimento dei pazienti e familiari - indagini di soddisfazione post ricovero	N. 1 questionario di soddisfazione somministrato entro il 31.12
		Implementazione e monitoraggio dell'igiene delle mani - assicurare la disponibilità di soluzioni idroalcoliche in almeno il 95% delle aree critiche	N. 2 Report al 30.06 e al 31.12 attestante la presenza delle soluzioni idroalcoliche in almeno il 95% delle aree critiche
		Organizzare sessioni di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario sul tema della prevenzione delle ICA con focus su igiene mani, utilizzo corretto dei DPI e gestione dispositivi medici	N. operatori formati / N. operatori da formare = 100%
		Riduzione dell'incidenza totale delle ICA del 20% rispetto all'anno precedente	ICA anno in corso / ICA anno precedente <= 80%
			Monitoraggio seguente indicatore per tutte le UU.OO. sanitarie: ICA anno in corso / ICA anno precedente <= 80% N. 2 report al 30.06 e al 31.12 alla Direzione e alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione
		Sviluppo di sistemi di sorveglianza attiva e audit clinici sullo stato di applicazione dei protocolli di prevenzione e identificazione eventuali gap organizzativi e o formativi	N. 3 audit al 30.06, al 30.09 e al 31.12 con relazione alla Direzione aziendale
Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Realizzazione di interventi per garantire parità, pari opportunità, benessere organizzativo nonché contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Attivazione della figura del Consigliere di Fiducia	N. 1 deliberazione di nomina entro il 30.09
		Formazione specifica per i Dirigenti	N. 3 corsi di formazione da organizzare entro il 31.12
		Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. personale farmacista partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1 N. personale medico partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1
		Monitoraggio dell'attività svolta dallo Sportello di ascolto rivolto al contrasto della violenza di genere e ad aiuto delle persone fragili	N. 2 report, al 30.06 ed al 31.12, con evidenza dell'attività svolta
		Nomina del Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità	N. 1 deliberazione di nomina entro il 30.09
		Promozione salute e benessere del personale dipendente attraverso l'attivazione di percorsi dedicati di screening	N. 1 percorso di screening rivolto al personale dipendente progettato entro il 31.12 N. percorsi di screening rivolti al personale dipendente progettati entro il 31.12 >= 5
		Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza	N. 1 report al 31.12 con evidenza delle attività svolte in relazione al monitoraggio effettuato
		Verifica protocollo di intervento a tutela dell'infanzia/violenza di genere	N. 1 report al 31.12 degli interventi effettuati
		Implementazione ed attuazione delle soluzioni ICT per la patient experience (self pagamento, servizi URP, geolocalizzazione per utenza)	N.2 Report al 30.06 e al 31.12 sullo stato di avanzamento dei progetti in collaborazione con le strutture coinvolte
		Aggiornamento tecnologico attraverso la digitalizzazione dei servizi	N.2 Report al 30.06 e al 31.12 sullo stato di avanzamento dei progetti
Potenziamento della digitalizzazione aziendale	Miglioramento accoglienza digitale		
Miglioramento della sostenibilità ambientale	Miglioramento della gestione dei rifiuti e riduzione dell'inquinamento	Monitoraggio del ciclo dei rifiuti speciali e dei rifiuti assimilati agli urbani	N. 1 Relazione al 31.12 con report sul monitoraggio
	Ottimizzazione piano della mobilità allo scopo di creare un ambiente più sano per pazienti, visitatori ed operatori	Gestione nuovo modello organizzativo trasporti interni (gara esterna)	N. 3 Report al 30.06, al 30.09 e al 31.12 con evidenza rispetto dei termini contrattuali, del miglioramento dell'organizzazione ed eventuali azioni correttive

➤ Obiettivi relativi a: Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.)

B - AREA DELL'APPROPRIATEZZA			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Performance dell'attività	Indicatori di processo e di esito - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari - P.Re.Val.E.	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni di accesso nella struttura di ricovero in pazienti ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri ordinari in regime ordinario. La data di accesso corrisponde alla data di ricovero per frattura del collo del femore o, dove presente, alla data di accesso nel PS della struttura di ricovero (target: media Regione Lazio 64,15%)
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	N. 1 report al 31.12 su andamento indicatori P.Re.Val.E
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Cardiologia, UOC Medicina d'Urgenza - P.S. - Oss. Breve, UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)	Proporzione di infarti miocardici con soprassielamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (target: media Regione Lazio 55,91%) (dato attuale aziendale 37%) Azione di miglioramento
			Proporzione di infarti miocardici con soprassielamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.
			Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti dalla data e ora di accesso nella struttura di ricovero sul numero di episodi di STEMI ricoverati nella stessa struttura. La data di accesso corrisponde alla data del primo ricovero per STEMI o, dove presente alla data dell'accesso nel PS della stessa struttura di ricovero. (media Regione Lazio 59,59%)
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Ostetricia e Ginecologia e UOSD Igien e Tecnica Ospedaliera)	Proporzione di infarto miocardico STEMI trattati con PTCA e dimessi dal PS (misurato come "durata complessiva intervento" su GIPSE) entro 45 minuti nel 55,91% degli accessi di tali pazienti
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOSD Chir. Oncologica della Mammella e UOSD Gestione Documentazione Sanitaria)	Percentuale di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo (target: media Regione Lazio 7,05%)
			Proporzione di nuovo interventi di resezione entro 120 gg. dall'intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (target: standard media regione Lazio 5,39%) (Dato attuale aziendale 6,21%)

➤ Obiettivi relativi a: Prevenzione della corruzione e trasparenza

E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adozione del Piano della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza ed Integrità dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, ai sensi della Legge n. 190 del 6/11/2012 e del D.Lgs n. 33 del 14/03/2013	N. 1 Piano entro i termini di scadenza
		Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge	N.1 elenco con indicazione delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti, inseriti nel Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza
		Trasmissione alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione degli adempimenti relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiranno obiettivi di performance organizzativa dell'anno	N. 1 elenco degli adempimenti/obiettivi entro il 31.01 dell'anno successivo
		Adempimenti di legge che il Resp. della Prevenz. della Corruz. e della Trasp. (RPCT) dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge	Assolvimento degli obblighi di trasparenza attraverso la produzione, la diretta pubblicazione e aggiornamento dei dati di competenza sul sito web aziendale nella sezione del sito aziendale "Amministrazione trasparente", attraverso l'utilizzo del Programma "PA33", nei termini stabiliti dalle disposizioni sulla Trasparenza indicate nell'Al. 1 alla Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO.
			N. 2 attestazioni, al 30/06 ed al 30/11, al RPCT dell'avvenuto aggiornamento dei dati pubblicati e del rispetto dei termini per la pubblicazione
			N. 1 attestazione al RPCT, entro il 30/11, dell'attuazione e del rispetto delle misure di prevenzione generali e specifiche indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO per tutti i responsabili di struttura e rendicontazione sull'attuazione delle misure specifiche secondo la tempistica ivi indicata, nonché attestazione dell'attuazione delle misure di prevenzione dagli stessi Responsabili di struttura proposte nella mappatura/analisi dei rischi. In ipotesi di mancata attuazione delle misure di prevenzione produzione delle motivazioni
			N. 1 attestazione al RPCT, entro il 30/11, dell'attuazione e del rispetto di tutte le misure di prevenzione indicate nella Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO, nonché attestazione dell'attuazione delle misure di prevenzione dagli stessi Responsabili di struttura proposte nella mappatura/analisi dei rischi. In ipotesi di mancata attuazione delle misure di prevenzione produzione delle motivazioni
			N. 1 segnalazione al 30/11 al RPCT di eventuali ulteriori eventi rischiosi e correlate misure di prevenzione con riferimento ai processi mappati dal RPCT e dalle strutture
			N. 1 verifica ed aggiornamento, entro il 30/06, della mappatura dei processi in collaborazione con il RPCT, anche rispetto alle modifiche organizzative intervenute unitamente alla rilevazione, valutazione ed analisi del rischio e del relativo trattamento nel rispetto delle indicazioni metodologiche indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO

➤ Obiettivi relativi a: Formazione del personale

OBIETTIVI DI FORMAZIONE			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Formazione e relazioni con l'utenza interna/esterna	Miglioramento processi formativi aziendali	Formazione del personale aziendale in materia di Audit	N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12 in materia di Audit
		Formazione del personale aziendale in materia di trattamento dei dati personali	N. 3 corsi di formazione espletati entro il 31.12 in materia di trattamento dei dati personali
			N. personale dirigenziale della struttura partecipante al corso in materia di trattamento di dati personali >= 1
	Potenziamento dell'attività di formazione e delle azioni di verifica e controllo in tema di qualità ed efficacia dei servizi offerti	Formazione del personale in materia di "Intelligenza Artificiale" nell'ambito della diagnostica per immagini	Partecipazione del personale medico ai corsi di formazione in tema di Intelligenza Artificiale >= 80%
		Garantire gli adempimenti del programma di formazione sicurezza (Piano formativo aziendale) al 31.12	N. corsi espletati entro il 31.12 maggiore o uguale a 3
		Garantire la formazione continua agli operatori sanitari attraverso la formazione sul campo (FSC) e metodologie FAD cartacee e Res di corsi considerati prioritari rispetto ai bisogni formativi espressi e/o cogenti	N. 6 corsi da svolgere entro il 31.12
		Realizzazione di un corso di formazione aziendale sulle segnalazioni di ADR e Farmacovigilanza	N. 1 corso realizzato entro il 31.12
Miglioramento delle misure di prevenzione e controllo per la riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	Messa a regime dell'utilizzo della Piattaforma tecnologica di Prevenzione, Controllo e Trattamento delle Infezioni (DARM) (Delibera n. 1723 del 1.11.2024) per riduzione dei rischi di acquisizione e trasmissione delle infezioni nonché per la riduzione dell'impatto economico nel trattamento delle ICA tramite costante monitoraggio e controllo dei flussi informativi integrati	Organizzare sessioni di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario sul tema della prevenzione delle ICA con focus su igiene mani, utilizzo corretto dei DPI e gestione dispositivi medici	N. operatori formati / N. operatori da formare = 100%
Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Realizzazione di interventi per garantire parità, pari opportunità, benessere organizzativo nonché contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. 3 corsi di formazione da organizzare entro il 31.12
			N. personale medico e farmacista partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1

2.1.3 Programmazione finanziaria

Con nota n. U.1411117 del 15.11.2024, avente ad oggetto: “Linee guida per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2025”, la Regione Lazio ha avviato il processo di negoziazione del budget 2025 con le aziende sanitarie e ha fornito gli indirizzi ed i criteri per le principali voci e macroaggregati per la predisposizione del BEP 2025;

L’Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini, a seguito della nota sopracitata, ha formulato le previsioni economiche per l’esercizio 2025 e con deliberazione del Direttore Generale n. 2126 del 27 dicembre 2024 ha approvato il Bilancio Preventivo Economico provvisorio 2025. Successivamente Regione Lazio ha approvato con DGR 1185 30/11/2024 i Bilanci di Previsione degli Enti del SSR da cui si evince una riduzione dei costi dell’Azienda di circa 20milioni.

Di seguito si riporta la scheda relativa al Bilancio Economico Preventivo rimodulato da Regione Lazio per l’anno 2025:

ID	CONTO ECONOMICO	PREVENTIVO 2025 DGR 1185_2024	PRECONSUNTIVO 2024	CONSUNTIVO 2023	DIFF. (val. ass.) PREVENTIVO 2025 VS PRECONSUNTIVO 2024	DIFF. (%) PREVENTIVO 2025 VS PRECONSUNTIVO 2024
A1	Contributi F.S.R.	57.220.503,19	56.915.454,32	65.704.215,33	305.048,87	0,54%
A2	Saldo Mobilità	248.819.241,13	234.089.675,22	236.744.734,06	14.729.565,91	6,29%
A3	Entrate Proprie	18.110.274,68	10.011.696,85	12.840.560,26	8.098.577,83	80,89%
A4	Saldo Intramoenia	2.900.000,00	2.888.105,86	3.845.013,54	11.894,14	0,41%
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	8.528.725,33	12.691.562,50	6.890.435,06	4.162.837,17	-32,80%
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	4.350.847,77	398.071,00	4.952.675,31	3.952.776,77	992,98%
A	Totale Ricavi Netti	322.872.141,44	291.611.440,75	307.291.412,82	31.260.700,70	10,72%
B1	Personale	259.385.715,55	236.769.316,66	239.152.997,01	22.616.398,89	9,55%
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	55.162.188,00	51.997.203,05	45.223.497,84	3.164.984,95	6,09%
B3	Altri Beni E Servizi	142.334.310,55	134.406.022,96	124.162.339,47	7.928.287,59	5,90%
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	3.283.950,38	3.283.950,38	3.283.950,38	-	0,00%
B5	Accantonamenti	6.219.188,16	12.692.641,92	14.492.238,61	6.473.453,75	-51,00%
B6	Variazione Rimanenze	-	5.841.600,06	815.041,47	5.841.600,06	-100,00%
B	Totale Costi Interni	466.385.352,64	433.307.534,90	425.499.981,84	33.077.817,74	7,63%
C1	Medicina Di Base	-	-	-	-	
C2	Farmaceutica Convenzionata	-	-	-	-	
C3	Prestazioni Da Privato	3.361.612,70	1.492.720,77	1.009.956,60	1.868.891,93	125,20%
C	Totale Costi Esterni	3.361.612,70	1.492.720,77	1.009.956,60	1.868.891,93	125,20%
D	Totale Costi Operativi (B+C)	469.746.965,34	434.800.255,67	426.509.938,44	34.946.709,67	8,04%
E	Margine Operativo (A-D)	146.874.823,90	-143.188.814,93	-119.218.525,62	3.686.008,97	2,57%
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	-	-	14.637.488,58	-	
F2	Saldo Gestione Finanziaria	135.994,90	116.600,51	70.937,33	252.595,41	-216,63%
F3	Oneri Fiscali	17.403.029,89	16.877.524,91	16.159.752,09	525.504,98	3,11%
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-	268.217,75	34.719.293,69	268.217,75	-100,00%
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	17.539.024,79	16.492.706,65	3.851.115,69	1.046.318,14	6,34%
G	Risultato Economico (E-F)	164.413.848,69	-159.681.521,58	-115.367.409,93	4.732.327,11	2,96%

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Piano della Performance 2025-2027

La strategia aziendale, oltre che al piano triennale della performance ed i relativi aggiornamenti annuali, fa riferimento agli atti e agli indirizzi nazionali e regionali. In tale ambito, assumono un'elevata rilevanza strategica i Piani Operativi Regionali e gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali con decreti regionali.

La programmazione dell'Azienda, inoltre, fa riferimento al piano strategico, elaborato secondo le indicazioni della Programmazione Regionale: esso rappresenta la specificazione della configurazione organizzativa dei servizi. Pertanto, la declinazione degli obiettivi strategici è la risultante dei seguenti atti di programmazione aziendali

- il piano triennale della performance, documento programmatico che – come detto - individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'Azienda e che tutte le amministrazioni pubbliche debbono adottare ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 150/2009. Il piano individua nella sua interezza la chiara e trasparente definizione delle responsabilità dei diversi attori in merito alla definizione degli obiettivi ed al relativo conseguimento delle prestazioni attese e realizzate;
- il piano programmatico aziendale, il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio economico preventivo che rappresentano gli strumenti operativi per il raccordo tra le attività previste e le risorse a disposizione;

Nell'albero della performance aziendale sono state rappresentate, come sopra evidenziato, le cinque Aree strategiche ed i relativi obiettivi strategici: Gli indirizzi generali che l'Azienda definisce per il triennio 2025 -2027 sono articolati nelle seguenti Aree Strategiche

1) Area strategica A - Area dell'efficienza organizzativa:

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di miglioramento di governo delle diverse linee di attività ai fini dell'efficientamento su vari aspetti delle stesse stabilita la rilevanza dei controlli sulla qualità aziendale e sul rischio correlato

2) Area strategica B - Area dell'appropriatezza;

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo dei diversi regimi e dei processi e procedure in esse sottostanti finalizzati al miglioramento delle performance e dei volumi di produzione delle prestazioni erogate

3) Area strategica C - Area della produzione e della gestione economico-finanziaria;

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di relazione tra Ciclo di Gestione della Performance e gli obiettivi dei Piani di efficientamento e riqualificazione/ concordamenti regionale al fine di realizzare la corretta allocazione delle risorse rispetto agli obiettivi e l'efficienza dell'attività sia in ambito sanitario che amministrativo.

4) Area strategica D - Area della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment;

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di valutazione dei processi organizzativi e dell'attività sanitaria ed amministrativa sia per adempimento ed allineamento operativo alle normative sia per esigenza di riorganizzazione aziendale finalizzata alla efficienza e continuo miglioramento

5) Area strategica E - Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia e rispondere agli adempimenti di legge riferiti all'attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza anche attraverso il legame con la performance e con gli obiettivi assegnati alle unità operative aziendali.

6) Area strategica F – Area della comunicazione ai cittadini, della sicurezza, del benessere organizzativo e della sostenibilità ambientale

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire il miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute. Garantire, altresì, la sicurezza della cura e degli ambienti di lavoro, i principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere. Infine, potenziare la digitalizzazione aziendale e migliorare la sostenibilità ambientale.

2.2.2 Programmazione strategica

L'Azienda intende proseguire il percorso di riprogrammazione e potenziamento dell'offerta ospedaliera, in merito sia alla riorganizzazione e all'efficientamento di alcuni ambiti clinico assistenziali propri, sia alle funzioni delle singole strutture ospedaliere all'interno della rete dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti.

Tali obiettivi strategici potranno essere realizzati attraverso azioni collegate al miglioramento dei processi e procedure in ambito sanitario ed amministrativo che consentano di implementare e mettere a regime percorsi già attivati negli anni precedenti quali soluzioni di continuità e sviluppo.

Nell'ambito delle aree strategiche sopra elencate, la Direzione aziendale, anche con riferimento alle specifiche richieste di Regione Lazio, ha programmato di potenziare gli ambiti di seguito sintetizzati:

Area strategica dell'efficienza organizzativa

Obiettivo strategico: redistribuzione Fisica e Distributiva delle Unità Operative per Sicurezza ed Efficienza

La Direzione Strategica nell'anno 2025 ha interesse a porre in essere azioni di miglioramento organizzativo a supporto dell'efficientamento dell'apparato nel suo complesso per consentire l'ottimizzazione dei processi aziendali.

L'Azienda, in tale contesto, anche alla luce delle direttive regionali in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera e in vista dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale prevista nei primi mesi del 2025, ha condotto analisi che hanno consentito di sviluppare alcune strategie di miglioramento logistico, da cui scaturiranno interventi mirati e finalizzati alla riorganizzazione e all'efficientamento dei percorsi di cura.

Gli interventi riguardano in particolare la riorganizzazione fisica e distributiva delle Unità Operative per ottimizzare la sicurezza, l'efficienza e la continuità dei percorsi assistenziali e garantire l'appropriatezza delle cure. L'Azienda mira alla riprogettazione e redistribuzione fisica delle Unità Operative e dei relativi servizi ospedalieri, creando percorsi dedicati, sicuri ed efficienti, capaci di migliorare l'assistenza al paziente, ridurre i tempi e ottimizzare l'uso delle risorse.

Le strategie di intervento in particolare interessano i seguenti padiglioni:

Padiglione Puddu: spostamento di tutte le funzioni non sanitarie, spostamento medicina d'urgenza nel padiglione piastra, riallocazione della UOC Cardiocirurgia con 52 pp.II. di cui 8 semi intensivi, realizzazione al Piano -1 del blocco chirurgico di Cardiocirurgia, Riammodernamento UTIC.

Padiglione Bassi: manutenzione straordinaria della UOC Oncologia con nuova realizzazione sullo spazio posteriore esterno di nuovi locali per il DH;

Padiglione Flaiani: realizzazione sale endoscopiche al piano III

Padiglione Sala: riqualificazione alberghiera

Padiglione centrale Piastra: riallocazione Medicina d'Urgenza proveniente dal Padiglione Puddu, acquisizione e collocazione nuova FUS;

Padiglione Antonini: riqualificazione immobile, allocazione PET TC, allocazione PET RMN

Inoltre, è prevista la risistemazione dei parcheggi aziendali.

Per attuare le strategie di intervento sopra descritte sono necessarie le seguenti attività:

- Analisi della configurazione attuale e identificazione delle criticità
- Progettazione di una nuova distribuzione delle Unità Operative
- Ottimizzazione dei percorsi dei pazienti
- Potenziamento delle aree critiche
- Introduzione di sistemi di segnaletica e comunicazione
- Formazione del personale sulle modifiche distributive
- Monitoraggio e valutazione dell'impatto della redistribuzione

Area strategica della produzione e della gestione economico – finanziaria

Obiettivo strategico: potenziamento delle linee di chirurgia ed efficientamento della robotica

L'Azienda intende potenziare l'attività chirurgica attraverso il miglior utilizzo della programmazione e della gestione delle camere operatorie. Tale linea, visti gli interventi strutturali e di organico effettuati negli ultimi anni, dovrà essere orientata al miglioramento dell'efficienza attraverso l'attuazione dei percorsi sopra descritti di ottimizzazione della logistica nella gestione del paziente e delle CC.OO., con relativo aumento degli interventi effettuati e della loro complessità.

Nel corso dell'anno 2025 saranno garantite con attenta riprogrammazione dinamica, tra le varie sale operatorie aziendali disponibili, le attività di chirurgia svolte presso le sale operatorie poste al quinto piano del padiglione Puddu.

Tali sale operatorie saranno messe a disposizione della UOC Chirurgia Generale e dei Trapianti d'Organo che, ai sensi degli accordi tra l'Azienda e l'INMI L. Spallanzani, verrà ricollocata presso l'A.O. San Camillo-Forlanini.

Inoltre, anche per effetto della messa a regime dell'utilizzo di un nuovo sistema informatico per la gestione ed il monitoraggio periodico degli andamenti relativi agli interventi eseguiti, si prevede un ulteriore efficientamento della gestione dell'area chirurgica con relativo abbattimento delle liste di attesa.

L'anno 2025 risulta di rilevanza strategica per l'efficientamento delle sale operatorie in generale ed in particolare per la sala dedicata alla robotica, in considerazione del fatto che la Direzione strategica intende potenziarne l'attività attraverso un efficientamento della programmazione degli spazi operatori.

Obiettivo strategico: riorganizzazione e potenziamento dell'attività di chirurgia dei trapianti d'organo

Grande importanza nell'ambito della strategia anno 2025 assume l'attività di chirurgia dei trapianti che, in considerazione degli alti livelli di attività e degli eccellenti livelli di cura raggiunti, rende la stessa una realtà di eccellenza in ambito nazionale. Proprio per tali motivazioni, come sopra anticipato, è in programma la ricollocazione della struttura "Chirurgia Generale e dei Trapianti d'Organo", ora allocata all'interno dell'INMI L. Spallanzani. Pertanto, il 2025 rappresenterà l'anno di miglioramento dei percorsi e delle procedure relative ai trapianti anche per effetto dell'importante ruolo svolto presso l'Azienda dal Centro Regione Trapianti Lazio.

Obiettivo strategico: incremento delle prestazioni di diagnostica

Per il 2025 l'Azienda mira ad ottimizzare l'utilizzo delle attrezzature ad alta tecnologia già presenti (vedi apparecchiature di Rm e Tc di ultima generazione). Inoltre, la prossima acquisizione di una PET TC e di una PET RMN, consentiranno all'Azienda di offrire un servizio di diagnostica per immagini altamente tecnologico ed una conseguente ottimizzazione del percorso diagnostico del paziente oncologico.

Obiettivo strategico: potenziamento dell'attività Area materno-infantile

In tale Area per l'anno 2025 è prevista la conclusione di importanti lavori di ristrutturazione iniziati nel 2023 e proseguiti nel 2024. Tali lavori consentiranno il miglioramento della gestione dei percorsi per la cura della donna e del bambino coniugando altresì due aspetti fondamentali all'interno dei percorsi medesimi, ovvero comfort e sicurezza dei pazienti. Con tali azioni l'Azienda auspica di invertire il trend in diminuzione del n. dei parti rilevato in questi ultimi anni, tornando sopra il totale di 2.000 parti l'anno nel breve termine e andare verso i 3.000 nei prossimi anni.

Obiettivo strategico: monitoraggio attività libero professionale intramuraria

La libera professione intramuraria è lo strumento, sancito per legge e regolamentato dalle linee guida regionali adottate con DCA U00440/2014, che garantisce il diritto dell'utente alla scelta fiduciaria del medico, valorizzando al contempo, il ruolo dei professionisti e il loro patrimonio di capacità, conoscenze ed esperienza. I dirigenti medici e sanitari,

dipendenti dell'Azienda con rapporto di lavoro esclusivo, possono esercitare, in nome e per conto dell'Azienda stessa - al di fuori dell'orario di servizio - attività libero professionale all'interno della struttura.

L'Azienda adotta sistemi di controllo periodici, utilizzando appositi indicatori, per i diversi aspetti che caratterizzano le attività intramoenia e per la rilevazione tempestiva di eventuali irregolarità. I risultati delle attività di controllo e verifica vengono trasmessi alla Regione Lazio che provvede a trasmetterli all'Osservatorio Nazionale.

Gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire sono pertanto i seguenti:

- Monitoraggio annuale attività libero professionale intramuraria, attraverso la verifica del rispetto dei limiti percentuali stabiliti dalla normativa vigente con riferimento alle unità operative, all'attività individuale e alle prestazioni di diagnostica strumentale.
- Monitoraggio agende prestazioni ambulatoriali in ambito istituzionale e libera professione attraverso il controllo delle prestazioni erogate in attività istituzionale e libero professionale per singolo professionista. Il numero delle prestazioni erogate in ambito libero professionale non dovrà essere superiore a quelle erogate in ambito istituzionale.

Area strategica dell'Innovazione del Controllo, dello Sviluppo e dell'Empowerment

Obiettivo strategico: informatizzazione completa della logistica del farmaco

L'Azienda mira alla digitalizzazione integrata del processo di gestione e logistica del farmaco per ottimizzare l'efficienza, la tracciabilità e la sicurezza terapeutica, ovvero informatizzare completamente il ciclo logistico del farmaco, dalla prescrizione alla somministrazione, passando per l'approvvigionamento, la distribuzione e la conservazione, per garantire trasparenza, riduzione degli sprechi e miglioramento della sicurezza dei pazienti. In particolare, si intende implementare un sistema di prescrizione elettronica. Un sistema di logistica del farmaco completamente informatizzato che garantisca la tracciabilità totale, l'efficienza operativa, la riduzione degli sprechi e la massima sicurezza terapeutica per i pazienti.

L'obiettivo prevede i seguenti step:

- Informatizzazione della prescrizione e somministrazione del farmaco
- Gestione informatizzata della farmacia ospedaliera
- Digitalizzazione della distribuzione interna del farmaco
- Riduzione degli errori terapeutici
- Formazione del personale
- Monitoraggio e analisi dei dati

Area strategica della Appropriatezza

Obiettivo strategico: Riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

L'obiettivo dell'Azienda è focalizzato sul miglioramento delle misure di prevenzione e controllo per la riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) attraverso l'implementazione di strategie efficaci e sostenibili per ridurre

l'incidenza delle ICA nell'ospedale, migliorando le pratiche di igiene, l'aderenza ai protocolli clinici e la gestione dei dispositivi medici, in conformità con le linee guida nazionali e internazionali. Un ambiente ospedaliero più sicuro, con una significativa riduzione delle infezioni correlate all'assistenza, migliorando al contempo la qualità e la sicurezza delle cure offerte.

L'obiettivo prevede l'applicazione delle procedure previste dalla Piattaforma DARM, in particolare:

- Sensibilizzazione e formazione del personale sanitario
- Organizzare almeno tre sessioni di formazione annuali sul tema della prevenzione delle ICA, con focus su igiene delle mani, utilizzo corretto di dispositivi di protezione individuale (DPI) e gestione dei dispositivi medici
- Verificare l'adesione ai programmi formativi di almeno il 90% del personale sanitario
- Implementazione e monitoraggio dell'igiene delle mani
- Assicurare la disponibilità di soluzioni idroalcoliche in almeno il 95% delle aree critiche e sensibilizzare il personale sull'importanza dell'igiene delle mani attraverso audit mensili
- Raggiungere un livello di compliance documentata superiore all'85% in merito all'igiene delle mani entro la fine dell'anno
- Controllo e monitoraggio delle pratiche invasive
- Ridurre del 10% l'incidenza di infezioni legate a cateteri venosi centrali, dispositivi urinari e ventilatori meccanici rispetto all'anno precedente
- Realizzare controlli trimestrali randomizzati per verificare l'applicazione dei bundle di prevenzione per ciascun tipo di infezione correlata
- Sviluppo di sistemi di sorveglianza attiva e audit clinici
- Istituire un sistema di monitoraggio continuo per raccogliere dati sulle ICA e produrre report trimestrali che evidenzino l'incidenza, i fattori di rischio e le aree critiche
- Realizzare almeno 4 audit annuali per valutare l'applicazione dei protocolli di prevenzione e identificare eventuali gap organizzativi o formativi
- Comunicazione e coinvolgimento dei pazienti e familiari
- Diffondere materiale informativo (poster, brochure, video) sulle buone pratiche di prevenzione delle infezioni, rivolto a pazienti e familiari
- Valutare il grado di consapevolezza dei pazienti attraverso indagini di soddisfazione post-ricovero

Obiettivo strategico: appropriatezza prescrittiva

I farmaci rappresentano un essenziale strumento di tutela della salute e sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza. La finalità dell'assistenza farmaceutica è quella di garantire ai cittadini farmaci con il migliore profilo beneficio-rischio, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata.

Particolarmente critica è la spesa per farmaci in distribuzione diretta in cui ricadono la maggior parte dei farmaci innovativi, potenzialmente innovativi e ad alto costo. A tal proposito, è importante sottolineare che i potenziali risparmi conseguenti alle azioni che verranno implementate nelle aree dell'Appropriatezza Prescrittiva e della Governance del Farmaco, costituiranno una fondamentale risorsa economica per contenere l'atteso incremento della spesa in farmaci innovativi e ad alto costo.

Il contenimento della spesa farmaceutica deve essere perseguito potenziando la governance dei farmaci dall'approvvigionamento alla prescrizione, favorendo la prescrizione di molecole a più basso costo e/o scadute di brevetto, e individuando le categorie terapeutiche a maggior impatto.

Gli obiettivi individuati, di seguito elencati, sono orientati al maggior utilizzo del farmaco biosimilare a seguito delle scadenze brevettuali, e includono anche le terapie antibiotiche, per le quali il fenomeno della farmaco resistenza rischia di comprometterne sensibilmente l'efficacia.

- Valutazione d'uso di farmaci biologici e biosimilari con medesima indicazione terapeutica e/o diverso meccanismo d'azione al fine di incentivare l'utilizzo dei farmaci biosimilari a minor prezzo.
- Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e valutazione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale al fine di migliorare il consumo appropriato di antibiotici.

2.2.3 Obiettivi di accoglienza digitale

“Per accessibilità digitale, si intende la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari”

L'Azienda Ospedaliera sta orientando i propri progetti al fine di incrementare l'accoglienza digitale. Tali progettazioni sono orientate ad una digitalizzazione dei processi correlati alla Patient Experience, con l'obiettivo di fornire strumenti che prevedono l'adozione di un sistema integrato ed interoperabile completo per l'accoglienza digitale del paziente (sportelli, ambulatori e Pronto Soccorso), navigazione guidata dei pazienti sia all'interno sia all'esterno dei Padiglioni della Struttura, piattaforma di Contact Center multicanale e app mobile unica per la fruizione dei moduli di cui sopra.

La progettualità prevede l'adozione di sistemi sono conformi alla normativa CE e progettati secondo le norme **American Disabilities Act (ADA)** al fine di consentire la piena accessibilità anche per i diversamente abili e per garantire l'operatività 24h su 24.

L'implementazione di tale progetto garantirebbe al paziente un miglioramento della patient experience e minori tempi di attesa, e al tempo stesso garantirebbe all'Azienda una riduzione dei carichi di lavoro del personale amministrativo ed una conseguente riduzione dei costi, con la possibilità di riallocare le risorse su attività a maggiore valore aggiunto.

Gli obiettivi che tale progettualità si pone, contando sull'esperienza relativa all'implementazione di soluzioni ICT per la Patient Experience in ambito sanitario, sono i seguenti:

- Sviluppare una soluzione completa di Patient Experience, ovvero permettere le operazioni di self-pagamento e self-accettazione mediante totem multifunzione posizionati in punti strategici della Struttura;
- Estendere la soluzione alle prestazioni convenzionate SSN, provvedendo all'aggiornamento tecnologico ed alla centralizzazione dei sistemi di accoglienza, ottimizzando gli investimenti e migliorando la qualità dei servizi offerti all'utenza;
- Ampliare le funzionalità dei totem permettendo il ritiro di referti radiografici, la gestione degli accessi di 1° livello (sportelli CUP) e delle chiamate di 2° livello (ambulatori);
- Dotarsi di una piattaforma multicanale al servizio dell'URP: centralino, gestione ticket e reclami, customer satisfaction, con l'ausilio di chatbot informativi e dispositivi su sito web dell'A. O.;
- Completare la Patient Experience dotando l'utenza di un'applicazione mobile aziendale unica per la gestione e virtualizzazione delle operazioni sopra elencate;
- Implementare sull'applicazione mobile un modulo di geolocalizzazione per permettere di guidare l'utenza sia al di fuori dei Padiglioni dell'A.O. (navigazione outdoor) sia all'interno della Struttura (navigazione indoor).

2.2.4 Obiettivi di digitalizzazione

L'Azienda Ospedaliera nel 2023 ha intrapreso più progettualità pluriennali atte ad un aggiornamento tecnologico complessivo dell'intera Azienda, sia delle infrastrutture a supporto dei sistemi informatici, sia dei sistemi stessi al fine di aggiornare la vetustà di sistemi ormai obsoleti, e non più conformi agli standard minimi di sicurezza, e di adottare tecnologie sempre più evolute e che permetteranno di realizzare un sistema sempre più olistico che produrrà ottimizzazione dei costi e introdurrà benefici non solo all'organizzazione ma soprattutto all'utenza.

Nello specifico, le azioni poste in essere hanno previsto l'avvio di progetti che saranno completati nel corso dell'anno corrente e che nello specifico prevedono:

- Aggiornamento della rete LAN ed implementazione della rete Wi-Fi: è in corso la progettualità, finanziata con fondi PNRR, che prevede l'aggiornamento completo del cablaggio in fibra ottica dell'intera Azienda. Inoltre, sarà cablata una seconda linea in fibra ottica in HA (High Available) che garantirà ridondanza e pertanto affidabilità di connessione della rete LAN. L'intervento prevede la copertura totale anche in connettività Wi-Fi questo al fine di ottimizzare l'utilizzo di dispositivi già in dotazione e ed ottenere una infrastruttura predisposta accogliere qualsiasi tecnologia IoT (Internet of things) in completa sicurezza; a tal fine la nuova infrastruttura prevede la dotazione di un sistema NAC (Network Access Control) deputato al monitoraggio degli accessi sulla rete stessa

-
- Aggiornamento della centrale telefonica: è in corso il progetto di aggiornamento tecnologico della centrale telefonica con la dotazione di tecnologia in Alta affidabilità virtualizzata su server compatibile con future migrazioni su Cloud o in modalità ibrida e aggiornamento di 3.000 terminali SIP
 - Aggiornamento delle postazioni di lavoro: la progettualità, finanziata con fondi PNRR, prevede l'aggiornamento completo delle postazioni di lavoro dell'intera Azienda al fine di dotare gli operatori di strumenti evoluti tecnologicamente, aggiornare sistemi obsoleti non più supportabili e che non rispettano le compliance di sicurezza
- Inoltre, l'Azienda si è posta come prossimi obiettivi l'implementazione ed aggiornamenti di alcuni sistemi informatici ed applicativi necessari a informatizzare alcuni processi e ad ottimizzare le performance operative finalizzate ad una interoperabilità, correlazione e fruizione del dato in modalità sempre più immediata e favorendo i processi di transizione digitale rispettando le linee guida Agid.

I prossimi obiettivi riguardano:

- Implementazione di un sistema, integrato alla cartella clinica, e finalizzato all'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico per ottimizzare tempi e costi del workflow operativo. Tale intervento è previsto nell'ambito della progettualità PNRR
- Introduzione del sistema di firma elettronica avanzata certificata (FEA): l'introduzione della firma grafometrica, consentirà all'azienda ospedaliera di poter acquisire i consensi degli utenti con documenti "nativamente" digitali e nativamente allegati alla cartella clinica del paziente
- Firma digitale: l'assegnazione della firma digitale a tutto il personale medico aziendale, consentirà di produrre la documentazione sanitaria completa in formato digitale in formato CDA2 secondo le linee guida per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.
- FSE. L'evoluzione della cartella clinica elettronica consentirà l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Regionale
- Implementazione di un portale destinato al processo di gestione di richiesta e ritiro on-line delle cartelle cliniche ed integrato al sistema di autenticazione SPID e sistema di Pagamento PagoPA
- Assessment ed evoluzione infrastruttura aziendale: consentirà all'Azienda Ospedaliera di migliorare l'accessibilità di strumenti informatici
- Aggiornamento del sistema di protocollo informatizzato integrato alla piattaforma documentale di delibere informatizzato
- Adozione di un sistema DataWarehouse mirato al data management a supporto delle attività monitoraggio ed analisi della Direzione Strategica
- Potenziamento del perimetro di sicurezza aziendale per mitigare al minimo i rischi di incident in materia di cybersecurity
- Aggiornamento ed adozione di un sistema LIS unico e centralizzato per la gestione dei differenti servizi di Laboratorio. Tale intervento è previsto nell'ambito della progettualità PNRR
- Aggiornamento tecnologico delle postazioni di lavoro destinato ai posti letto di terapia intensiva

-
- Migrazione di alcuni dei servizi verso il cloud e nello specifico utilizzando il servizio del Polo Strategico Nazionale secondo le indicazioni della Regione Lazio. Tale intervento è previsto nell'ambito della progettualità PNRR
 - Implementazione di uno strumento mobile (WebApp) deputato ad accogliere il paziente e fornire uno strumento che in modalità "smart" potrà usufruire dei servizi messi a disposizione dall'Azienda (es. geolocalizzazione interna, ritiro referti on-line, pagamento prestazioni, ecc.). Tale intervento è previsto nell'ambito della progettualità PNRR
 - Implementazioni di moduli verticalizzati destinati alle UU.OO. non ancora informatizzate
 - Implementazione di uno strumento mobile (WebApp), destinato al personale dipendente, per la gestione informatizzata tra il dipendente e l'ente, garantendo autonomia nella consultazione dei documenti anche, da dispositivi personali e non solo aziendali, eliminando le richieste cartacee e permette di consultare le informazioni in tempo reale
 - Informatizzazione, della sezione imaging della, UOC Anatomia ed Istologia Patologica finalizzata ad una gestione digitale immediata del vetrino;
 - Dotazione di sistemi di Intelligenza Artificiale (AI) a supporto della diagnostica per l'ottimizzazione dei processi clinici
 - Dotazione di un portale del dipendente necessario a digitalizzare i processi di gestione del personale, includendo il sistema di rilevazione presenze e pianificazione turni
 - Processo certificati di dematerializzazione del fascicolo del personale, necessario alla digitalizzazione dei fascicoli cartacei secondo processi certificati e validati dalla soprintendenza archivistica al fine di eliminare archivi cartacei

2.2.5 Piano della transizione al digitale

Il Piano si prefigge di definire una strategia per ottimizzare del processo di transizione digitale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e descrive per macro-obiettivi o linee di attività, da attuare e perseguire in tempi rapidi.

La transizione digitale richiede un cambiamento significativo nel modo in cui l'Azienda fornisce i servizi e nel modo in cui opera; qualsiasi cambiamento dovrà essere orientato al pieno raggiungimento degli obiettivi: tutti i servizi e tutto il personale dovranno essere attori del cambiamento e sfruttare l'opportunità di evolvere le proprie modalità di lavoro e la somministrazione di servizi più efficienti ai cittadini.

Le linee di intervento mirano al potenziamento ed alla diversificazione dei meccanismi e degli strumenti della comunicazione digitale per ampliare e diffondere in modo mirato e personalizzato la molteplicità di servizi online e di informazioni disponibili a cittadini e dipendenti. Inoltre, le progettualità sono mirate ad adeguare il livello di maturità digitale dell'Azienda secondo i modelli EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model)

L'introduzione capillare delle nuove tecnologie ICT renderà possibili nuove modalità di interoperabilità, orientate ad una miglior usabilità e all'accesso in mobilità (mobile first) e su differenti canali, facilitando le attività istituzionali dei dipendenti e semplificando l'accesso ai servizi da parte degli utenti, unita ad una standardizzazione delle modalità di accesso ai servizi pubblici online tramite l'utilizzo di SPID, TS e PagoPA.

Attraverso l'unificazione delle modalità di accesso ai servizi sarà inoltre possibile assicurare in modo omogeneo sia la compliance rispetto alla normativa di protezione dei dati (GDPR), sia il continuo monitoraggio del livello di soddisfazione (customer satisfaction) degli utenti in relazione ai servizi digitali, per poterne analizzare e migliorare la qualità percepita.

Benefici Attesi

- Ottimizzazione dell'interoperabilità tra i sistemi aziendali a beneficio degli operatori e degli utenti finali
- Informatizzazione di processi non ancora gestiti in modo informatizzato al fine di renderli completamente paper-less e di raccolta dati ai fini statistici anche predittiva
- Ottimizzazione dei canali di contatto con gli utenti finali
- Risparmio operativo derivato dalla registrazione ai servizi tramite standard e all'applicazione delle regole di compliance AGID (consenso, diritto all'oblio, ...)
- Ottimizzazione dei tempi e costi per adempiere a procedimenti amministrativi
- Trasparenza rispetto al consenso per il trattamento delle proprie informazioni
- abbattimento dei tempi e dei costi di relazione con l'Azienda Ospedaliera, più evidente se abbinata ad una reale semplificazione dei processi e delle procedure amministrative
- Innalzamento del livello di maturità digitale secondo il modello EMRAM
- Ottenere un monitoraggio puntuale dell'intera azienda in modo centralizzato al fine di prevedere l'andamento operativo ed essere più reattivi ed efficaci negli eventuali processi correttivi da intraprendere
- Digitalizzazione di processi analogici

Gli obiettivi del PTTD si possono sintetizzare in:

- identificare interventi concreti da attuare
- favorire una pianificazione pluriennale degli interventi ICT
- potenziare il monitoraggio e la governance del percorso di trasformazione digitale dell'Azienda Ospedaliera

Interoperabilità

Tale progettualità, finanziata con fondi PNRR, prevede una linea di intervento focalizzata all'introduzione di strumenti informatici deputati al raccoglimento, gestione e distribuzione del dato sanitario all'interno dell'Azienda, verso i sistemi esterni Regionali, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e verso piattaforme esposte ai pazienti.

In particolare, l'intervento è suddiviso in tre fasi di seguito riportate:

- dotazione di un sistema di interoperabilità ESB (Enterprise Service BUS) dedicato all'orchestrazione e monitoraggio delle integrazioni tra i differenti sistemi informatici Aziendali per l'ottimizzazione dello scambio di dati secondo gli standard internazionali FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resource)
- Dotazione di un sistema CDR (Clinical Data Repository) finalizzato alla centralizzare delle informazioni sanitarie in un unico repository

-
- Dotazione del Dossier Sanitario Aziendale finalizzato ad ottenere una interfaccia unica per la visualizzazione dei dati sanitari in formato elettronico relativi allo stato di salute dei pazienti, raccolti in occasione di eventi clinici relativi a prestazioni effettuate

Benefici attesi

- Abilitare la creazione di un ambiente di lavoro moderno e digitale, attraverso l'adozione di strumenti, tecniche e tecnologie digitali e metodologie innovative
- Miglioramento delle applicazioni interne ed esterne grazie all'integrazione di flussi informativi verso i sistemi regionali
- Adozione degli strumenti necessari per facilitare le modalità di lavoro collaborativo e in mobilità
- Ottimizzazione delle applicazioni interne ed esterne grazie all'integrazione di flussi informativi verso i sistemi regionali
- Adeguamento del livello di digitalizzazione secondo il modello EMRAM

Comunicazione digitale e accesso ai servizi

La linea di intervento ha l'obiettivo di potenziare gli strumenti della comunicazione digitale, per ampliare e diffondere in modo mirato e personalizzato la molteplicità di servizi online e di informazioni disponibili a cittadini.

L'introduzione diffusa delle nuove tecnologie ICT renderà possibili nuove modalità di interazione, orientate ad una miglior usabilità e all'accesso in mobilità e su differenti canali, abilitando concretamente una semplificazione di accesso alle informazioni da parte dell'utente.

L'Azienda Ospedaliera ha avviato lo studio per l'implementazione di sistemi mobile, con l'obiettivo di semplificare e garantire l'accessibilità ai servizi, alle informazioni ed ai dati al paziente. La garanzia dell'accessibilità delle informazioni amplierà la platea che potrà accedere direttamente e in modalità mobile ai servizi dell'Azienda (es: richiesta di esami e prenotazione visite, ritiro documentazione on-line, pagamento on-line). Rendere univoco la modalità di accesso e certificate (SPID e TS), garantirà il "riconoscimento" dell'utente nel rispetto della normativa della protezione dei dati (GDPR).

Benefici Attesi

- Miglioramento della comunicazione da e verso gli utenti
- Fornire uno strumento smart ed agevole al paziente per accedere ai servizi messi a disposizione dall'azienda
- Certezza della identità dei soggetti che utilizzano i servizi online
- Risparmio operativo dettato dalla centralizzazione della registrazione ai servizi e della applicazione delle regole di compliance (consenso, diritto all'oblio, ...)
- Ottimizzazione dei canali di contatto con gli utenti finali.
- Conoscenza diffusa dell'offerta di servizi offerti dall'Azienda Ospedaliera
- Risparmio di tempo e costi per la richiesta della documentazione sanitaria
- Trasparenza rispetto al consenso per il trattamento delle proprie informazioni

Sicurezza informatica

In questo scenario di notevole transizione digitale, la strategia della Azienda in ambito ICT, ha anche l'obiettivo intraprendere iniziative finalizzate all'acquisizione di prodotti e di servizi nell'ambito della sicurezza informatica, facilitando l'attuazione del Piano di transizione digitale e degli obiettivi del PNRR in ambito, restando in linea con le disposizioni normative relative al settore della cybersicurezza. Il Piano mantiene l'attenzione rispetto al passato ponendosi anche il cruciale problema della protezione del dato. Questo elemento è fondamentale perché tale protezione è strettamente connessa alla sua qualità e agire correttamente consente di attuare anche gli obblighi normativi europei in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

Si fa sempre più dirompente la minaccia cibernetica che cresce continuamente in qualità e quantità minacciando infrastrutture critiche, processi digitali e rappresentando anche un elevato rischio di natura militare visto l'utilizzo che è sempre più diffuso verso quello che chiamiamo il perimetro di sicurezza cibernetico.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini necessita di una importante azione finalizzata alla security dell'infrastruttura digitale e al monitoraggio della stessa al fine di preservare la l'integrità dei dati, mettere in sicurezza il patrimonio informativo digitale e garantire la continuità operativa dei servizi critici.

In particolare, l'Azienda intende avvalersi di servizi specialistici in ambito Cyber security, al fine di assicurare, in caso di riscontro di eventi anomalie, vulnerabilità critiche e altri eventi di sicurezza degni di nota, un'analisi approfondita degli eventi occorsi, dell'attuale livello di sicurezza dell'intera infrastruttura monitorata e allertare di conseguenza i corretti riferimenti aziendali

Il Piano si focalizza sulla **Cyber Security Awareness**, poiché tale consapevolezza fa scaturire azioni organizzative indispensabili per mitigare il rischio connesso alle potenziali minacce informatiche. Nella PA ci sono frequenti attacchi a portali che bloccano i servizi erogati e costituiscono danno di immagine. È in crescita anche il fenomeno denominato data breach (violazione dei dati) che rappresenta anche una grave violazione del GDPR. Le azioni stabilite nel Piano sono tutte indispensabili rispetto allo scenario possibile. Oltre agli attori coinvolti nel Piano resta indispensabile e cruciale il supporto del Garante per la protezione dei dati personali e del DPO, in linea con le regole del GDPR (Regolamento europeo 679/2016). Il Piano affida a Linee guida e regole specifiche ma anche alle strutture specifiche di AgID il supporto alle Pubbliche Amministrazioni.

Inoltre con la pubblicazione del Decreto Legislativo 138/2024 che recepisce la Direttiva NIS 2, l'Azienda dovrà applicare una serie di misure di cybersicurezza e attività per la gestione del rischio e delle vulnerabilità. Le misure includono il controllo degli accessi e l'applicazione dei privilegi minimi, una solida autenticazione multifattore e misure per scoraggiare, rilevare o prevenire codice dannoso, come il ransomware.

In particolare, nella figura sottostante è riportato il Framework delle azioni e servizi necessari al raggiungimento degli obiettivi sopra citati.

IDENTIFY		PROTECT	DETECT		RESPOND & RECOVER	
Vulnerability Management	Threat Intelligence	Breach Prevention & Readiness	Threat Monitoring	Threat Hunting	Threat Response	Active Defence

In particolare, l'azienda ha l'obiettivo di attivare un insieme di servizi di sicurezza - erogati da remoto e in logica continuativa - per la protezione delle infrastrutture, delle applicazioni e dei dati.

Innanzitutto, è intenzione dell'Azienda attivare il servizio di Security Operation Center (SOC):

Il servizio prevede di implementare, attraverso adeguati strumenti tecnologici, un servizio di monitoraggio e alerting degli eventi e/o minacce di sicurezza al fine di consentire una gestione degli incident di sicurezza dalla fase di identificazione e notifica dell'evento, fino alle raccomandazioni relative alle azioni di contenimento e ripristino e prevenzione futura.

Il servizio SOC si baserà sui dati raccolti e correlati da un sistema di Security Information and Event Management (SIEM) per il monitoraggio e l'analisi degli eventi ed identificazione di potenziali minacce. Sarà pertanto effettuata una ottimizzazione degli eventi raccolti dai sistemi ed inviati al SIEM, selezionando solo quelli significativi in termini di sicurezza e scartando tutte le righe di log non utili al sistema SIEM ed al servizio SOC, al fine di attuare i servizi necessari a mitigare i rischi, tra cui il Case Management assistito (raccolta degli incidenti sulla base di filtri rilevanti, gestione assistita degli incidenti, arricchimento automatico di incidenti con informazioni di interesse, correlazione tra incidenti diversi e coordinamento delle azioni di risposta tra team distribuiti).

È prevista, infine, analisi della reportistica e dei log tale da dare la giusta priorità ai processi di risoluzione.

In sintesi, il servizio consentirà di:

- Controllare in maniera attiva il perimetro infrastrutturale soggetto al servizio di monitoraggio, attraverso attività di "monitoring real-time" così da anticipare per quanto possibile eventuali incidenti di sicurezza;
- Produrre specifici allarmi e reportistica per l'auditing sugli eventi raccolti;
- Identificazione delle possibili azioni correttive da intraprendere nell'immediato per contenere l'attacco e prevenirne la propagazione;
- Acquisizione di eventuali evidenze digitali da utilizzare nella ricostruzione di quanto accaduto in seguito all'incidente;
- Valutazione post incidente, in modo da individuare possibili azioni migliorative da implementare sui sistemi di sicurezza.

Sempre in ambito sicurezza, l'azienda intende attivare un servizio di Threat Intelligence & Vulnerability Data Feed finalizzato a supportare il team di sicurezza a essere più proattivi, consentendo loro di intraprendere azioni efficaci e basate sui dati per prevenire gli attacchi informatici prima che si verifichino. Può anche aiutare un'organizzazione a rilevare e rispondere più rapidamente agli attacchi in corso.

Gli analisti della sicurezza creano la threat intelligence raccogliendo informazioni grezze sulle minacce e informazioni relative alla sicurezza da più fonti, quindi correlando e analizzando i dati per scoprire tendenze, modelli e relazioni che forniscono una comprensione approfondita delle minacce effettive o potenziali. Le informazioni che ne risultano sono

-
- Specifiche per l'organizzazione, incentrate non sulle generalità (ad esempio, elenchi di ceppi di malware comuni) ma su vulnerabilità specifiche nella superficie di attacco dell'organizzazione, sugli attacchi che abilitano e sulle risorse che espongono.
 - Dettagliate e contestuali, coprono non solo le minacce che colpiscono l'azienda, ma anche gli attori delle minacce che potrebbero eseguire gli attacchi, le tattiche, le tecniche e le procedure (TTP) utilizzate da tali attori di minaccia e gli indicatori di compromissione (IoC) che potrebbero segnalare uno specifico attacco informatico.
 - Attuabile, in quanto fornisce informazioni che il team di sicurezza possono utilizzare per affrontare le vulnerabilità, assegnare priorità e porre rimedio alle minacce e persino valutare gli strumenti di cybersecurity nuovi o esistenti.

Infine, l'azienda intende attivare un intenso servizio di Formazione mirato a sensibilizzare il personale, su svariati aspetti della sicurezza delle informazioni, incrementando il livello di consapevolezza dei dipendenti, innalzando il livello di sicurezza dell'organizzazione e l'efficacia in termini di protezione dei dati aziendali critici e dei dati personali. Lo scopo è quello di sviluppare negli utenti le competenze essenziali, le tecniche e i metodi fondamentali per prevenire il più possibile gli incidenti di sicurezza e reagire al meglio a fronte di eventuali problemi.

Il percorso include un subset di contenuti per ciascun modulo ed è destinato agli utenti che hanno necessità formative in ambito cyber security.

Migrazione dell'infrastruttura azienda al Cloud

La linea di intervento ha l'obiettivo di aderire alla progettualità di migrazione dei servizi digitali su infrastrutture cloud certificate secondo gli standard dell'Agenzia di Cybersecurity Nazionale (ACN) in linea con il comma 1 dell'articolo 33-septies del d.l. n. 179 del 2012; in particolare la linea finanziata con la Missione 1 Componente 1 (M1C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha visto l'adesione da parte dell'Azienda ad una progettualità coordinata dal soggetto attuatore, Regione Lazio, e che permetterà all'Azienda San Camillo Forlanini la migrazione verso il Polo Strategico Nazionale.

La Strategia Cloud Italia è stata realizzata dal Dipartimento per la trasformazione digitale (DTD) della Presidenza del Consiglio dei ministri e dall'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale e vuole rispondere a tre bisogni: **assicurare** l'autonomia tecnologica del Paese, **garantire** totale sicurezza e controllo sui dati e **valorizzare** le Amministrazioni e i servizi digitali.

La Strategia si basa sul principio del "Cloud First", che considera prioritario per la PA il ricorso a strumenti e tecnologie di tipo cloud rispetto a qualsiasi altra opzione tecnologica, e segue **tre direttrici**:

- **classificare i dati e i servizi** della PA per guidare e supportare la migrazione al Cloud
- **qualificare i fornitori** di Cloud Pubblico e i Servizi Cloud utilizzabili dalle Amministrazioni
- **realizzare un'infrastruttura nazionale** per l'erogazione di Servizi Cloud di Polo Strategico Nazionale, con le più alte garanzie di affidabilità, resilienza e indipendenza, la cui gestione e controllo siano autonomi da soggetti extra UE

L'obiettivo è quello di dotare l'azienda di un'infrastruttura ad alta affidabilità, resiliente e indipendente, introducendo tecnologie d'avanguardia.

2.2.6 Obiettivi di sostenibilità ambientale

L'A.O. San Camillo - Forlanini, intende perseguire obiettivi di sostenibilità ambientale per una serie di motivi strategici, etici, economici e sociali. Infatti, il ruolo di una Azienda Pubblica del SSN impone Responsabilità Etica e Sociale in quanto enti che promuovono la salute, devono riconoscere che un ambiente inquinato è una delle principali cause di malattie croniche, respiratorie e cardiovascolari. Investire nella sostenibilità significa contribuire alla prevenzione delle malattie legate all'inquinamento. Inoltre, un'azienda ospedaliera che adotta pratiche sostenibili può fungere da esempio per altre istituzioni e cittadini quanto la missione stessa della sanità è migliorare la qualità della vita. Perseguire la sostenibilità ambientale rientra in questo obiettivo a lungo termine.

Per quanto sopra si ritiene utile:

- L'introduzione di pratiche sostenibili, come il piano della mobilità, la migliore gestione dei rifiuti e la riduzione dell'inquinamento, allo scopo di creare un ambiente più sano per pazienti, visitatori e operatori sanitari.
- Investire in ambienti naturali al fine di favorire il benessere mentale e fisico dei pazienti, dimostrando che la sostenibilità non è solo un valore etico, ma anche funzionale alla cura.
- Ridurre costi operativi mediante l'adozione di tecnologie sostenibili, come pannelli solari e sistemi di illuminazione LED.
- Ridurre gli sprechi (di acqua, energia, cibo e materiali sanitari) per ottenere un risparmio economico immediato.
- Il rafforzamento della reputazione per il miglioramento dell'immagine pubblica al fine di promuovere l'immagine di un ospedale che si impegna per la sostenibilità si distingue come innovativo e attento al futuro, guadagnando maggiore fiducia da parte della comunità.
- Promozione delle pratiche sostenibili per migliorare il senso di appartenenza e motivazione del personale al fine di favorire il senso di appartenenza per un'organizzazione impegnata nel bene comune.
- Sostenere la creatività e l'adozione di soluzioni innovative all'interno dell'organizzazione.

In sostanza, perseguire obiettivi di sostenibilità ambientale non è solo una scelta etica, ma anche strategica. Può portare benefici concreti in termini di salute, risparmi economici, reputazione e conformità normativa, migliorando al contempo il benessere delle persone.

2.2.7 Albero delle Performance

L'Albero della Performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. In altri termini dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

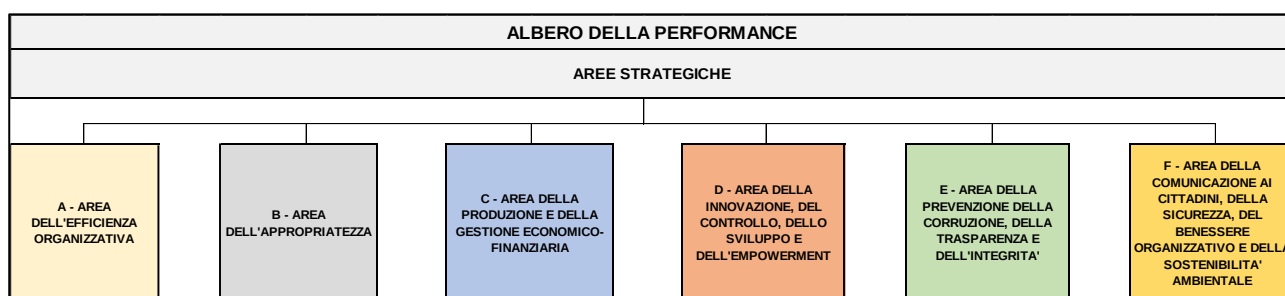
Nel presente Piano della Performance 2025 - 2027 viene riportata la pianificazione degli obiettivi che nel triennio interessano la performance aziendale. La declinazione degli stessi viene rappresentata per l'anno 2025 tenuto conto che per assunto tali obiettivi riguardano anche gli anni 2026 e 2027 e per questi ultimi gli aggiornamenti del Piano annuale consentiranno la loro rimodulazione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi nei quali all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e infine risorse assegnate.

Tali obiettivi vengono declinati e assegnati alle strutture assicurando una costruttiva concertazione ed i relativi approfondimenti con i Direttori/Responsabili ed i Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

Di seguito la rappresentazione grafica dell'albero della Performance contenuta nel presente Piano.



A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Miglioramento delle prestazioni sanitarie	Incremento delle donazioni di organi	Aumento di studi di screening immunologici per la valutazione dei pazienti in lista d'attesa per trapianto di rene da donatore vivente Aumento prestazioni per lo studio immunologico dei pazienti in lista d'attesa per trapianto e monitoraggio post-trapianto	N. 1 relazione entro il 31.12 attestante l'ampiamento della ricerca degli anticorpi specifici per alleli comuni meno frequenti per una più accurata definizione di profilo immunologico nei pazienti in lista di attesa per trapianto d'organo. Operatività della tecnica di "Biopsia liquida" nel monitoraggio anti rigetto nei pazienti sottoposti al trapianto (N. 5 casi)
		Ottimizzazione Procurement di organi/tessuti	Aumento del numero (+30) delle tipizzazioni sul software Fusion per il calcolo del c-PRA ai fini del miglioramento della selezione dei pazienti iperimmuni N. 1 Implementazione tecnologica entro il 31.12 legata alla metodica NGS per la tipizzazione HLA in alta risoluzione su almeno 10 campioni biologici N. 1 incontro annuale con il tavolo delle Associazioni di Volontariato.
			N. 1 Relazione attestante la partecipazione al Tavolo di vigilanza nefrologica regionale per l'ottimizzazione del percorso nefropatico N. 3 incontri regionali entro il 31.12 con i coordinamenti ospedalieri di procurement /Centri Trapianto.
			N. 4 attività - interazioni entro il 31.12 con con l'Istituzione Università ai fini di ricerca e formazione in tema di donazione e trapianto. Partecipazione come Faculty in almeno n. 3 eventi congressuali maggiori entro il 31.12
	Ottimizzazione dell'utilizzo delle Camere Operative	Segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti al Centro Regionale Trapianti	Numero delle segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti (Diagnosi principale o prima diagnosi secondaria con codici ICD9-CM (versione 2007): 191, 192, 229-320, 323-348.1, 348.4, 348.5-430, 431, 432-433, 434-800)
		Segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali entro 10 gg. dall'accesso	N° accertamenti di morte cerebrale eseguiti / N° decessi per cerebrolesione entro 10 gg. dall'accesso (lesioni per ictus emorragico, ischemico, trauma cranico grave, danno post anossico) maggiore uguale 0,80
	Ottimizzazione organizzazione sanitaria	Partecipazione all'incremento n. interventi chirurgici elettivi per discipline di competenza Supporto per pianificazione e organizzazione Sale Operative (incluso S.O. interventistiche)	Incremento del 15% rispetto all'anno precedente Percentuale di pazienti operati di frattura femore entro 48h >= 80%
		Posti Letto aziendali - Monitoraggio e confronto con i posti letto previsti dalla normativa vigente	N. 3 report di monitoraggio e confronto al 30.06, 30.09 e al 31.12 suddiviso per Cdr (in collaborazione con la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti) N. 3 report di monitoraggio e confronto al 30.06, 30.09 e al 31.12 suddiviso per Cdr (in collaborazione con la UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità)
		Monitoraggio sul rispetto del Piano Debito PL per i Pronto Soccorso Concordato con le UU.OO. (fatto salvo il sovrappollamento per situazioni eccedenti ordinario)	Numero Posti Letto Messi a Disposizione Per Debito / N. PL Assegnati per Debito
	Ottimizzazione Percorso Ricoveri da Pronto Soccorso	Riduzione tempi attesa pazienti in PS con destinazione ricovero	Numero pazienti annuali con attesa di ricovero in PS maggiore di 24h <= 5.000
Miglioramento dell'offerta delle prestazioni sanitarie	Miglioramento attuazione dei processi organizzativi	Monitoraggio del cruscotto delle disponibilità al ricovero da PS verso le UUOO e verifica della rispondenza al concordato con le stesse UUOO.	N. 3 Report di monitoraggio con percentuali di raggiungimento tenendo conto dei pi medi per UO assegnati (30/06, 30/09 e 31/12)
		Campagna vaccinazione antinfluenzale stagione 2025-2026 per gli operatori aziendali	N. 1 report di rendicontazione dell'attività svolta
		Elaborazione di una reportistica sull'appropriatezza della terapia antibiotica e sul controllo della spesa farmaceutica	N. 1 relazione presentata alla Direzione Sanitaria entro il 31.12
		Implementazione e supporto per nuovo modello organizzativo trasporti interni (gara esterna)	N. 3 Report al 30.06, al 30.09 e al 31.12 con evidenza rispetto termini contrattuali ed eventuali azioni correttive
		Monitoraggio agende attività	Report trimestrali con evidenza delle agende attive, di quelle attivate nel mese e con la specifica degli orari di attività: - istituzionali - intramoenia - altro (con specifiche) Revisione tempi per prestazioni ambulatoriali secondo normativa vigente - n. 1 report al 31.12 con evidenza della revisione effettuata
		Monitoraggio corretto utilizzo camere operative aziendali e riduzione delle liste di attesa	Entro il 31.12 abbattimento del 100% della lista di attesa operatoria anni dal 2019 al 2024 (rilevata al 01/01) La UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O. Centralizzata al 31.12 renderà lo stato di raggiungimento dell'obiettivo N. 1 Report al 31.12 per UO con evidenza: N. interventi effettuati / N. interventi programmati >= 75% N. interventi effettuati / N. interventi programmati >= 75% Report mensili (a decorrere dal mese successivo alla sottoscrizione della presente scheda di budget) sulla gestione delle liste di attesa operatorie per ogni UU.OO., sulla riduzione delle liste di attesa anni precedenti dal 2019 al 2024 e sulle relative misure correttive adottate = 100%
		Monitoraggio del ciclo dei rifiuti speciali e dei rifiuti assimilati agli urbani	N. 1 Relazione con report sul monitoraggio
		Ottimizzazione rapporto: prestazioni erogate / ore lavorate	Report trimestrali contenenti il numero delle prestazioni erogate / numero ore lavorate
		Ottimizzazione rapporto: prestazioni eseguite/ricieste pervenute	Report trimestrali attestanti il numero delle prestazioni annullate e il numero delle prestazioni richieste con evidenza della motivazione dell'annullamento Report trimestrali attestanti il numero delle prestazioni eseguite e il numero richieste pervenute utilizzando il sistema informatizzato
		Partecipazione ad autopsie giudiziarie per A.O. in riscontri autopsici presso altri istituti per salme messe a disposizione dell'AA.GG.	N. 1 report al 31.12 indicante la partecipazione ad autopsie giudiziarie correlate alle attestazioni autorizzative della D.S.
	Miglioramento, definizione ed attuazione dei processi organizzativi	Reingegnerizzazione attività ambulatoriale ALPI	N. 2 Relazioni (30/06-31/12) sulla disponibilità degli spazi aziendali
		Riorganizzazione ed efficientamento delle UU.OO. afferenti al Dipartimento	N. 1 progetto di riorganizzazione ed efficientamento entro il 31.12
		Riunioni mensili per il monitoraggio dell'andamento del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle UU.OO. afferenti al Dip.to	N. 4 verbali con evidenza dell'andamento da trasmettere alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione
		Supporto agli Avvocati e alla UOSD Medicina Legale nelle attività di difesa dell'Azienda nelle richieste di risarcimento danni nei casi di infezione correlata all'assistenza	N. relazioni prodotte >= 70% rispetto alle richieste
		Supporto alla Direzione Strategica per aperture/trasferimenti dei reparti aziendali	N. 1 relazione al 31.12
		Supporto all'elaborazione Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARIS)	N. 1 deliberazione con Piano adottato e N. 1 trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) in ottemperanza alle scadenze indicate dalla Regione Lazio N. 1 deliberazione con Piano adottato e N. 1 trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) nei tempi indicati da Regione Lazio
		Supporto e partecipazione al miglioramento della gestione delle risorse umane	N. 4 report trimestrali delle assegnazioni del personale infermieristico alle UU.OO. da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione (in formato excel), con evidenza totale assegnati ed entrati/usciti N. 4 report trimestrali delle assegnazioni del personale tecnico alle UU.OO. da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione (in formato excel), con evidenza totale assegnati ed entrati/usciti
		Supporto e partecipazione al miglioramento della gestione delle risorse umane: Ricognizione incidenza straordinario per qualifica	Report per qualifica delle ore di straordinario effettuate entro il 31.10 da consegnare entro il 31.12
		Verifica e monitoraggio panel degli indicatori di attività delle camere operative aziendali	Produzione n. 4 report trimestrali con evidenza degli indicatori estratti da Nuovo Registro Operatorio
		Rispetto delle tempistiche di invio dati per rendicontazione funzioni assistenziali	N. 1 relazione al 31.12 al Controllo di Gestione sull'attività svolta con espressa indicazione dei costi sostenuti nel corso dell'anno
Monitoraggio dei debiti informativi e controlli	Assicurare la tempestività dei Flussi Esterni / Interni (File F, File R, Scheda di dimissione ospedaliera, Registrazioni CUP, Registrazioni prestazioni interne, Registrazione RIS e PACS, Corretta registrazione sul R.O., Flussi alimentari COAN)		
	Rispetto adempimenti debiti informativi flussi Regione Lazio	Monitoraggio grandi apparecchiature sanitarie - Nota Regione Lazio Registro Ufficiale U0751238 del 07.07.2023	N. 1 report mensile a partire dal mese di agosto in merito allo stato di avanzamento rispetto agli adempimenti previsti da trasmettere alla Direzione Amministrativa
		Monitoraggio indicatori su andamento e verifiche regionali di attività Chirurgica ed Emergenza per supporto diffusione dati (PEC Regione Lazio - Protocollo 11708 del 29.03.2024)	N. 3 report trimestrali di riplotto situazione indicatori di monitoraggio su attività chirurgica ed emergenza, al 30.06 al 30.09 e al 31.12 e n. 1 report di riplotto annuo.
		Monitoraggio indicatori su andamento e verifiche regionali di attività Ospedaliera per supporto diffusione dati (PEC Regione Lazio - Protocollo 11708 del 29.03.2024)	N. 3 report trimestrali di riplotto situazione indicatori di monitoraggio su attività ospedaliera, al 30.06 al 30.09 e al 31.12 e n. 1 report di riplotto annuo.
	Tempestività dei Flussi Interni (Recup. SIO, Dialisi, PS, Registro operatorio, Prestazioni per interni)	Rispetto dei tempi di trasmissione al Controllo di Gestione dei flussi di competenza Supporto all'estrazione dei dati all'UOSD Telemedicina RIS PACS e monitoraggio del rispetto dei tempi di trasmissione	N. 1 invio mensile entro il giorno 15 del mese successivo) del flusso prestazioni di radiologia (per interni ed esterni) N. 1 Report mensile (entro il giorno 15 del mese successivo) del flusso prestazioni di radiologia (per interni ed esterni)
Valutazione e adempimenti su rischi aziendali	Prevenzione del rischio	Revisione Regolamento di Sicurezza in Risonanza Magnetica	N. 1 regolamento revisionato entro il 31.12
	Prevenzione del rischio e diritto di tutela	Attività mensile di sorveglianza antincendio	N. 12 report mensili da inviare alla Direzione Strategica con evidenza delle criticità riscontrate
		Attuazione degli adempimenti nell'ambito delle attività svolte presso il Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	N. 1 report al 31.12 attestante la partecipazione nell'anno al 100% delle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri nonché esplicitativo del contributo apportato
		Consulenza legale nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) aziendale	N. 1 report al 31.12 indicante in numero di sedute effettuate durante l'anno e fattività di consulenza espletata
		Monitoraggio situazione Sinistri per tipologia e causa	N. 3 report di monitoraggio al 30.06, 30.09 e al 31.12

B - AREA DELL'APPROPRIATEZZA			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area sanitaria 1	Emergenza PS/DEA	Diminuzione del tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza) Tempi che intercorrono tra il Triage medico, cioè il momento in cui il Medico prende in carico il paziente per raccogliere l'anamnesi ed avviare l'iter diagnostico terapeutico, e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza", rapportato al numero degli accessi in PS che hanno esito "ricovero".	≤480' = 100%; Tra 480 minuti e 720 minuti (compresi) = 75%; Tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi) = 50%; >1.440 minuti = 0% Monitoraggio mensile degli indicatori con evidenza delle azioni poste in essere per il raggiungimento dell'obiettivo
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area sanitaria 16	Ricetta dematerializzata	Aumentare la percentuale di ricetta dematerializzata alla soglia del 90% - Verifica Raggiungimento dell'obiettivo, con azioni di impulso e controllo nei confronti delle strutture aziendali direttamente coinvolte	Analisi delle informazioni inserite nel sistema TS per UU.OO L'obiettivo si intende raggiunto al superamento della soglia del 90% di ricette dematerializzate
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area sanitaria 17	Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP)	Adozione, con delibera aziendale, del PAP aggiornato in coerenza con il PNP e il PRP	N. 1 nota di trasmissione in Regione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione per l'anno in corso
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area sanitaria 18	Adozione del Piano Pandemico Aziendale	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022	N. 1 nota di trasmissione in Regione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno in corso, con evidenza della nomina del coordinatore aziendale
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area sanitaria 2	Piano nazionale delle liste di attesa - Piano nazionale delle liste di attesa - prestazioni in ricovero ordinario o diurno	Proporzione di prestazioni in ricovero ordinario o diurno erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A >= 90% (per le prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio vedi allegato 1 alla DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606)
		Proporzione di prestazioni in ricovero ordinario o diurno erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A (vedi allegato alla scheda)	Monitoraggio andamento seguente indicatore (DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606): N° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" di cui all'allegato (1) entro 30 giorni si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90% (vedi allegato 1) N. 1 report a giugno (1° semestre) e n. 6 report mensili (a partire dal mese di luglio) più un report di riepilogo annuale, con evidenza della percentuale di raggiungimento per UO e delle azioni di allert alle strutture
		Proporzione di prestazioni in ricovero ordinario o diurno erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A allegato (1)	N. 3 Report al 30.06, al 30.09 e al 31.12 con evidenza del governo delle liste di attesa per il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni di classe di priorità A
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area sanitaria 3	Piano nazionale delle liste di attesa - Visite specialistiche e prestazioni strumentali	Proporzione di prestazioni specialistiche erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità B	Monitoraggio andamento seguente indicatore (DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606): n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B (per le visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B oggetto di monitoraggio vedi allegato 2 alla DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606) ≥ 90% = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% < 50% = 0% N. 1 report a giugno (1° semestre) e n. 6 report mensili (a partire dal mese di luglio) più un report di riepilogo annuale, con evidenza della percentuale di raggiungimento per UO e delle azioni di allert alle strutture
			n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B (per le visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B oggetto di monitoraggio vedi allegato 2 alla DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606) ≥ 90% = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% < 50% = 0%
Efficientamento dei livelli prestazionali delle UO attraverso il corretto utilizzo delle risorse e la saturazione dei livelli di prestazioni erogate	Efficientamento delle prestazioni specialistico ambulatoriali erogate	Report attività per agenda di produttività aggiuntiva UUOO autorizzate con verifica incremento attività ambulatoriale	N. 2 Relazioni (31/10-31/12)
		Verifica ciclo attivo e passivo prestazioni per altre aziende	7 report mensili a partire dal mese di giugno, più n. 1 report annuo, da trasmettere alla Contabilità e al Controllo di Gestione, con evidenza CdR erogante/futuro, Azienda erogante/ricevente, periodo temporale, n. prestazioni effettuate/ricevute, importo
	Miglioramento appropriatezza delle prestazioni erogate	Attività di ambulatorio per dipendenti e familiari	N. 1 report in merito all'attività svolta al 31.12
		Attività di consultenze per pazienti presso i reparti	N. 1 report in merito all'attività svolta al 31.12
		Corretta codifica del trauma grave nelle SDO	N. 1 Report al 31.12 con evidenza del risultato del seguente indicatore: N. cartelle cliniche codificate con trauma grave correttamente / Totale cartelle cliniche con trauma grave, per le UU.OO. interessate (CdR 0914, 5101,3601 e 4961) N. cartelle cliniche codificate con trauma grave correttamente / Totale cartelle cliniche con trauma grave codificate = 100%
		Efficientamento/Incremento delle Prestazioni interne, ed Erogazione delle stesse nei tempi e in applicazione ai PDTA aziendali, nel rispetto della loro appropriatezza	N. 1 report indicante la percentuale dei sinistri istruiti per malpractice rispetto alle richieste di risarcimento pervenute (>= 95%)
		Efficientamento delle prestazioni interne	Numero delle prestazioni/procedure erogate per interni
		Efficientamento delle prestazioni interne - controllo della ristorazione ospedaliera per degenti e dipendenti	Valore economico delle prestazioni/procedure erogate per interni
		Esecuzione consultenze interne non urgenti (con richieste non provenienti da PS) entro 24h (tempo intercorrente dalla prenotazione alla refertazione)	N. prestazioni/consultenze erogate per controlli della ristorazione maggiore o uguale a n. 65 mensili, totale anno 780) (report mensile alla DS e al Controllo di Gestione con n. prestazioni/consultenze erogate)
		Esecuzione consultenze interne non urgenti (con richieste provenienti da PS) entro 12h (tempo intercorrente dalla prenotazione alla refertazione)	N. 1 Report al 31.12 indicante: N. consultenze interne non urgenti refertate entro 24h dalla prenotazione / Totale consultenze interne non urgenti prenotate per le seguenti UU.OO.: 0802, 0501, 6805, 7101, 5802 N. consultenze interne non urgenti refertate entro 24h dalla prenotazione / Totale consultenze interne non urgenti prenotate = 100%
		Partecipazione alle attività di Hub Rete Ictus (Codoci Rossi)	N. 1 Report al 31.12 alla Direzione e al Controllo di Gestione indicante: N. consultenze interne non urgenti refertate entro 12h dalla prenotazione / Totale consultenze interne non urgenti prenotate = 100%
		Rispetto dei termini per la codifica/chiusura delle cartelle cliniche	Numero di esami TC / pazienti Ictus >= 3 N. cartelle cliniche cliniche codificate entro i termini / N. cartelle cliniche da codificare = 100%
		Scompenso Cardiaco Acuto - Hub Regionale - rilevazione attività	N. 1 relazione al 31.12 con evidenza casi di Scompenso Cardiaco Acuto trattati
		Utilizzo cartella clinica ambulatoriale informatizzata	N. 1 Report al 31.12 alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione per rendicontazione indicatore: N. cartelle cliniche ambulatoriali informatizzate / totale cartelle cliniche ambulatoriali = 70% N. cartelle cliniche ambulatoriali informatizzate / totale cartelle cliniche ambulatoriali = 70%

B - AREA DELL'APPROPRIATEZZA			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Performance dell'attività	Indicatori di processo e di esito	Miglioramento degli esiti di P.S. - aumento percentuale dimessi a domicilio	Dimessi a domicilio da PS / Totale accessi PS >= 60%
		Miglioramento degli esiti di P.S. - diminuzione % di accessi in P.S. con esito ricovero	% accessi in P.S. con esito ricovero <= 21%
		Miglioramento degli esiti di P.S. - Riduzione percentuale pazienti con codice 2 (giallo) in attesa di visita medica con tempo > 30 min.	% pazienti codice 2 (giallo) con tempo di attesa visita medica > 30 min. <= 10%
		Miglioramento degli esiti di P.S. - Riduzione tempo medio di attesa in P.S. per definizione esito	Tempo medio di attesa in P.S. per definizione esito <= 600 min.
		N. pazienti con trauma grave deceduti in PS / Totale di pazienti con trauma grave	Mortalità <= al 5% rispetto ai pazienti con trauma grave
	Indicatori di processo e di esito - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari - P.Re.Val.E.	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni di accesso nella struttura di ricovero in pazienti ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri ordinari in regime ordinario. La data di accesso corrisponde alla data di ricovero per frattura del collo del femore o, dove presente, alla data di accesso nel PS della struttura di ricovero (target: media Regione Lazio 64,15%)
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	N. 1 report al 31.12 su andamento indicatori P.Re.Val.E
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Cardiologia, UOC Medicina d'Urgenza - P.S. - Oss. Breve, UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)	Proporzione di infarti miocardici con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transiluminale (PTCA) entro 90 minuti. (target: media Regione Lazio 55,91%) (dato attuale aziendale 37%) Azione di miglioramento
			Proporzione di infarti miocardici con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transiluminale (PTCA) entro 90 minuti.
			Proporzione di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti dalla data e ora di accesso nella struttura di ricovero sul numero di episodi di STEMI ricoverati nella stessa struttura. La data di accesso corrisponde alla data del primo ricovero per STEMI o, dove presente alla data dell'accesso nel PS della stessa struttura di ricovero. (media Regione Lazio 59,59%)
			Proporzione di infarto miocardico STEMI trattati con PTCA e dimessi dal PS (misurato come "durata complessiva intervento" su GIPSE) entro 45 minuti nel 55,91% degli accessi di tali pazienti
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Ostetricia e Ginecologia e UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera)	Percentuale di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo (target: media Regione Lazio 7,05%)
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOSD Chir. Oncologica della Mammella e UOSD Gestione Documentazione Sanitaria)	Proporzione di nuovo interventi di resezione entro 120 gg. dall'intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (target: standard media regione Lazio 5,39%) (Dato attuale aziendale 6,21%)
	Valutazione della complessità delle TI e Rianimazioni	Incremento numero interventi neuroradiologici per trattamenti ischemico-emorragici	Incremento interventi del 20% rispetto all'anno precedente
	Valutazione della complessità delle TI e Rianimazioni	Ottimizzazione attività di preospedalizzazione anestesiológica - incremento dei pazienti trattati in telemedicina	Incremento del 10% rispetto all'anno precedente dei pazienti presi in carico da lista di attesa e trattati in telemedicina
		Ottimizzazione attività di preospedalizzazione anestesiológica - incremento del 20% del numero delle preospedalizzazioni rispetto all'anno precedente	N. preospedalizzazioni anno in corso / N. preospedalizzazioni anno precedente >= 1,2
		Progetto di revisione percorso del paziente in preospedalizzazione	N. 1 progetto di revisione del percorso con evidenza dell'attuazione dello stesso entro il 30.06
Valore Della Produzione	Efficientamento della Produzione	Numero prestazioni di ricovero	Numero pazienti dimessi (DH + Ricoveri) (il valore negoziato rappresenta anche il numero massimo di prestazioni di ricovero erogabili in libera professione) (il numero delle prestazioni erogate in ambito libero professionale non deve essere superiore a 94)
		Trasferimento regime trattamento farmaci immunoterapici di nuova generazione dal DH all'ambulatoriale	Numero pazienti trattati con immunoterapici in regime ambulatoriale / Totale pazienti trattati con immunoterapici >= 60%
		Valore Economico prestazioni di ricovero	Valore Economico complessivo delle prestazioni di Ricovero
	Efficientamento delle prestazioni specialistico ambulatoriali erogate	Adegguamento tariffe prestazioni ambulatoriali al nomenclatore tariffario di cui al DM 23.06.2023 e s.m.i. (in vigore dal 1.01.2025)	N. 1 Report al 31.03 con evidenza dell'adeguamento effettuato nonché della trascodifica e implementazione su piattaforma regionale (RECUP)
		Definizione tariffe delle procedure interventistiche (Radiologia interventistica e Neuroradiologia) e predisposizione atto deliberativo	N. 1 atto deliberativo contenente le tariffe delle procedure interventistiche entro il 30.06
		Evidenza prestazioni ad alto costo e impatto con valorizzazione presso altre UU.OO.	n. 2 monitoraggi con il SIO al 30/09 e al 31/12 sulle procedure per altre UU.OO. e trasferimenti pazienti c/o Chirurgia Generale e Nuove Tecnologie
		Numero Prestazioni Ambulatoriali Recup	Numero delle prestazioni ambulatoriali Recup (il valore negoziato rappresenta anche il numero massimo di prestazioni erogabili in libera professione) (il numero delle prestazioni erogate in ambito libero professionale non deve essere superiore a quelle erogate in ambito istituzionale)
		Valore Economico Prestazioni Ambulatoriali - compresa Dialisi	Valore Economico delle prestazioni ambulatoriali Recup (COMPRESO IL VALORE DIALISI)
		Valore Economico Prestazioni Ambulatoriali Recup	Valore Economico delle prestazioni ambulatoriali Recup
	Sviluppo e valutazione dell'attività per Strutture non Aziendali	Numero e valore economico delle procedure interventistiche effettuate per altre UU.OO. Aziendali	Numero delle procedure interventistiche effettuate per altre UU.OO. Aziendali
			Valore economico delle procedure interventistiche effettuate per altre UU.OO. Aziendali
		Rilevazione delle attività di Convenzioni Attive, Partnership, Progetti, etc. di Strutture Esterne all'Azienda.	Valore Economico delle prestazioni per Altre Strutture esterne alla Azienda. (Valore Rilevato per l'Azienda)

C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 11	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 1.3.1	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 M6 C2 1.3.1. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 (allegato B)
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 12	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L. 67/98 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi) nei tempi e nei modi stabiliti dalla DGR	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 (allegato B)
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 13	Miglioramento Flusso informativo contratti di dispositivi medici	Miglioramento percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 (allegato B)
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 14	Miglioramento Flusso informativo consumi di dispositivi medici	Miglioramento Percentuale di copertura rispetto al Modello CE	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 (allegato) N. 5 Report mensili (a partire dal mese di agosto) con evidenza percentuale di copertura rispetto al Modello CE
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 15	Miglioramento Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 (allegato B) N. 5 report a partire dal mese di agosto con evidenza dello stato di raggiungimento dell'obiettivo
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 4	Tempi di pagamento	Pagamento delle fatture scadute nell'anno di riferimento L'indicatore è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture, considerando sia le fatture scadute nell'anno sia le fatture non scadute e pagate nell'anno. Tale indicatore tiene conto dei pagamenti dei debiti di tipo commerciale escludendo da tale calcolo i periodi di inesigibilità delle somme per "contestazione", "contenzioso" e "adempimenti normativi." In relazione alle fatture scadute e non pagate nell'anno di riferimento, sarà attribuita come "data pagamento" il 31/12 dell'anno di riferimento	N. 1 report di monitoraggio al 31.12
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 5	Concordamento anno 2025	Rispetto del concordamento 2025	N. 3 report di monitoraggio al 30.09 al 15.11 e al 31.12
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 6	Gestione della Piattaforma per il monitoraggio dei crediti commerciali	Corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC da parte dell'Azienda	L'indicatore "T" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. $(=PCC/STOCK)$ Per $i \leq 1$ la valutazione è pari a "T" percentuale Per $i > 1$ la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: $T\% = (1 + (i-1)/100)$
DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 7	Attualizzazione del debito/credito scaduto	Rilevazione della stratificazione del debito con evidenza tipologie di blocco ove sussistano debiti ultra-quinquennali	N. 3 report di monitoraggio al 30.06, al 30.09 e al 31.12 (Per quanto concerne la descrizione, la modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione vedi All. B della DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606)
		Rilevazione della stratificazione del debito/credito - punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali	L'indicatore "T" è dato da: il valore delle liquidazioni delle fatture passive scadute e pagate nell'anno (i) rispetto al totale del fatturato scaduto nell'anno (j), al netto del totale delle partite bloccate (b) riferite all'area di intervento A (interventi giudiziari), i blocchi relativi all'attesa nota di credito (però B6, C6, D1, D2, D4, D5, i blocchi relativi ai recuperi finanziari quali H1, H2, H3, H4, H5, H6 e i blocchi relativi agli adempimenti normativi ossia IVA, PROF, 77, F1, F2, F3, F4, F5. $T = i/(j-b)$
		Rilevazione della stratificazione del debito/credito - punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali (Per quanto concerne la descrizione, la modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione vedi All. B della DGR Lazio 8 agosto 2024, n. 606)	N. 3 report di monitoraggio al 30.09 al 15.11 e al 31.12
Miglioramento del risultato economico	Contenimento della spesa farmaceutica, ospedaliera e ambulatoriale	Corretta gestione degli armadietti presso i reparti e monitoraggio giacenze	N. 3 report trimestrali (a partire da giugno) e n. 1 annuale (in collaborazione con la UOC Farmacia e le UU.OO. interessate) da trasmettere alla D.S. alla D.A., alla UOC Controllo di Gestione e alla UOC Contabilità e Bilancio sullo stato delle giacenze suddiviso per UU.OO. e conti economici N. 3 report trimestrali (a partire da giugno) (in collaborazione con la UOC Farmacia e il DIPRO) sulle giacenze di armadietto rilevate da trasmettere alla UOC Farmacia suddiviso per conti economici per il monitoraggio giacenze aziendali
		Rispetto del Budget dei Beni Sanitari Assegnato	Budget beni assegnato in negoziazione da usufruire nei limiti stabiliti e nelle disponibilità degli atti di approvvigionamento aziendali
			Budget Beni Sanitari (escluso Reagenti) assegnato in negoziazione da usufruire nei limiti stabiliti e nelle disponibilità degli atti di approvvigionamento aziendali
			Budget Reagenti assegnato in negoziazione da usufruire nei limiti stabiliti e nelle disponibilità degli atti di approvvigionamento aziendali
	Monitoraggio convenzioni attive e passive	Corretta gestione normo-economica della convenzione con l'Azienda ASL Roma 3 per l'erogazione di prestazioni per lo screening del colon retto di II livello (deliberazione aziendale n. 574 del 3.04.2022)	N. 3 report al 30.06, al 30.09 e al 31.12 con evidenza del numero delle prestazioni effettuate, distinte per tipologia così come indicato nell'art. 2 della convenzione medesima
		Corretta gestione normo-economica delle convenzioni attive e passive con verifiche periodiche sul rispetto delle scadenze e degli adempimenti economici correlati - Monitoraggio e verifica adempimenti previsti dalle convenzioni	N. 2 report al 30.09 e al 31.12 con evidenza del rispetto delle scadenze delle convenzioni attive e passive, con il monitoraggio delle fatture da emettere e da ricevere per ciascuna convenzione attiva o passiva e con l'indicazione delle azioni poste in essere
	Monitoraggio e valutazione dell'appropriatezza per quanto concerne la spesa farmaceutica, ospedaliera e ambulatoriale	Monitoraggio costi per intervento	N. 4 report trimestrali da trasmettere alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione con indicazione dei costi per intervento chirurgico
		Monitoraggio del consumo di antibiotici in Azienda	N. 1 report al 31.12 alla Direzione e a tutte le UU.OO. con consumo antibiotici suddiviso per tipologia
		Monitoraggio e valutazione dell'appropriatezza prescrittiva di un farmaco alto-spendente al fine di garantire l'accesso e verificarne l'aderenza alle indicazioni rimborsate	N. 1 report annuale da inviare alla Direzione Sanitaria
		Monitoraggio uso dei plasmadermati di conto lavorazione	N. 1 proposta scheda prescrittiva telematica per l'appropriatezza prescrittiva dell'albunina

C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Miglioramento del risultato economico	Ottimizzazione della gestione del Ciclo Attivo	Efficientamento fatturazione attiva ed impulso verso le strutture deputate a fornire gli elementi necessari alla fatturazione medesima	N. fatture attive emesse / N. fatture attive previste/richieste = 100% Report al 31.12 di attestazione per ciascuna convenzione attiva del rispetto dell'indicatore
		Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture per prestazioni sanitarie. Continuo monitoraggio degli allegati A per l'incasso delle prestazioni sanitarie rese ad altre strutture ospedaliere	N. 1 report di monitoraggio al 31.12
	Rispetto dei vincoli economici deliberati con il Bilancio Preventivo Economico	Incontri di monitoraggio e verifica degli obiettivi di produzione assegnati alle UOCUOSD afferenti ai dipartimenti sanitari	Almeno n. 1 incontro effettuato per ciascun dipartimento entro il 31.12
		Progetto Bussola - Clinical Costing - Chirurgia Robotica - Raccolta dati e implementazione sistema per definizione costo standard per intervento chirurgico di robotica	N. 1 Report entro il 31.12 con evidenza del costo standard per intervento di chirurgia robotica
		Verifica dell'osservanza del budget assegnato nel rispetto degli adempimenti previsti	Consuntivo / Budget assegnato minore o uguale a 1 obiettivo raggiunto al 100%
Monitoraggio sull'attività ALPI	Definizione e applicazione di corretti rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività ambulatoriale in libera professione e quelli dell'attività istituzionale	Verifica periodica dell'andamento del budget assegnato rispetto ai CE trimestrali con evidenza della corrispondenza dei dati nella procedura alle strutture attraverso l'attività di monitoraggio per verifica concordamento	N. 3 report di monitoraggio al 30.06, al 30.09 e al 31.12
		Applicazione Regolamento ALPI - Monitoraggio delle prestazioni rese in libera Professione da sottoporre alla DS Aziendale e commissione Paritetica ALPI per il controllo del rispetto dell'equilibrio Tra "vol att Istituzionale / ALPI"	N. 3 report volumi ALPI: al 30.09 (primi sei mesi), al 31.12 (primi 9 mesi) e al 31.03 (12 mesi) dell'anno successivo raffronto volumi ALPI e istituzionale dell'anno oggetto di valutazione, per unità operative e per singolo dirigente
Verifiche e controlli atti al miglioramento del risultato economico e dello stato patrimoniale	Controllo dell'attività contrattuale dei vari fornitori	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento - Invio progetti per gli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018	Relativamente agli interventi di cui alle DGR 861/2017 e 180/2018, N. 3 report, uno per ogni adempimento di cui alle DGR sindacate. Obiettivo raggiunto se tutti gli adempimenti rispettati al 100%
		Rispetto dei termini nella stipula dei contratti sopra soglia	N. 1 report con indicazione del rispetto dei termini previsti dalla normativa per il 100% dei contratti stipulati
		Verifica contratti in scadenza - Mappatura e azioni svolte o da svolgere	N. 2 Report al 31.10 e al 31.12 alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Contr. di Gestione
		Verifica del rispetto dei tempi attuativi con evidenza dei SAL relativamente ai contratti nuovo ADT e Cartella Clinica Informatizzata	N. 2 Report al 31.10 e al 31.12 alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Contr. di Gestione
	Gestione operativa dei finanziamenti assegnati all'Azienda nel rispetto delle scadenze previste	Reportistica sugli andamenti dei finanziamenti in conto capitale e in conto esercizio nel rispetto delle scadenze previste (PNRR, Giubileo, etc.)	N. 3 report al 30.06, 30.09 e 31.12 sull'andamento dei finanziamenti in c/capitale e in c/esercizio (PNRR, Giubileo, etc.), con evidenza del rispetto delle scadenze previste
	Indicatore di tempestività dei pagamenti ex DPCM 22.09.2014 minore o uguale a zero	Garantire il risultato dell'indicatore di tempestività dei pagamenti minore o uguale a zero in caso di fornitori in accordo e non in accordo pagamenti	N. 5 report mensili, distinto tra fornitori in accordo pagamento e non in accordo pagamenti, al 30.06, al 30.09, al 31.10, al 30.11 e al 31.12
	Recupero dei crediti vantati dall'Azienda o iniziative poste in essere nell'anno	Report sul numero di intimazioni, messe in mora e recuperi giudiziali ottenuti per l'intero anno	N. 3 report, al 30.06, al 30.09 e al 31.12, sul numero di intimazioni, messe in mora e recuperi giudiziali ottenuti con relativa quantificazione del credito recuperato
	Rispetto delle scadenze dei tempi di liquidazione così come previsto dalla normativa / circolari regionali e aziendali di riferimento	Adempimenti R.U.L. - azioni di verifica e coord. per la riduzione del debito scaduto	N. 6 report mensili da luglio sulla situazione debito scaduto aggiornata a seguito di azioni da trasmettere alle strutture interessate e alla Direzione Aziendale
		Azzerramento dei documenti ricevuti ancora aperti e scaduti	N. scadenze liquidate (o bloccate) / N. scadenze ricevute = 1 la rilevazione del risultato verrà effettuata mensilmente a partire dallo scaduto del mese di Agosto e al 31.12 verrà calcolato il risultato complessivo
		Riduzione dello stock di credito aperto anni pregressi (fino al 2015)	N. 2 report con evidenza della riduzione, al 30.09 e al 31.12
		Rispetto dei tempi di registrazione e sblocco/certificazione di cui alla nota della Direzione Generale, doc. n. 50683 del 8.08.2016	N. fatture registrate entro 8 gg. (accordo pag.) 15 gg. (no accordo pag.) / tot. fatture ricevute per competenza = 1

D - AREA DELLA INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT			
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Formazione e relazioni con l'utenza interna/esterna	Miglioramento processi formativi aziendali	Formazione del personale aziendale in materia di Audit	N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12 in materia di Audit
		Formazione del personale aziendale in materia di trattamento dei dati personali	N. 3 corsi di formazione espletati entro il 31.12 in materia di trattamento dei dati personali
			N. personale dirigenziale della struttura partecipante al corso in materia di trattamento di dati personali >= 1
	Miglioramento qualità percepita dall'utente	Azioni di verifica sulla qualità percepita dall'utente - segnalazioni positive (elogi) e negative (reclami, lamentele, richieste di risarcimento danni, suggerimenti) etc.)	N. 2 report, uno al 31.10 e uno al 31.12 con evidenza delle segnalazioni positive/negative degli utenti (reclami ed elogi), suddivise anche per struttura
		Miglioramento del percorso del paziente con fragilità dovute alla discriminazione dell'identità di genere	N. 1 report con evidenza degli aspetti clinico assistenziali gestiti
	Potenziamento dell'attività di formazione e delle azioni di verifica e controllo in tema di qualità ed efficacia dei servizi offerti	Formazione del personale in materia di "Intelligenza Artificiale" nell'ambito della diagnostica per immagini	Partecipazione del personale medico ai corsi di formazione in tema di Intelligenza Artificiale >= 80%
		Garantire gli adempimenti del programma di formazione sicurezza (Piano formativo aziendale) al 31.12	N. corsi espletati entro il 31.12 maggiore o uguale a 3
		Garantire la formazione continua agli operatori sanitari attraverso la formazione sul campo (FSC) e metodologie FAD cartacee e Res di corsi considerati prioritari rispetto ai bisogni formativi espressi e/o cogenti	N. 6 corsi da svolgere entro il 31.12
		Individuazione di bisogni formativi per l'anno successivo	N. 1 piano formativo per l'anno successivo entro il 31.12 N. 1 report entro il 31.12
		Ottimizzazione e monitoraggio corsi OSS in corso di espletamento	N. 1 relazione al 31.12
		Realizzazione di un corso di formazione aziendale sulle segnalazioni di ADR e Farmacovigilanza	N. 1 corso realizzato entro il 31.12
		Verifica andamento Corsi Universitari (n. 6)	N. 2 relazioni, al 30.09 e al 31.12, con evidenza iscritti e attività svolte
Ottimizzazione degli spazi e della logistica	Migliorare il percorso di accoglienza attraverso sistemi che consentano l'orientamento dell'utenza e del personale	Codifica delle locazioni e codifica dei percorsi per origine-destinazione, mezzo, priorità. Rimappatura dei nodi con centri di costo specifico e integrazione percorso logistico con struttura dei centri di costo in essere. Ricodifica della cartellonistica	N. 2 stati di avanzamento informatizzazione per progetti di accoglienza e URP, al 30.09 e al 31.12
Potenziamento dell'innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment	Applicazione Nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs. N. 36/2023)	Revisione dei regolamenti connessi all'applicazione del Nuovo Codice degli Appalti	N.1 delibera contenente i nuovi regolamenti entro il 31.07
	Corretta gestione Albo Fornitori	Pubblicazione Albo Fornitori sul Sito aziendale	N.1 comunicazione alla Direzione Amministrativa di avvenuta pubblicazione entro il 30.09
	Gestione automatizzata degli incassi delle fatture intramoenia	Integrazione software intramoenia e AMC contabile (in collaborazione con la UOC Attività Amministrativa Libera Professione CUP)	N.1 relazione al 31.10 con evidenza delle attività svolte per l'integrazione da effettuare e dell'utilizzo a regime della stessa
		Integrazione software intramoenia e AMC contabile (in collaborazione con la UOC Contabilità e Bilancio)	N.1 relazione al 31.10 con evidenza dell'integrazione effettuata e dell'utilizzo a regime della stessa
	Miglioramento della performance organizzativa e professionale	Potenziamento attività visite di sorveglianza sanitaria	N. 3 report, al 30.06, al 30.09 e al 31.12, relativi alle visite effettuate con evidenza delle idoneità/inidoneità riscontrate N. visite di sorveglianza sanitaria convocate entro il 31.12 >= 3.000
		Potenziamento attività visite medico legali ambulatoriali collegiali e/o individuali per definizione sinistri malpractice	N. visite medico legali ambulatoriali collegiali e/o individuali convocate entro il 31.12 >= 60
	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC	Adempimenti nazionali e regionali su interventi PNRR e PNC di competenza	N. 3 relazioni con evidenza completamento adempimenti check list e piattaforma regionale
	Reti assistenziali	Monitoraggio attività ricovero Holding Area	N. pazienti in Holding con D.M. maggiore di 4 gg. / Totale pazienti ricoverati in Holding <= 15%
		Monitoraggio Delibera 708/2023 di "Adozione del Percorso Clinico Assistenziale delle dimissioni difficili"	N. 1 report al 31.12
		Monitoraggio di presa in carico multidisciplinare degli accessi in PS per gesto anticoncettivo	N. 1 report al 31.12
		Realizzazione obiettivi posti nei PDTA dell'ictus ischemico acuto (in collaborazione con UOSD organizzazione Sanitaria e Reti)	N. 1 report al 31.01.2025 con i risultati anno 2024 degli indicatori previsti per il monitoraggio
		Realizzazione obiettivi posti nei PDTA dell'ictus ischemico acuto (in collaborazione con UOSD Qualità Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk management)	N. 1 report al 31.01.2025 con i risultati anno 2024 degli indicatori previsti per il monitoraggio
		Revisione di almeno n. 2 PDTA in fase di scadenza	N. 2 proposte di deliberazione con allegati PDTA revisionati presentate entro il 31.12
Valutazione della performance Potenziamento dei processi di verifica e controllo	Attivazione del modello per Intensità di cure	Miglioramento Degenza Media	Degenza Media anno in corso <= valore negoziato (Solo patologia Neonatale) Degenza Media anno in corso <= valore negoziato Degenza Media anno in corso <= valore negoziato (escluso UTIC)
	Azioni per certificazioni di qualità	Attività propedeutica al rinnovo annuale della certificazione della UOC Farmacia con particolare riferimento al Laboratorio di Galenica	N. 1 report annuale con evidenza del mantenimento della certificazione
	Monitoraggio e verifiche specifiche di Fisica Sanitaria	Caratterizzazione nuove SPECT-CT per la dosimetria con OLMIO 166 (166Ho)	N. 1 report al 31.12
		Impostazione degli LDR nazionali per esami TC: distretti cranio, torace e addome-pelv secondo quanto previsto dal Decreto 3.11.2023 in termini di OLP	N. 1 report al 31.12
		Predisposizione template home made di protocolli di tecniche speciali VMAT in modalità inverse Planning	N. 1 report entro il 31.12

D - AREA DELLA INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Verifica e valutazione dei processi aziendali	Contrattazione integrativa aziendale	Predisposizione Contratto Integrativo aziendale area Digenza Sanitaria	N. 1 proposta entro il 15.07 da trasmettere alla Direzione Amministrativa
	Corretta applicazione degli istituti normo-economici entro i termini previsti dalla normativa	Aggiornamento regolamento ALPI	N. 1 proposta di deliberazione con allegato regolamento aggiornato entro il 30.06
		Aggiornamento regolamento sicurezza e deleghe datoriali	N. 1 proposta di delibera entro il 30.09
		Attivazione dei controlli del Servizio ispettivo sull'ALPI allargata	N. 3 report, al 30.06, al 30.09 e al 31.12, con verbale di evidenza dei controlli effettuati
		Messa a regime delle tariffe ALPI a regime ricovero interno inserite nell'applicativo e revisione convenzioni esterne	N. 1 report, entro il 31.12, attestante la messa a regime informatizzata delle tariffe ALPI dell'attività in convenzione e revisione convenzioni esterne
	Corretta gestione dei processi aziendali	Corretta gestione degli armadietti presso i reparti e monitoraggio giacenze	N. 3 report trimestrali (in collaborazione con il DIPRO e i Dip.ti sanitari) da trasmettere alla D.S. alla D.A. e al Controllo di Gestione sullo stato delle giacenze suddiviso per UU.OO. e conti economici
			N. 3 report trimestrali (in collaborazione con la UOC Farmacia e i Dip.ti sanitari) da trasmettere alla D.S. alla D.A. e al Controllo di Gestione sullo stato delle giacenze suddiviso per UU.OO. e conti economici
			N. 3 report trimestrali (in collaborazione con la UOC Farmacia e il DIPRO) sulle giacenze di armadietto rilevate da trasmettere alla UOC Farmacia e al Controllo di Gestione suddiviso per UU.OO. afferenti e conti economici
		Miglioramento del processo collegato alla Compliance Privacy	90% della formalizzazione degli Atti relativi alle indicazioni del DPO Aziendale
			90% della valutazione delle richieste in materia di Privacy per il coinvolgimento del DPO Aziendale
		Miglioramento del processo collegato all'individuazione del referente interno al trattamento dei dati personali	100% degli aggiornamenti Notifica Deliberazione n. 28 del 11.01.2023 secondo le indicazioni della UOC Affari Istituzionali
		Miglioramento processo collegato all'individuazione del responsabile esterno trattamento dati relativo ad atti di aggiudicazione procedimenti di gara e atti convenzionali. In collaborazione con Acquisizione beni e servizi	N. 3 elenchi (con cadenza trimestrale al 30.06 al 30.09 al 31.12) dei responsabili nominati per ciascun contratto, con indicazione della nomina, da inviare alla Direzione Amministrativa
		Miglioramento processo collegato all'individuazione del responsabile esterno trattamento dati relativo ad atti di aggiudicazione procedimenti di gara e atti convenzionali. In collaborazione con Affari Generali	N. 3 elenchi (con cadenza trimestrale al 30.06 al 30.09 al 31.12) dei responsabili nominati per ciascun contratto, con indicazione della deliberazione di nomina, da inviare alla Direzione Amministrativa
		Optimizzazione gestione informatizzata beni.Verifica da procedura Areas utilizzo procedura informatizzata per gestione beni presso i reparti (ordini, scarichi, giacenze)	N. 1 report al 31.12, da trasmettere entro il 31.01, su attività di coordinamento delle UU.OO. coinvolte nel processo, con evidenza della gestione del processo stesso
		Rilevazione del fabbisogno di beni e servizi e predisposizione deliberazione entro il 31.10	N. 1 report su attività di coordinamento delle UU.OO. coinvolte nel processo, con evidenza della gestione del processo stesso
	Ottimizzazione dei processi aziendali	Infomatizzazione del Fascicolo del Dipendente	N. 1 relazione attestante l'avvio dell'informatizzazione entro il 31.10
		Infomatizzazione del sistema di rilevazione presenze/assenze	N. 1 documento con evidenza del collaudo ed utilizzo entro il 31.12
		Messa a punto cruscotto direzionale: implementazione verifica e diffusione della piattaforma	N. 3 stati di avanzamento entro il 31.12
		Verifica fruizione permessi L. 104/92 per familiari	N. 2 report al 30.06 e al 31.12 con evidenza delle verifiche effettuate rispetto al corretto utilizzo
	Programmazione delle gare	Corretto utilizzo del sistema SIMOG (Sistema Informativo Monitoraggio Gare)	N. 3 report con cadenza trimestrale (30.06, 30.09, 31.12) con evidenza dei caricamenti delle procedure di gara
		Rispetto della tempistica per la redazione dei bandi di gara - produzione di quanto di competenza almeno 6 mesi prima della data di scadenza della precedente aggiudicazione	N. 1 report al 31.12 con evidenza del rispetto del termine indicato per le aggiudicazioni in scadenza N. 1 report al 31.12 con evidenza del rispetto del termine indicato per le aggiudicazioni in scadenza o del sollecito dell'invio dei capitolati
	Rispetto adempimenti debiti informativi flussi Regione Lazio	Caricamento flussi DM contratti - Supporto alla UOC Farmacia per il rispetto delle modalità e dei tempi previsti dalle direttive regionali	N. 1 report al 31.12 su attività di competenza svolta
	Rispetto degli adempimenti riferiti alla certificabilità dei Bilanci (PAC)	Nota Regione Lazio U0465956 del 28.05.2020 - Attività di ricognizione stato avanzamento PAC area D) Immobilizzazioni ex DCA 297/19	Adempimenti attività PAC Area Immobilizzazioni di competenza, richiesti da Regione Lazio = 100%
		Nota Regione Lazio U0465956 del 28.05.2020 - Attività di ricognizione stato avanzamento PAC area D) Immobilizzazioni ex DCA 297/19	N.1 Report con evidenza riconciliazione inventario cespiti in procedura amministrativo contabile
		Rispetto nelle sezioni di competenza dei manuali dei cicli deliberati, al fine del rispetto del Piano Attuativo di Certificabilità dei Bilanci	N. 1 Report al 31.12 dello stato avanzamento attività PAC area D e verifica impatti su Contabilità Generale = 100%
			100% degli adempimenti di competenza eseguiti - Azioni di monitoraggio del Controllo Interno attraverso check list regionale (rendicontazione di competenza UOC Controlli Interni e Proc. Di Audit)

E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adozione del Piano della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza ed Integrità dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, ai sensi della Legge n. 190 del 6/11/2012 e del D.Lgs n. 33 del 14/03/2013	N. 1 Piano entro i termini di scadenza
		Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge	N.1 elenco con indicazione delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti, inseriti nel Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza
		Trasmissione alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione degli adempimenti relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiranno obiettivi di performance organizzativa dell'anno	N. 1 elenco degli adempimenti/obiettivi entro il 31.01 dell'anno successivo
		Adempimenti di legge che il Resp. della Prevenz. della Corruz. e della Trasp. (RPCT) dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge	Assolvimento degli obblighi di trasparenza attraverso la produzione, la diretta pubblicazione e aggiornamento dei dati di competenza sul sito web aziendale nella sezione del sito aziendale "Amministrazione trasparente", attraverso l'utilizzo del Programma "PA33", nei termini stabiliti dalle disposizioni sulla Trasparenza indicate nell'Al. 1 alla Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO.
			N. 2 attestazioni, al 30/06 ed al 30/11, al RPCT dell'avvenuto aggiornamento dei dati pubblicati e del rispetto dei termini per la pubblicazione
			N. 1 attestazione al RPCT, entro il 30/11, dell'attuazione e del rispetto delle misure di prevenzione generali e specifiche indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO per tutti i responsabili di struttura e rendicontazione sull'attuazione delle misure specifiche secondo la tempistica ivi indicata, nonché attestazione dell'attuazione delle misure di prevenzione dagli stessi Responsabili di struttura proposte nella mappatura/analisi dei rischi. In ipotesi di mancata attuazione delle misure di prevenzione produzione delle motivazioni
			N. 1 attestazione al RPCT, entro il 30/11, dell'attuazione e del rispetto di tutte le misure di prevenzione indicate nella Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO, nonché attestazione dell'attuazione delle misure di prevenzione dagli stessi Responsabili di struttura proposte nella mappatura/analisi dei rischi. In ipotesi di mancata attuazione delle misure di prevenzione produzione delle motivazioni
			N. 1 segnalazione al 30/11 al RPCT di eventuali ulteriori eventi rischiosi e correlate misure di prevenzione con riferimento ai processi mappati dal RPCT e dalle strutture
			N. 1 verifica ed aggiornamento, entro il 30/06, della mappatura dei processi in collaborazione con il RPCT, anche rispetto alle modifiche organizzative intervenute unitamente alla rilevazione, valutazione ed analisi del rischio e del relativo trattamento nel rispetto delle indicazioni metodologiche indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO

F - AREA DELLA COMUNICAZIONE AI CITTADINI, DELLA SICUREZZA, DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO E DELLA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE				
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI	
Garantire la sicurezza della cura, degli ambienti di lavoro e delle infrastrutture informatiche	Realizzazione di interventi per garantire la sicurezza informatica e la protezione dei dati clinici e amministrativi	Potenziamento del perimetro di sicurezza aziendale per mitigare al minimo i rischi di incident in materia di cybersecurity	N. 1 Report al 31.12 sulle azioni poste in essere	
		Potenziamento delle infrastrutture informatiche in conformità con la normativa GDPR	N. 2 audit entro il 31.12 sulla sicurezza informatica	
Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute	Aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet) per facilitare l'accesso e la gestione dei percorsi	N. 1 report al 31.12 sugli aggiornamenti effettuati nel corso dell'anno	
Miglioramento delle misure di prevenzione e controllo per la riduzione delle infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	Messa a regime dell'utilizzo della Piattaforma tecnologica di Prevenzione, Controllo e Trattamento delle Infezioni (DARM) (Delibera n. 1723 del 1.11.2024) per riduzione dei rischi di acquisizione e trasmissione delle infezioni nonché per la riduzione dell'impatto economico nel trattamento delle ICA tramite costante monitoraggio e controllo dei flussi informativi integrati	Coinvolgimento dei pazienti e familiari - indagini di soddisfazione post ricovero	N. 1 questionario di soddisfazione somministrato entro il 31.12	
		Implementazione e monitoraggio dell'igiene delle mani - assicurare la disponibilità di soluzioni idroalcoliche in almeno il 95% delle aree critiche	N. 2 Report al 30.06 e al 31.12 attestante la presenza delle soluzioni idroalcoliche in almeno il 95% delle aree critiche	
		Organizzare sessioni di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario sul tema della prevenzione delle ICA con focus su igiene mani, utilizzo corretto dei DPI e gestione dispositivi medici	N. operatori formati / N. operatori da formare = 100%	
		Riduzione dell'incidenza totale delle ICA del 20% rispetto all'anno precedente	ICA anno in corso / ICA anno precedente <= 80%	
		Sviluppo di sistemi di sorveglianza attiva e audit clinici sullo stato di applicazione dei protocolli di prevenzione e identificazione eventuali gap organizzativi e o formativi	Monitoraggio seguente indicatore per tutte le UU.OO. sanitarie: ICA anno in corso / ICA anno precedente <= 80% N. 2 report al 30.06 e al 31.12 alla Direzione e alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione	
		Attivazione della figura del Consigliere di Fiducia	N. 1 deliberazione di nomina entro il 30.09	
		Formazione specifica per i Dirigenti	N. 3 corsi di formazione da organizzare entro il 31.12	
Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Realizzazione di interventi per garantire parità, pari opportunità, benessere organizzativo nonché contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. personale farmacia partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1 N. personale medico partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1	
		Monitoraggio dell'attività svolta dallo Sportello di ascolto rivolto al contrasto della violenza di genere e ad aiuto delle persone fragili	N. 2 report, al 30.06 ed al 31.12, con evidenza dell'attività svolta	
		Nomina del Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità	N. 1 deliberazione di nomina entro il 30.09	
		Promozione salute e benessere del personale dipendente attraverso l'attivazione di percorsi dedicati di screening	N. 1 percorso di screening rivolto al personale dipendente progettato entro il 31.12 N. percorsi di screening rivolti al personale dipendente progettati entro il 31.12 >= 5	
		Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza	N. 1 report al 31.12 con evidenza delle attività svolte in relazione al monitoraggio effettuato	
		Verifica protocollo di intervento a tutela dell'infanzia/violenza di genere	N. 1 report al 31.12 degli interventi effettuati	
		Implementazione ed attuazione delle soluzioni ICT per la patient experience (self pagamento, servizi URP, geolocalizzazione per utenza)	N.2 Report al 30.06 e al 31.12 sullo stato di avanzamento dei progetti in collaborazione con le strutture coinvolte	
Potenziamento della digitalizzazione aziendale	Miglioramento accoglienza digitale	Attuazione dei processi di transizione digitale (linee guida Agid)	Aggiornamento tecnologico attraverso la digitalizzazione dei servizi	
Miglioramento della sostenibilità ambientale	Miglioramento della gestione dei rifiuti e riduzione dell'inquinamento	Monitoraggio del ciclo dei rifiuti speciali e dei rifiuti assimilati agli urbani	N. 1 Relazione al 31.12 con report sul monitoraggio	
		Gestione nuovo modello organizzativo trasporti interni (gara esterna)	N. 3 Report al 30.06, al 30.09 e al 31.12 con evidenza rispetto dei termini contrattuali, del miglioramento dell'organizzazione ed eventuali azioni correttive	

La tabella sottostante rappresenta il n. degli obiettivi strategici, degli obiettivi operativi, e degli indicatori suddivisi per Area Strategica

AREA	DENOMINAZIONE	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI
A	AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	4	11	54
B	AREA DELL'APPROPRIATEZZA	9	15	56
C	AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	13	20	40
D	AREA DELLA INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT	5	20	63
E	AREA DELLA PREVENZIONE, DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	1	1	8
F	AREA DELLA COMUNICAZIONE AI CITTADINI, DELLA SICUREZZA, DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO E DELLA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE	6	8	23

La sezione 2.2 - Performance si completa con la documentazione allegata in appendice al presente Piano, come di seguito riportato:

Allegati Sezione 2.2 – Performance

Allegato n.1 Elenco obiettivi e indicatori assegnati alle singole strutture aziendali (UOC/UOSD) nell’anno 2025

2.3 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2025 – 2027

2.3.1 Principi ed obiettivi strategici

La presente sezione di prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO, per il triennio 2025-2027, si pone come aggiornamento della precedente sezione della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del PIAO adottato con Deliberazione n. 146/2024. Il presente aggiornamento tiene pienamente conto delle indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione di cui all'aggiornamento del PNA 2022 con particolare riferimento al nuovo codice degli appalti (D.Lgs 36/2023) ed alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 avente ad oggetto "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". Ulteriormente la presente sezione tiene conto dell'assetto organizzativo dell'Azienda quale da ultimo determinato con la Deliberazione n. 1547/2019 avente ad oggetto "Modifica dell'Atto di Autonomia aziendale di diritto privato approvato con deliberazione n. 1134 del 08 agosto 2019".

La presente sezione di prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO costituisce atto di indirizzo e di programmazione, finalizzato al miglioramento organizzativo dell'Azienda e persegue le seguenti finalità:

1. Individuare le attività aziendali maggiormente esposte al rischio corruttivo;
2. Fornire la valutazione del livello di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio attraverso l'individuazione delle misure di prevenzione;
3. aumentare la capacità di individuare i casi di corruzione;
4. prevenire con tali strumenti eventi corruttivi.

Attraverso il presente aggiornamento si indicano, inoltre, gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Aziendale rispetto al perseguimento dei quali si confermano le misure di prevenzione specifiche già adottate e si individuano nuove misure di prevenzione anche attraverso un'azione coordinata ed integrata con gli altri strumenti strategici dell'Azienda costituenti il PIAO con particolare riguardo al ciclo della performance.

Pertanto, si pongono nella presente sezione del PIAO dedicata alla strategia della prevenzione della corruzione ed alla trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- Ulteriore implementazione della digitalizzazione dei flussi informativi e della comunicazione aziendale al fine di efficientare l'organizzazione con sempre maggiore emersione dei ruoli e delle responsabilità: specificatamente l'Azienda provvederà alla integrale digitalizzazione del flusso documentale e avvierà l'uso del sistema informatizzato relativo alla integrale gestione del personale ai fini di una applicazione trasparente degli istituti contrattuali (portale del dipendente) ed un sistema integralmente informatizzato per la gestione ed il monitoraggio dell'esercizio dell'attività libero professionale;

-
- Consolidamento del sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
 - Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e dell'intramoenia;
 - Revisione della regolamentazione interna con specifico riferimento alla gestione del conflitto di interessi.

2.3.2 I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda

Il passaggio ad un modello, fondato sull'importanza della prevenzione, ha comportato una riconfigurazione dei ruoli degli attori del sistema. I soggetti interni coinvolti nel complessivo sistema di gestione del rischio corruttivo vengono di seguito emarginati unitamente alla loro responsabilità di modificare i processi in cui agiscono coerentemente a quanto previsto dalla normativa e dalla presente sezione.

2.3.2.1 L'organo di indirizzo - il Direttore Generale:

1. designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
2. valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
3. tiene conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e si adopera affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
4. crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
5. assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
6. promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale;
7. adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti;
8. riceve la relazione annuale del RPCT;

2.3.2.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Nomina e Ruolo

Costituiscono adempimenti a carico del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT):

1. proporre al Direttore Generale la sezione del PIAO dedicata alla strategia di prevenzione della corruzione ed all'attuazione della trasparenza;

-
2. verificare l'attuazione integrale del sistema di prevenzione e la sua idoneità;
 3. programmare – di concerto con la struttura aziendale competente – la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
 4. proporre modifiche dello stesso sistema di prevenzione anche in corso di vigenza nel caso in cui siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
 5. individuare il personale da inserire nei programmi di formazione, a seguito di indicazioni dei responsabili delle diverse strutture;
 6. segnalare alla Direzione Aziendale, all'OIV e all'ANAC le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente tali misure (art. 1, comma 7, Legge 190/2012; art. 43, comma 1, D.Lgs. 33/2013);
 7. ricevere e verificare le eventuali segnalazioni di illeciti ed effettuare l'istruttoria finalizzata a verificarne esclusivamente la fondatezza, attivando in caso di esito positivo, gli organismi interni competenti all'esercizio dell'azione disciplinare o agli organismi esterni preposti;
 8. pubblicare entro il 15 dicembre di ogni anno, o in diversa data eventualmente indicata dall'ANAC, nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmetterla al Direttore Generale;
 9. riferire sulla propria attività tutte le volte in cui il Direttore Generale lo richieda.

Il RPCT, per una migliore ricostruzione dei fatti oggetto di istruttoria ovvero ai fini delle necessarie azioni per la più idonea ed efficiente strutturazione delle misure di prevenzione:

1. ha completo accesso a tutti gli atti dell'organizzazione, dati e informazioni, funzionali all'attività di controllo;
2. può verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono configurare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità;
3. può richiedere ai dipendenti che hanno istruito un procedimento di fornire motivazione per iscritto circa le circostanze di fatto e di diritto che sottendono all'adozione del provvedimento finale;
4. non può svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dalla Direzione Aziendale e dai Dirigenti competenti, né esprimersi sulla regolarità tecnica o contabile di tali atti.

L'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione si configura come incarico aggiuntivo a quello di dirigente titolare di incarico dirigenziale al quale è riconosciuta una retribuzione di risultato.

A supporto dell'RPCT opera un titolare di incarico di organizzazione amministrativa denominato "Anticorruzione e trasparenza".

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si avvale della collaborazione dei Referenti per la prevenzione della corruzione, individuati nei dirigenti responsabili di tutte le articolazioni organizzative aziendali.

Le attività ispettive nelle aree a rischio di corruzione vengono svolte dai Dirigenti Responsabili delle Strutture, che relazionano circa i risultati al RPCT, nonché dal Servizio Ispettivo Aziendale istituito - ai sensi dell'art. 1 comma 62 della Legge n. 662/1996 e s.m.i. – con deliberazione n. 855 del 29/07/2015.

2.3.2.3 La Responsabilità dell'RPCT e la revoca dell'incarico

L'articolo 1 comma 8 della legge 190/2012 prevede che la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale.

Nel caso di commissione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato l'articolo 1 comma 12 della Legge n. 190/2012 prevede una forma di responsabilità generale in capo al RPCT e, nello specifico, una responsabilità disciplinare, erariale e dirigenziale, salvo che lo stesso riesca a provare una serie di circostanze in grado di escludere la sussistenza di tale responsabilità e specificatamente:

1. di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;
2. di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

La revoca dell'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione deve essere espressamente ed adeguatamente motivata. Deve inoltre essere comunicata all'ANAC, che entro 30 giorni può formulare richiesta di riesame qualora rilevi che la stessa sia correlata alle attività svolte dal responsabile in materia di prevenzione della corruzione.

2.3.2.4 Tutti i dirigenti responsabili di struttura quali referenti per la prevenzione della corruzione

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione, attesa la dimensione e la complessità dell'Azienda, sono il risultato di un'azione combinata tra tutti i dirigenti ed il RPCT. Infatti, il successo nell'attività di prevenzione della corruzione si può conseguire solo attraverso un'azione sinergica e coordinata dei singoli responsabili delle strutture/uffici e del RPCT, secondo un processo bottom up in sede di formulazione delle proposte e top down per la successiva fase di verifica ed applicazione.

Pertanto, già l'art. 16 del D. Lgs. 165/2001 attribuisce ad ogni dirigente specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.

La collaborazione è, infatti, fondamentale per consentire al RPCT e all'Organo di indirizzo che adotta il PIAO di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti.

Pertanto, il RPCT coinvolge tutti i dirigenti dell'Azienda ospedaliera individuando i titolari di incarico di struttura, quali Referenti per la prevenzione della corruzione, sia nella fase di mappatura dei processi ed analisi dei rischi connessi all'attività di competenza di ciascuno, sia nella fase di adozione dei provvedimenti conseguenti.

È quindi richiesto ai Dirigenti referenti per la prevenzione della corruzione di:

1. assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma;
2. partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
3. relazionare al Responsabile della prevenzione della corruzione sul grado di effettiva riduzione del livello di rischio a seguito dell'applicazione delle misure proposte;
4. avanzare proposte per la rotazione del proprio personale esposto a rischio;
5. assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione;
6. adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e la rotazione del personale;
7. osservare le misure di prevenzione della corruzione e le misure di trasparenza;
8. segnalare al RPCT ogni evento o dato utile per l'espletamento delle proprie funzioni;
9. tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

2.3.2.5 L'organismo indipendente di valutazione (O.I.V.):

1. partecipa al processo di gestione del rischio offrendo, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
2. svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza;
3. esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento aziendale;
4. valida la relazione sulla performance;
5. attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza;
6. verifica che l'integrale sistema di prevenzione della corruzione e attuazione della trasparenza quale sezione del PIAO sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
7. verifica che nella misurazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza;
8. fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;

2.3.2.6 L'ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.):

1. svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
2. provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
3. rappresenta, laddove ritenuto necessario, la necessita' di procedere all'aggiornamento del Codice di comportamento;

2.3.2.7 Tutti i dipendenti:

1. partecipano al processo di gestione del rischio;
2. osservano le misure contenute nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione del PIAO;
3. segnalano le situazioni di illecito al RPCT anche attraverso la casella di posta elettronica dedicata (vedi avanti tutela del whistleblower);
4. segnalano l'eventuale propria condizione di conflitto di interessi.

2.3.2.8 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda:

1. osservano le misure di prevenzione della corruzione;
2. segnalano l'eventuale proprio caso di conflitto di interessi.

2.3.3 Integrazione tra il piano di prevenzione della corruzione ed il piano della performance

Al fine di porre in essere un'efficace azione di prevenzione della corruzione è necessaria la coordinazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO con gli altri strumenti di programmazione aziendale. Specificatamente l'art. 1 comma 8 della Legge n. 190/2012 prevede che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario degli atti di programmazione strategico - gestionale e stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra gli strumenti che le Amministrazioni sono tenute ad assicurare anche al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata.

Il percorso di coordinamento e collegamento è avvenuto attraverso la condivisione, con la UOC Programmazione Strategica Controllo di Gestione, degli obiettivi da prevedere, per tradurre le misure di prevenzione della corruzione previste in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture Aziendali e ai loro dirigenti.

Il Direttore della UOC Programmazione strategica e Controllo di gestione ha curato l'inserimento nelle singole schede di budget da assegnare ai Direttori/Responsabili delle strutture dei seguenti obiettivi:

Obiettivi Strutture Sanitarie

1. Verifica ed aggiornamento della mappatura dei processi in collaborazione con il RPCT, anche rispetto alle modifiche organizzative intervenute unitamente alla rilevazione, valutazione ed analisi del rischio e del relativo trattamento nel rispetto delle indicazioni metodologiche indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO entro il 30/06/2025;
2. Attestazione al RPCT entro il 30/11/2025 dell'attuazione ed il rispetto di tutte le misure di prevenzione indicate nella Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO nonché attestazione dell'attuazione delle misure di prevenzione dagli stessi Responsabili di struttura proposte nella mappatura/analisi dei rischi. In ipotesi di mancata attuazione delle misure di prevenzione produzione delle motivazioni;
3. Segnalazione al 30/11/2025 al RPCT di eventuali ulteriori eventi rischiosi e correlate misure di prevenzione con riferimento ai processi mappati dal RPCT e dalle strutture;
4. Assolvimento degli obblighi di trasparenza attraverso la produzione, la diretta pubblicazione e aggiornamento dei dati di competenza sul sito web aziendale, nella sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente" attraverso l'utilizzo del Programma "PA33" nei termini stabiliti dalle disposizioni sulla Trasparenza indicate nell'All. n. 1 alla Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO. Attestazione al 30/06/2025 ed al 30/11/2025 al RPCT dell'avvenuto aggiornamento dei dati pubblicati e del rispetto dei termini per la pubblicazione.

Obiettivi Strutture Amministrative e di Direzione Sanitaria

1. Verifica ed aggiornamento della mappatura dei processi in collaborazione con il RPCT, anche rispetto alle modifiche organizzative intervenute unitamente alla rilevazione, valutazione ed analisi del rischio e del relativo trattamento nel rispetto delle indicazioni metodologiche indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO entro il 30/06/2025;
2. Attestazione al RPCT entro il 30/11/2025 dell'attuazione ed il rispetto delle misure di prevenzione generali e specifiche indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO per tutti i responsabili di struttura e rendicontazione sull'attuazione delle misure specifiche secondo la tempistica ivi indicata nonché attestazione dell'attuazione delle misure di prevenzione dagli stessi Responsabili di struttura proposte nella mappatura/analisi dei rischi. In ipotesi di mancata attuazione delle misure di prevenzione produzione delle motivazioni;
3. Segnalazione al 30/11/2025 al RPCT di eventuali ulteriori eventi rischiosi e correlate misure di prevenzione con riferimento ai processi mappati dal RPCT e dalle strutture;
4. Assolvimento degli obblighi di trasparenza attraverso la produzione, la diretta pubblicazione e aggiornamento dei dati di competenza sul sito web aziendale, nella sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente" attraverso l'utilizzo del Programma "PA33" nei termini stabiliti dalle disposizioni sulla Trasparenza indicate nell'All. n. 1 alla Sezione

Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO. Attestazione al 30/06/2025 ed al 30/11/2025 al RPCT dell'avvenuto aggiornamento dei dati pubblicati e del rispetto dei termini per la pubblicazione.

2.3.4 Gestione del rischio di corruzione

2.3.4.1 La metodologia dell'analisi del rischio

Con la presente sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO viene confermata la metodologia utilizzata precedentemente.

L'analisi del rischio corruttivo richiede l'attuazione di un processo distinto nelle fasi che seguono:

1. Analisi del contesto esterno ed interno finalizzata all'identificazione degli eventi rischiosi a seguito della mappatura dei processi e delle attività di pertinenza dell'Azienda;
2. Analisi del rischio volta a comprendere le cause degli eventi rischiosi (fattori abilitanti) per poter calibrare su di esse le misure più idonee a prevenirli;
3. Valutazione del rischio, vale a dire stima del livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi di tipo qualitativo, sulla base di motivate valutazioni dei soggetti aziendali coinvolti, che tenga conto di specifici indicatori al fine di individuare i processi e le attività su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT. La valutazione del rischio deve essere improntata ad un generale criterio di prudenza, al fine di evitare una sua sottostima. L'utilizzo dei detti indicatori unitamente all'autovalutazione effettuata dai responsabili delle attività determina la classificazione del rischio in tre livelli: basso, medio e alto.
4. Trattamento del rischio quale fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi ed identificazione e programmazione delle misure preventive più idonee ed i relativi controlli.

Viene, pertanto, confermata l'individuazione dei processi per ciascuna area di rischio, la descrizione dell'attività in cui si articolano i processi, la descrizione dell'evento rischioso, l'indicazione del livello di esposizione al rischio delle attività, l'individuazione delle misure di prevenzione ed il soggetto responsabile dell'attuazione nonché del termine per procedere.

2.3.4.2 Il Contesto esterno

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini è situata nel territorio del Municipio XII di Roma, ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale Roma 3. Il bacino di utenza dell'Azienda non si limita alla popolazione dei quartieri limitrofi o

della città di Roma, in quanto L'azienda costituisce un centro di riferimento per l'intera Regione e per l'elevata specializzazione delle prestazioni che eroga accoglie utenti anche residenti in altre regioni.

Nell'analisi del contesto esterno rileva particolarmente il settore nel cui ambito la stessa opera, vale a dire la sanità.

Il settore sanitario, infatti, è uno dei settori della pubblica amministrazione destinatario di ingenti investimenti ed è per questo che esso risulta notevolmente esposto sia al condizionamento improprio di interessi privati che all'infiltrazione delle mafie, anche attraverso pratiche corruttive.

Nel settore sanitario vengono normalmente allocate ingenti risorse economiche notevolmente incrementate in tale fase storica dai fondi del PNRR. L'Azienda, infatti, è soggetto attuatore delegato dalla Regione Lazio per quanto attiene agli interventi del PNRR. Peraltro, il valore delle risorse coinvolte non è misurabile soltanto in termini monetari, interessando ulteriori aspetti relativi alla tutela effettiva di diritti fondamentali quale quello alla salute rispetto al quale, in ipotesi di cattiva amministrazione o gestione, si verificano episodi di carattere corruttivo.

La criminalità organizzata è notoriamente interessata al settore sanitario. Le organizzazioni criminali ambiscono alle risorse destinate al settore sanitario attraverso azioni di infiltrazione ed inquinamento del tessuto economico e dell'apparato amministrativo degli attori pubblici.

Nel Documento del Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale della Polizia Criminale – Servizio Analisi Criminale anno 2024 relativo ai reati corruttivi sino a Maggio 2024 vengono esaminati i dati relativi ai reati contro la pubblica amministrazione, Titolo II del Libro II del codice Penale considerati tutti espressione di atti corruttivi.

Il documento suddivide i reati in quattro macro-categorie e analizza la loro distribuzione geografica, mostrando una maggiore incidenza nelle regioni meridionali e in alcune grandi città come Roma, Milano, Napoli e Palermo.

I dati mostrano una significativa concentrazione maggiore nelle grandi aree urbane.

I settori rispetto ai quali il fenomeno corruttivo risulta più incisivo è quello relativo agli appalti pubblici, alla gestione delle risorse pubbliche e alle procedure amministrative complesse.

In generale, i settori più vulnerabili alla corruzione nella pubblica amministrazione includono:

- Appalti pubblici e contratti
- Sanità
- Urbanistica e edilizia
- Gestione dei fondi pubblici
- Settore giudiziario e forze dell'ordine

Tali settori sono più soggetti a pratiche corruttive in ragione della loro complessità e dell'elevato livello di discrezionalità nelle decisioni amministrative.

I medesimi esiti emergono dal Documento ISTAT "La corruzione in Italia anno 2022-2023".

Su un campione di un milione e duecentomila famiglie la percentuale che ha ricevuto richieste di denaro, favori, regali o altro per ottenere agevolazioni o servizi nel corso della loro vita è del 5,4%. Se si considerano gli ultimi tre anni precedenti l'intervista, la percentuale scende all'1,3%.

I settori chiave esplorati nell'indagine sulla corruzione sono stati otto:

-
- Sanità
 - Assistenza
 - Istruzione
 - Lavoro
 - Uffici pubblici
 - Giustizia
 - Forze dell'ordine
 - Public utilities (servizi di pubblica utilità come energia elettrica, gas, acqua, telefonia)

Tra le famiglie che si sono rivolte alla sanità nel corso della loro vita (21milioni 950mila), l'1,3% (circa 295mila) ha avuto richieste di denaro, regali o altro per ottenere o velocizzare il servizio o per ricevere assistenza.

Tra imprenditori e lavoratori autonomi cresce la percezione di richieste illecite. Secondo il 38,5% degli imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio (circa 2milioni e 900mila nel 2022-2023) capita di essere obbligati (sempre o spesso) a pagare per ottenere licenze e concessioni o contratti con la P.A.

Secondo i lavoratori autonomi risulta di particolare rilevanza la percezione relativa all'ambito dei contratti con la PA, per i quali per oltre un rispondente su quattro (il 25,2%, circa 1milione e 897mila) dichiara che in genere si è obbligati a pagare sempre o spesso.

Le più recenti attività info-investigative confermano come le organizzazioni criminali di tipo mafioso, abbiano negli ultimi anni implementato le loro reti e capacità relazionali con linee d'azione di silente infiltrazione. ("Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla direzione investigativa antimafia - secondo semestre 2021").

L'attenzione sui possibili utilizzi illeciti di risorse pubbliche è ora rivolta al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella convinzione che i presidi antiriciclaggio devono continuare a rappresentare un argine fondamentale per evitare deviazioni degli interventi di sostegno verso l'economia illegale (newsletter aprile 2022 – UIF – Unità di informazione finanziaria per l'Italia).

Gli esiti dell'attività investigativa ha mostrato come le tecniche di penetrazione economica possano verificarsi già nella fase di programmazione e progettazione di opere pubbliche attraverso una mirata azione corruttiva nei confronti dei funzionari della stazione appaltante e dei tecnici/professionisti incaricati. Peraltro, l'impresa che si aggiudica l'appalto spesso realizza il progetto esecutivo contando da subito sulle varianti in corso d'opera ed il conseguente accrescimento del costo dell'opera. Quindi le imprese mafiose inquinano la gara sin dalla stesura del bando e delle procedure di evidenza pubblica attraverso varie forme di connivenza con funzionari pubblici. ("Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla direzione investigativa antimafia - secondo semestre 2021").

Quanto sopra determina la necessità di predisporre un organizzato complesso di misure preventive, a partire dalla trasparenza, al fine di elidere le opacità che possono riguardare i processi decisionali, unitamente alla regolamentazione e ad un efficace sistema di monitoraggio che consenta di assumere misure organizzative capaci di prevenire azioni di cattiva gestione e situazioni di commistione con gli attori pubblici.

2.3.4.3 Il Contesto interno

La descrizione del contesto interno atta ad emarginare il livello dimensionale e la complessità organizzativa dell'Azienda è contenuta nella sezione della Performance del presente PIAO.

Nella detta sezione vengono rappresentate le relazioni organizzative dell'Azienda e le dinamiche economiche aziendali con specifico riferimento ai valori produttivi ed alle azioni strategiche di conduzione e di programmazione.

La presente sezione del PIAO è stata elaborata tenendo conto degli elementi rilevanti ivi descritti al fine della implementazione e conduzione del complessivo sistema di gestione del rischio corruttivo.

2.3.4.4 Attività di mappatura dei processi – Analisi del contesto interno

L'azione di mappatura dei processi consente l'analisi del contesto interno utile al fine di procedere alla valutazione del rischio. Infatti, è solo a seguito della mappatura dei processi e delle attività di pertinenza dell'Azienda che è possibile individuare in relazione ad essi quei comportamenti o fatti tramite cui si concretizza il rischio corruttivo.

Tale attività è stata condotta sulla base della struttura organizzativa quale determinata dal vigente Atto di Autonomia Aziendale ed ha tenuto conto degli esiti delle azioni di monitoraggio disposte nel corso della vigenza del PIAO 2024 – 2026.

L'attività ha interessato i processi insistenti nelle Aree di Rischio Generali (acquisizione e gestione del personale, contratti pubblici, incarichi e nomine, gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni) e in quelle specifiche per il settore sanitario (attività libero professionale e liste di attesa, farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni, attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, le quali interessano linee di attività aziendali trasversali le cui competenze afferiscono contestualmente a strutture amministrative e sanitarie) determinando, al netto delle misure generali, l'individuazione delle misure specifiche quali riferite nella mappatura dei processi allegata (All. n. 2).

In ragione degli esiti del monitoraggio effettuato in vigenza del precedente PIAO, nel corso della presente annualità, verrà ulteriormente richiesto ai responsabili delle strutture aziendali un'azione di rivisitazione ed un aggiornamento delle specifiche mappature dei processi nonché l'analisi volta ad individuare ulteriori processi da categorizzare.

Viene, dunque, confermata, l'organizzazione dei processi organizzativi con riferimento alle Aree di rischio generali e specifiche, a loro volta scomposti in attività rispetto alle quali vengono individuati i possibili rischi e stabilite le correlate misure preventive.

L'obiettivo è procedere al graduale esame e rappresentazione dell'intera attività svolta dall'Azienda al fine di identificare gli ambiti che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposti a rischi corruttivi.

La logica con la quale è stata effettuata la mappatura dei processi si pone in continuità con quella effettuata nel PIAO previgente proceduta ad una ricognizione e rielaborazione delle misure di prevenzione specifiche anche con il fine di

poterne verificare il raggiungimento da parte del dirigente responsabile in riferimento ai fini della performance individuale.

Con riferimento alle singole misure specifiche viene indicata la natura, la modalità, la tempistica e la responsabilità dell'attuazione nonché l'indicatore di monitoraggio e il soggetto tenuto all'effettuazione dello stesso nel rispetto della tempistica prevista.

2.3.4.5 Analisi ed identificazione del rischio

L'analisi del rischio corruttivo è la fase del processo di gestione del rischio nell'ambito della quale lo stesso viene identificato ed analizzato.

L'analisi del rischio è volta a comprendere le cause degli eventi rischiosi per poter calibrare su di esse le misure più idonee a prevenirli. Essa consente di individuare gli eventi a rischio più rilevanti e i processi più esposti. Gli eventi rischiosi sono riferiti con riferimento a tutti processi mappati ed indicati nell'All. 2.

2.3.4.6 La Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è necessaria al fine di definire il livello di esposizione al rischio corruttivo per individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione che per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio.

I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi costituiscono gli indicatori di rischio attraverso i quali determinare il livello di esposizione al rischio stesso del processo o delle attività che lo compongono.

Gli indicatori per la classificazione del rischio sono quelli indicati nella tabella sottostante.

Le valutazioni relative all'esposizione al rischio dovranno essere espressamente motivate.

Rischio	Indicatori	Monitoraggio
Basso Medio Alto	• livello di interesse "esterno": presenza di interessi, anche economici, più o meno rilevanti e di benefici per i destinatari del processo; • grado di discrezionalità: processo decisionale più o meno discrezionale; • livello di partecipazione nella conduzione dell'istruttoria: processi che si sostanziano in procedimenti amministrativi la cui istruttoria risulta implementata con o senza il coinvolgimento di diversi attori aziendali. • inadeguatezza della regolamentazione: livello con cui il processo è vincolato da norme o regolamenti interni; • inefficacia dei controlli: frequenza dei controlli, l'analiticità degli stessi e l'indipendenza dei controllori; • opacità: diffusione e attuazione del principio e degli strumenti di trasparenza.	Tempistica Basso: annuale Medio: semestrale Alto: trimestrale

2.3.4.7 Il Trattamento del rischio ed il monitoraggio

La fase relativa al trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

In tale ambito si individuano le apposite misure di prevenzione utili al fine di mitigare il rischio corruttivo.

Viene confermata l'impostazione quale determinata nel precedente PIAO con l'indicazione del tempo di attuazione, degli indicatori di attuazione e monitoraggio e del soggetto responsabile dell'attuazione.

Il monitoraggio è la fase della gestione del rischio che consente di verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso ed in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Il monitoraggio comprende le seguenti attività:

- rilevazione dello stato di attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- verifica dell'idoneità delle misure a neutralizzare o ridurre il rischio.

La responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia, in ragione della dimensione dell'Azienda e dell'elevato livello di complessità della stessa, nella presente sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è previsto in capo al RPCT un ruolo di coordinamento, sovrintendendo le attività e vigilando sulla correttezza dei contributi provenienti dai referenti aziendali anche quali responsabili delle specifiche misure di prevenzione previste.

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione, pertanto, avverrà su due livelli.

Il primo livello viene attuato direttamente dai dirigenti referenti aziendali per la prevenzione della corruzione, il secondo livello dal RPCT eventualmente coadiuvato dalla struttura di Audit interna.

2.3.5 Obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione

La legge 190/2012 all'art. 1, comma 9, lettera c), impone uno specifico obbligo di informazione nei confronti del RPCT ad opera di tutti i referenti per la prevenzione della corruzione, il quale è chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del presente Piano.

Inoltre, l'art. 16 del d.lgs. 165/2001 dispone ai commi l-bis, l-ter ed l-quater che i Dirigenti esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri:

-
1. concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;
 2. forniscono le informazioni richieste dall'RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
 3. provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

In attuazione di quanto sopra, i Dirigenti Referenti hanno l'obbligo di relazionare ed informare il RPCT in merito allo stato di avanzamento delle singole azioni e misure previste dalla presente sezione del PIAO.

La mancata risposta alle richieste di informazioni del RPCT è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

I Referenti forniranno al RPCT le informazioni richieste secondo le tempistiche programmate ed indicate dagli indicatori di monitoraggio relativi alle misure di prevenzione generali e specifiche (All. n. 2 Misure Specifiche) oltre che in sede di monitoraggio di II livello.

La presente sezione del PIAO sarà oggetto almeno di due monitoraggi semestrali ad opera dell'RPCT e in ragione dell'analisi del rischio e della relativa classificazione del rischio nei tre livelli (basso, medio e alto) relativamente ai processi specificatamente mappati la tempistica del monitoraggio di I livello, a cura dei dirigenti referenti per la prevenzione della corruzione, sarà annuale laddove il rischio è qualificato basso, semestrale laddove è qualificato medio e trimestrale laddove è qualificato alto così come specificato nella tabella di cui al punto n. 4.6.

L'RPCT, come detto, si potrà avvalere della struttura di Vigilanza ed Audit interno all'Azienda, per attuare il sistema di monitoraggio del PTPCT nonché per l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio.

A tal fine, per l'anno 2025, si prevede l'esecuzione di Audit interni rispetto all'attuazione della presente sezione che si indica verranno effettuati relativamente ai seguenti processi:

- Area di Rischio "Attività libero professionale e liste di attesa" – Processo "Svolgimento dell'attività libero professionale ambulatoriale e di ricovero espletata all'interno ed all'esterno dell'Azienda" - Servizio Ispettivo – UOSD Gestione Attività ambulatoriali e Libera Professione - arco temporale considerato 01/01/2025-31/03/2025 - Misura di controllo entro il 30/06/2025;
- Area di rischio "Contratti Pubblici" – Processo "Produzione capitolati tecnici" – UOC Acquisizione Beni e Servizi– entro il 30/09/2025 - Misura di controllo.

2.3.6 Le misure preventive generali

Di seguito si indicano le misure preventive generali obbligatorie ed il loro stato di attuazione.

2.3.6.1 La rotazione del personale

La rotazione ordinaria del personale costituisce una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano potenzialmente alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. Peraltro, la rotazione ordinaria del personale costituisce anche un criterio organizzativo rispetto all'altra misura di prevenzione generale costituita dalla formazione del personale, la quale risulta fondamentale al fine di consentire ai dipendenti l'acquisizione delle competenze professionali trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione stessa.

Tra i fattori che condizionano l'applicazione di tale misura vi è la infungibilità delle prestazioni professionali derivante dall'appartenenza a determinate categorie professionali. In tali ipotesi è la stessa norma di legge che stabilisce che determinate funzioni possano essere svolte soltanto da coloro che sono in possesso di una specifica abilitazione professionale e della relativa iscrizione nello specifico albo. In ambito sanitario tale circostanza riguarda specificatamente i dirigenti medici e sanitari e, per quanto attiene all'area amministrativa i dirigenti tecnici e/o professionali.

Pertanto, risulta evidente che il criterio dell'infungibilità non può essere invocato laddove si tratta di categorie professionali omogenee.

Con Deliberazione n. 562/2022 l'Azienda ha adottato il "Regolamento recante i criteri per la rotazione del personale dell'Azienda Ospedaliera san Camillo - Forlanini".

Con Deliberazione n. 478 del 26/03/2024 e n. 480 del 26/03/2024, preso atto del documento del direttore Generale con il quale sono stati stabiliti i criteri e le modalità per l'attuazione della misura della rotazione dei dirigenti PTA, sono stati indetti gli avvisi per il conferimento dei nuovi incarichi, tutti con decorrenza 17/09/2024 in ragione delle scadenze dei previgenti.

Con nota doc. n. 63543 del 17/09/2024 il Direttore Generale, nelle more dell'approvazione del nuovo atto aziendale, ha disposto la revoca dei detti avvisi e la proroga degli incarichi sino al 31/12/2024.

Pertanto, la rotazione procederà dopo l'approvazione del nuovo Atto Aziendale e, comunque, entro il 30/05/2025.

Ugualmente gli incarichi conferiti al personale di comparto saranno oggetto di rotazione e/o ridefinizione alla maturazione del termine di scadenza.

Ulteriormente per quanto attiene al personale di comparto nell'ambito dei singoli uffici, laddove per adeguate e comprovate motivazioni non si possa procedere alla rotazione del personale, il Direttore della struttura dovrà prevedere l'attuazione di misure organizzative di prevenzione alternative quali meccanismi di condivisione delle fasi del procedimento, programmazione di una rotazione funzionale con la modifica periodica di compiti e responsabilità, rotazione del personale della struttura diretta tra i diversi uffici della stessa.

2.3.6.2 La Rotazione del Personale "Straordinaria"

La Direzione Amministrativa o la Direzione Sanitaria, in ragione del ruolo di appartenenza del dipendente interessato, nell'ipotesi di cui all'art. 16 comma 1 lett. l-quater del D.lgs. n.165 del 2001 "casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva", ricevuta la relativa comunicazione, dispone direttamente lo spostamento del dipendente coinvolto ad altro servizio.

L'istituto trova applicazione con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato.

Tutti i dipendenti dell'Azienda hanno l'obbligo di comunicare alla Direzione l'avvio nei propri confronti di procedimenti penali.

Al fine della concreta applicazione della misura, si rimanda a quanto previsto dalla Delibera n. 215/2019 dell'ANAC per l'identificazione dei reati presupposti, della tempistica per l'adozione del provvedimento, per la durata del provvedimento, per le misure alternative in caso di impossibilità nonché per la disciplina sulle conseguenze rispetto all'incarico dirigenziale ed al rapporto di lavoro.

In ogni caso, il Presidente dell'ANAC è destinatario delle informative del Pubblico Ministero quando esercita l'azione penale per i delitti di cui agli artt. 317, 318, 319, 319 bis, 319 ter, 319 quater, 320, 321, 322, 322 bis, 346 bis, 353 3 353 bis del c.p. in tal modo l'Autorità – informata dell'esistenza di fatti corruttivi – può esercitare i poteri previsti ai sensi dell'art. 1, co. 3, legge n. 190/2012 chiedendo all'amministrazione l'attuazione della misura della rotazione.

2.3.6.3 Protocollo operativo per la segnalazione di condotte illecite - Whistleblowing

Con Deliberazione n. 1898/2023 è stato approvato, a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 24/2023 e delle Linee Guida ANAC di cui alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023, il Protocollo operativo per l'applicazione dell'istituto del Whistleblowing – Segnalazioni di illeciti e forma di tutela.

Il Protocollo è disponibile nella sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente - Altri contenuti Prevenzione della corruzione – Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità" e nell'ambito della sezione "Segnalazione di illeciti" del sito web aziendale.

Dalla Home page del sito web aziendale, nell'ambito della sezione "Segnalazioni illeciti" è possibile accedere all'applicativo informatico dedicato, il cui accesso è esclusivamente riservato al RPCT ed al collaboratore di supporto allo stesso entrambi tenuti al rispetto di tutte le disposizioni relative alla protezione della riservatezza.

L'Applicativo informatico utilizza strumenti di crittografia che garantiscono la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione allegata.

Ambito Soggettivo

I soggetti ai quali, all'interno dell'Azienda, è riconosciuta protezione, anche da ritorsioni, in caso di segnalazione interna sono i seguenti:

- a) dipendenti dell'Azienda;
- b) lavoratori autonomi che prestano la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
- c) liberi professionisti e consulenti che prestano la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
- d) volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso l'Azienda ivi compresi i dottorandi e gli assegnisti di ricerca in quanto assimilabili ai tirocinanti;
- e) persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso l'Azienda;
- f) lavoratori o collaboratori di soggetti del settore pubblico o privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'Azienda;

A tutti i soggetti sopra elencati la tutela si applica non solo se la segnalazione avviene in costanza del rapporto di lavoro o di altro tipo di rapporto giuridico, ma anche durante il periodo di prova e anteriormente o successivamente alla costituzione del rapporto giuridico.

Specificatamente la tutela si estende anche ai seguenti periodi:

- a) quando i rapporti giuridici non sono ancora iniziati, se le informazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali;

b) durante il periodo di prova;

c) successivamente allo scioglimento del rapporto giuridico se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite nel corso dello stesso rapporto giuridico.

La tutela è, ulteriormente riconosciuta, oltre che ai suddetti soggetti che effettuano le segnalazioni anche a quelli che potrebbero essere destinatari di ritorsioni, intraprese anche indirettamente, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione in ragione del particolare rapporto che li lega al segnalante.

2.3.6.4 Codice di Comportamento Aziendale dei Dipendenti

A seguito dell'entrata in vigore del D.P.R. n. 81/2023 con il quale è stata varata la riforma del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, con Deliberazione n. 534/2024 è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, la violazione delle cui disposizioni è fonte di responsabilità disciplinare.

Nell'ambito dei contratti di assunzione o conferimento di incarico la UOC Gestione Risorse Umane inserisce la clausola dell'obbligo del rispetto del codice di comportamento.

Il Codice è stato pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale – Atti Generali – Codice Disciplinare e di Condotta ed è stato trasmesso telematicamente a tutti i dipendenti già in servizio.

Il Codice viene consegnato dalla UOC Gestione Risorse Umane al momento dell'assunzione.

2.3.6.5 Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità o di incompatibilità

Il D.Lgs n. 39/2013 disciplina il tema dell'inconferibilità di incarichi dirigenziali (assoluta o temporanea) e i casi di incompatibilità tra incarichi diversi, che comportano l'insorgenza di un "obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni "tra la permanenza nell'incarico preesistente e l'assunzione dell'incarico incompatibile con il primo".

Scopo delle disposizioni normative è garantire l'imparzialità del funzionario, così come previsto dal dettato costituzionale (art. 97 comma 2 della Costituzione).

Tali disposizioni costituiscono misure preventive.

In particolare, in merito al conferimento degli incarichi, la UOC Gestione Risorse Umane provvede a:

-
- acquisire all'atto del conferimento dell'incarico la preventiva dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità da parte del destinatario, che costituisce condizione di efficacia dell'incarico;
 - verificare la dichiarazione entro un congruo arco temporale, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione, dai fatti comunque acquisiti e dalla consultazione delle banche dati disponibili;
 - conferire l'incarico solo all'esito delle positive verifiche e pubblicare contestualmente all'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 39/2013, la dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013. La dichiarazione è da intendersi sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.
 - Acquisire annualmente entro il 30 giugno la dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico;
 - Pubblicare le dichiarazioni acquisite nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente".

Nella rilevazione e gestione delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità, l'amministrazione presterà, inoltre, attenzione alle verifiche da svolgere per il personale assegnato temporaneamente, mediante il collocamento in comando o posizioni similari, promuovendo un rapporto di leale collaborazione, sia attraverso l'introduzione di un obbligo di richiesta di informazioni da parte dell'ente di destinazione sia di un obbligo di comunicazione di situazioni di inconferibilità, da parte dell'ente di provenienza.

La UOC Gestione Risorse Umane produrrà entro il 30/11/2025 l'elenco delle dichiarazioni acquisite, verificate e pubblicate.

2.3.6.6 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali

L'articolo 35 bis nel d.lgs. n. 165/2001 impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

- far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici. In particolare, non possono essere nominati commissari coloro che nel biennio precedente all'indizione della procedura di aggiudicazione sono stati componenti di organi di indirizzo politico della stazione appaltante, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del codice penale e coloro che si trovano in una situazione di conflitto di interessi con uno degli operatori economici partecipanti alla procedura. Costituiscono

situazioni di conflitto di interessi quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del D.Lgs n. 39/2013 l'Amministrazione procede alle verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Se all'esito della verifica risultassero a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'amministrazione dovrà:

- astenersi dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- applicare le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
- provvedere a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

A tal fine, contestualmente all'accettazione di qualsiasi incarico tra quelli sopra elencati, il dipendente dovrà sottoscrivere una dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 del DPR 445/2000 in cui attestare, oltre all'assenza del conflitto di interessi, l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale. Gli uffici preposti acquisiscono, prima della costituzione delle commissioni o dell'assegnazione, le dichiarazioni dell'insussistenza delle dette circostanze.

2.3.6.7 Patto di integrità

Il patto di integrità rappresenta un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. E' un documento che l'Azienda richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Ai sensi dell'art. 1 comma 17 della legge 190/2012, è stato predisposto apposito modello di patto di integrità (allegato 5 PTPC 2014-2016) da far sottoscrivere ai partecipanti le gare nei cui avvisi, bandi e lettere di invito viene inserita la clausola di salvaguardia che la mancata accettazione delle clausole ed il mancato rispetto del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

In ottemperanza a quanto prescritto dalle Linee Guida dell'Anac adottate con delibera n. 494/2019, circa il conflitto di interessi nei procedimenti di affidamento dei contratti pubblici, si indica la seguente azione ad opera delle strutture aziendali competenti:

- l'inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interesse rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interesse che insorga successivamente prevedendo anche eventuali sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti.

Ulteriormente dovranno essere inserite clausole relative al rispetto del codice di comportamento dell'Azienda ed il pantouflage.

2.3.6.8 Albo dei fornitori

Nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs n. 36/2023, con riferimento alla procedure di affidamento di contratti di importo inferiore alla soglia di rilevanza europea, con Deliberazione n. 1688 del 09/11/2023 è stato adottato il Regolamento per l'istituzione e la gestione informatica dell'albo dei fornitori di beni e servizi – Misura di Regolamentazione e con Deliberazione n. 1833/2024 è stato approvato l'Albo Fornitori per Beni e Servizi dell'Azienda.

2.3.6.9 Gestione del conflitto di interessi attuale o potenziale, diretto o indiretto

Le disposizioni di cui all'art. 6 bis della legge 241/1990 ed agli artt. 6 e 7 del d.P.R. 62/2013 dispongono che tutti i dipendenti sono tenuti ad astenersi dallo svolgimento delle attività inerenti le proprie mansioni nel caso in cui ricorra una situazione di conflitto d'interessi, anche potenziale, o qualora ricorrano ragioni di opportunità e convenienza.

Ulteriormente ai sensi del comma 41 dell'art.1 della legge 190/2012 il responsabile del procedimento ed i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali ed il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale. Tale segnalazione dovrà avvenire tempestivamente e dovrà essere rivolta ai Dirigenti responsabili della struttura presso cui viene svolta l'attività o, se essi stessi Dirigenti, alla Direzione aziendale. Tutte le segnalazioni dovranno pervenire in copia anche al RPCT.

2.3.6.10 Gestione del conflitto di interessi nei contratti pubblici

Ai sensi dell'art. 16 del D.Lgs n. 36/2023 si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.

Il RUP, i commissari e tutti coloro, interni od esterni, che partecipano a qualsiasi titolo alle procedure di gara debbono dichiarare l'assenza di conflitto di interesse effettivo, potenziale, diretto o indiretto per ogni procedura di gara. La dichiarazione è da intendersi sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Ulteriormente, in ottemperanza a quanto stabilito dalle Linee Guida del MEF di cui alla circolare n. 30/2022, tutti coloro che partecipano a qualsiasi titolo alle procedure di gara relative a contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali forniscono un aggiornamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse.

Le dichiarazioni sono conservate agli atti del fascicolo del procedimento di acquisizione.

Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che lo ha nominato ed al proprio superiore gerarchico.

Inoltre, il RUP è il soggetto tenuto a:

- acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione ad una procedura di gara;
- sollecitare il rilascio delle dichiarazioni ove non siano state ancora rese;
- vigilare sul corretto svolgimento di tutte le fasi della procedura e, nel caso in cui rilevi un conflitto di interessi, segnalarlo al dirigente dell'ufficio del dipendente o agli uffici competenti per le successive valutazioni.
- effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni controllando che siano state rese correttamente.

La verifica sulla dichiarazione del RUP viene svolta in primo luogo dai soggetti che lo hanno nominato o dal superiore gerarchico. Resta fermo che gli uffici competenti dell'amministrazione - nell'ambito dei propri controlli a campione sulle dichiarazioni - possono comunque sottoporre a ulteriore verifica anche le dichiarazioni rese dal RUP;

In sede di autorizzazione ai propri dipendenti per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali, come previsto dal vigente regolamento aziendale approvato con deliberazione n. 1016 del 20/07/2017, i soggetti ivi indicati, verificano l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (commi 7 e 9 dell'art.53 del D. Lgs. 165/2001) anche con particolare attenzione al rilascio di dette autorizzazioni in relazione alla partecipazione del dipendente a procedure di gara. Pertanto, la richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali deve essere integrata da una dichiarazione del dipendente di non far parte attualmente nè in futuro di procedure di gara in cui partecipi/parteciperà il soggetto che gli affida l'incarico extra impiego.

L'Azienda, per il tramite delle strutture competenti, è tenuta, inoltre, a monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

Ad ogni buon conto, al fine di prevenire situazioni di conflitto di interessi o fenomeni corruttivi, le ditte partecipanti alle gare in sede di offerta, i soggetti aggiudicatari in sede di aggiudicazione definitiva ed i subappaltatori in sede di autorizzazione al subappalto dovranno obbligatoriamente sottoscrivere - presso le strutture competenti dei relativi procedimenti - preventiva apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 del DPR 445/2000 in cui attestino l'inesistenza di rapporti di parentela o affinità con dirigenti o con i dipendenti con posizione di responsabilità all'interno dell'Azienda, nonché di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti, impegnandosi contestualmente a denunciare – tra l'altro - qualsiasi richiesta illecita di denaro o altra utilità o comunque ogni illecita interferenza nelle procedure di aggiudicazione o nella fase di esecuzione dei lavori o fornitura, pena la rescissione del contratto.

2.3.6.11 Gestione del conflitto di interessi nell'ambito delle donazioni, sponsorizzazioni e sperimentazioni

Per le donazioni, le sponsorizzazioni e le erogazioni dei contributi liberali i soggetti responsabili delle strutture destinatarie degli stessi sono tenuti a rendere la relativa dichiarazione di assenza di conflitto di interesse della quale dovrà essere dato atto nei provvedimenti di accettazione di tali liberalità.

L'Azienda, con deliberazione n. 659 del 12/05/2017 si è dotata di uno specifico regolamento per la disciplina delle sponsorizzazioni che garantisce la massima trasparenza.

Nell'ambito della sponsorizzazione di attività:

- le richieste di aziende per la sponsorizzazione di formazione di dipendenti dell'Azienda ospedaliera con fondi provenienti da imprese private debbono essere indirizzate direttamente alla Direzione sanitaria/amministrativa e non al singolo professionista, non devono essere nominative in quanto sarà l'Azienda ad indicare ed autorizzare i dipendenti idonei a beneficiarne;
- le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni, come quelle derivanti dai proventi/fondi finalizzati, sono utilizzate secondo l'apposito regolamento aziendale, adottato con deliberazione n.336 del 13/08/2014 secondo modalità che ne garantiscono la piena trasparenza.

Gli sperimentatori all'atto della proposta di svolgere una sperimentazione in ambito aziendale sono tenuti a rendere specifica dichiarazione di assenza di conflitto di interesse.

2.3.6.12 Divieti post-employment (pantouflage)

L'art. 1, comma 42, lett. l) della L. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (Pantouflage), introducendo all'art. 53 del d.lgs.165/2001 il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Le conseguenze della violazione del divieto di Pantouflage attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati ai quali è fatto divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica innanzitutto ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, individuate all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. Inoltre ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs n. 39/2013 ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16-ter dell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al detto D.Lgs n. 39/2013 ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico a tempo determinato o autonomo.

Si individuano le seguenti misure, a cura delle strutture competenti, volte a prevenire il fenomeno:

- l'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi del Codice dei Contratti Pubblici.

Eventuali violazioni del divieto di Pantouflage, da parte di un ex dipendente, devono essere comunicate al RPCT, non appena le strutture interessate all'adozione di dette misure ne vengano a conoscenza, al fine di consentire al RPCT di procedere alla successiva segnalazione della violazione ai vertici dell'amministrazione e al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente pubblico.

2.3.6.13 Comodati d'uso

Le modalità di ingresso delle tecnologie o altri beni all'interno dell'Azienda, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento, quali i comodati d'uso o le donazioni devono presupporre la valutazione dei costi a carico dell'Azienda connessi all'uso del bene ed, in particolare, l'accertamento che non siano previsti corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o donante o comunque di un soggetto predeterminato, in quanto tale vincolo attribuirebbe all'operazione la natura di contratto d'appalto gestito senza le ordinarie procedure di gara.

Conseguentemente, il provvedimento di accettazione del comodato d'uso e della donazione deve dare atto di tali previe valutazioni ed esplicitare:

- l'utilizzatore (corredando l'atto con la sua dichiarazione di assenza di conflitto di interesse);
- la tipologia della tecnologia o del bene;
- gli estremi dell'autorizzazione della Direzione Sanitaria o Direzione Amministrativa;
- la durata (per il comodato d'uso);
- il valore economico della tecnologia o del bene;
- gli eventuali oneri per l'Azienda correlati all'utilizzo della tecnologia.

2.3.6.14 Individuazione dei termini per la conclusione dei procedimenti

L'obiettivo perseguito dalla misura "Monitoraggio dei tempi procedimentali" è quello di conseguire due diversi obiettivi: da un lato l'aggiornamento annuale dei procedimenti amministrativi ai sensi dell'art. 35 del d.lgs. n. 33/2013 e dall'altro la realizzazione della misura generale del monitoraggio dei tempi procedimentali.

Ai Dirigenti referenti verrà richiesto, entro il 30/06/2025, l'aggiornamento della mappatura dei procedimenti amministrativi (All. n. 5 e n. 6) ai sensi dell'art. 35 del d.lgs. n. 33/2013 e la realizzazione della misura generale del monitoraggio dei tempi procedimentali – Misura di controllo.

A tal fine, i detti responsabili aggiorneranno l'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente" - Attività e procedimenti ai sensi dell'art. 35 comma 1 da lett. a) ad m) del D.Lgs. 33/2013.

2.3.6.15 La formazione

L'attività di formazione costituisce una fondamentale misura di prevenzione della corruzione in quanto strumento atto a innalzare la diffusione della cultura della legalità e la corretta applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e degli obblighi di trasparenza.

Per l'anno in corso è stata prevista l'effettuazione, per due edizioni da rendersi la prima entro il 30/06/2025:

- Le incompatibilità e il conflitto di interesse. Esempi pratici con specifico riferimento alla sanità, ai contratti pubblici, alla gestione delle risorse umane ed alle sponsorizzazioni.

L'iniziativa formativa è rivolta a tutti i referenti per la prevenzione della corruzione ed ai funzionari dell'Azienda.

2.3.6.16 Il Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (rasa)

Ogni stazione appaltante è, infatti, tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici (BDNCP) presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) è stato individuato, dal 10/5/2019 con Deliberazione n. 1441 del 31/10/2019, quale soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati, il Direttore della UOC Acquisizione Beni e Servizi Dott. Paolo Farfusola.

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

2.3.6.17 Misure di regolamentazione nel settore degli acquisti

1. Nell'ambito della fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni entro il 30/06/2025 la UOC Acquisizione Beni e Servizi propone per l'adozione, alla Direzione Aziendale, la procedura interna per l'elaborazione, l'analisi e la validazione del fabbisogno per l'acquisizione di Beni e Servizi.

2.3.7 L'antiriciclaggio

Le disposizioni di cui al D.Lgs n. 231/2007 si applicano alle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:

- 1) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- 2) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- 3) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

Con Deliberazione n. 537/2023 si è proceduto alla “Nomina del soggetto gestore delle segnalazioni sospette in materia di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo in applicazione del Decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 attuativo del D.Lgs n. 231/2007 - Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminosi e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione” .

Con Deliberazione n. 1115/2023 è stato adottato il “Regolamento recante le procedure per la rilevazione e segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo”.

Con tale provvedimento l’Azienda ha pertanto provveduto ad individuare le attività e le responsabilità ai fini della collaborazione nei confronti delle autorità competenti per il contrasto al fenomeno del riciclaggio e finanziamento al terrorismo.

Nelle Linee Guida del MEF di cui alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022, nell’ambito delle azioni di prevenzione rispetto fenomeni di riciclaggio e finanziamento al terrorismo è stata emarginata la necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al titolare effettivo dei soggetti partecipanti alle gare per l’affidamento dei contratti pubblici.

Il RUP, pertanto, dovrà acquisire dagli operatori economici i dati del titolare effettivo e la dichiarazione del medesimo titolare effettivo circa l’assenza di conflitto di interessi da conservare agli atti del fascicolo del procedimento di acquisizione.

2.3.8 La trasparenza

Il decreto legislativo 33/2013, all’art. 1 comma 3, definisce la trasparenza dell’attività amministrativa come livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai fini della prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, concernenti i diritti sociali e civili come sanciti dalla Costituzione. Pertanto, viene assicurata la pubblicazione, nei siti web delle Amministrazioni pubbliche, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, segreto d’ufficio e protezione dei dati personali.

La trasparenza è intesa come «accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche».

Con la presente sezione del PIAO si è provveduto ad aggiornare lo strumento della trasparenza di cui All. 1 relativamente alla sezione dei Contratti Pubblici, così come indicato nella Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 così come modificata dalla Delibera 601 del 19 dicembre 2023.

2.3.8.1 Le finalità e gli obiettivi

La presente sezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza individua le modalità di attuazione della trasparenza attraverso lo strumento dell'Allegato n. 1 nel quale vengono individuati gli obblighi di pubblicazione, i responsabili della produzione dei documenti e delle informazioni, i responsabili della pubblicazione nonché i tempi delle pubblicazioni stesse.

Il detto documento descrive gli impegni che l'Azienda Ospedaliera assume per dare concretezza alla disciplina sulla trasparenza e sull'integrità.

2.3.8.2 Il responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT) ed i responsabili delle strutture aziendali

I compiti fondamentali del RPCT in tema di trasparenza:

- Attività di monitoraggio degli adempimenti di pubblicazione ed in relazione alla loro gravità, segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'UPD, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il RPCT segnala altresì gli inadempimenti al vertice dell'amministrazione e all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità;
- assicurare il regolare svolgimento dell'accesso civico e civico generalizzato segnalando all'OIV i casi di inadempienza.

I responsabili delle strutture competenti alla pubblicazione provvedono direttamente ad inserire nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale i dati e le informazioni di competenza, risultando direttamente responsabili dell'eventuale mancata pubblicazione nei termini stabiliti dalle norme e dal presente Piano.

La responsabilità della completezza ed integrità della produzione dei documenti e delle informazioni oggetto di pubblicazione sono a carico dei responsabili della produzione.

I dirigenti responsabili della trasmissione e della pubblicazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Il RPCT provvederà ad un monitoraggio trimestrale sul corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

2.3.8.3 La modalità di pubblicazione dei dati

L'Azienda Ospedaliera pubblica i dati sul sito web istituzionale nell'ambito della sezione denominata "Amministrazione Trasparente", visibile in homepage del sito e aggiornata costantemente al fine di garantire un adeguato livello informativo.

A far data dall'ultimo trimestre del 2018 l'Azienda ha proceduto all'acquisizione di un sistema specifico per la gestione della Trasparenza denominato "Pa33" che consente la gestione dei dati e dei documenti oggetto di pubblicazione direttamente da parte delle strutture aziendali tenute alla pubblicazione.

Di seguito si riportano le principali caratteristiche tecniche del software "Pa33":

- accesso utenti a sezioni separate e controllo delle autorizzazioni utenti e dei contenuti da parte di un Amministratore di sistema. Ogni utente registrato accede e compila solo l'area di propria competenza, secondo un preciso organigramma;
- funzione di assistenza tecnica a disposizione, tutoraggio in linea, Help desk da remoto. Ogni sezione riporta inoltre in chiaro e mantiene aggiornato il riferimento normativo degli obblighi di pubblicazione, oltre che tutte le FAQ suddivise per tema, importate direttamente dal sito dell'ANAC;
- localizzazione della specifica sezione Amministrazione Trasparente della società in modalità cloud su server remoti ad alta sicurezza ed affidabilità;
- archiviazione/mantenimento/catalogazione e reperibilità della pubblicazione per 5 anni come previsto dall'art. 8 comma 3 del Decreto;
- sistemi di backup automatico in linea con la normativa in materia di privacy e sicurezza, consentendo, pertanto, un controllo automatico sull'eventuale trattamento di dati sensibili;
- predisposizione ed invio automatico all'ANAC nel formato richiesto, dei dati previsti dalla normativa.

Con l'introduzione in azienda del software web based che consente la gestione e pubblicazione dei contenuti inerenti il Decreto secondo la struttura ad albero aderente alla normativa, si è operato come segue:

- sulla base di una analisi delle attività svolte e degli obblighi di pubblicazione previsti dalla struttura ad albero, sono stati assegnati compiti, responsabilità ed istruzioni per la pubblicazione da parte dei singoli Responsabili individuati;
- ciascun Responsabile, ha provveduto ad individuare nell'ambito dei propri Uffici e per le funzioni di competenza, uno o più Referenti per la Trasparenza a cui affidare il compito di alimentare operativamente il sistema, prestando attenzione ai principi di completezza, tempestività e qualità;
- ciascun Responsabile una volta effettuate le dovute verifiche provvede alla pubblicazione dei dati e delle informazioni di sua competenza.

2.3.8.4 L'accesso civico e l'accesso civico generalizzato

L'accesso civico è l'istituto introdotto dal decreto legge n. 33 del 2013, con l'art. 5 comma 1 il quale recita "(omissis) il diritto di chiunque di richiedere i medesimi (ndr: documenti, informazioni o dati) nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione".

Tale istituto prevede che non vi sia nessuna limitazione o legittimazione soggettiva del richiedente e quindi la richiesta di accesso civico può essere fatta senza addurre nessuna motivazione. Ovviamente i dati di cui si può richiedere la pubblicazione sono quelli previsti dal DLgs. N. 33/2013, in quanto applicabili all'Azienda.

La richiesta deve essere indirizzata al RPCT, che ne deve garantire l'esercizio; a tal proposito nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, alla voce Altri contenuti – Accesso Civico è possibile scaricare il modulo per la richiesta di accesso civico.

L'RPCT, accertata la mancata pubblicazione del documento, informazione o dato, dovrà:

- richiedere il documento alla UOC o struttura di competenza;
- entro 30 gg provvedere alla pubblicazione sul sito istituzionale del dato richiesto;
- contestualmente trasmetterlo al richiedente o comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione con l'esatta indicazione del collegamento ipertestuale.

Nel caso in cui il RPCT accerta l'avvenuta pubblicazione dell'informazione o il dato richiesto, provvederà ad indicare al richiedente il collegamento ipertestuale già pubblico.

In caso di ritardo o mancata risposta, il titolare del potere sostitutivo è il Direttore Generale: dirgenerale@scf.gov.it.

Specificatamente per quanto attiene alla sottosezione "Bandi di gara e contratti", nel caso in cui sia stata omessa la pubblicazione nella BDNCP, la richiesta di accesso civico è presentata al RPCT dell'Azienda al fine di verificare se tale omissione sia imputabile ai soggetti tenuti all'elaborazione o trasmissione dei dati secondo quanto previsto nell'Allegato n. 1 alla presente sezione. 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.

L'accesso civico generalizzato è il diritto non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti ed informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, così come stabilito dall'art. 5 comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013.

L'istanza può essere presentata cartaceamente via posta o tramite consegna Protocollo Generale o per via telematica alla pec aziendale. Detta istanza è indirizzata direttamente all'ufficio che detiene i dati, le informazioni ed i documenti, sulla base dei funzionigramma delle strutture aziendali pubblicati nella sezione di Amministrazione Trasparente denominata "Organizzazione – Articolazione degli Uffici".

Con Deliberazione n. 1583 del 22/12/2016 è stato adottato il Regolamento aziendale per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, disciplina dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato.

Nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, alla voce Altri contenuti – Accesso Civico è possibile scaricare il modulo per la richiesta di accesso civico generalizzato.

Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, dell'art. 5 del D.Lgs n. 33/2013 il richiedente può presentare richiesta di riesame al RPCT che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni.

Ai sensi delle linee guida ANAC e del predetto Regolamento, è istituito il registro delle richieste di accesso civico e accesso civico generalizzato da pubblicare ed aggiornare annualmente nella sezione Amministrazione trasparente alla voce Altri contenuti – Registro degli accessi.

2.3.9 Norme di rinvio

Per tutto quanto non diversamente regolamentato, valgono i principi recati dal Piano Nazionale Anticorruzione e le norme di legge vigenti in materia di prevenzione della corruzione.

Allegati sezione 2.3:

Allegato n. 1 Obblighi di Trasparenza

Allegato n. 2 Misure Specifiche

Allegato n. 3 Scheda mappatura processi

Allegato n. 4 Scheda mappa Procedimenti Amministrativi ad istanza di parte

Allegato n. 5 Mappa Procedimenti Amministrativi non ad istanza di parte

Allegato n. 6 Scheda Monitoraggio di II livello

Allegato n. 7 Scheda articolazione strutture sanitarie

Allegato n. 8 Scheda articolazione strutture amministrative

3 SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 PARI OPPORTUNITA'

Il Piano delle Azioni positive (PAP) è il documento programmatico attraverso il quale si intende migliorare il benessere organizzativo nel suo complesso, prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione diretta e indiretta e sensibilizzare alla cultura delle pari opportunità.

Il Legislatore ha provveduto, nel corso degli anni, a creare una serie di strumenti per garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro al fine di rafforzare il senso di identità e appartenenza all'Organizzazione, migliorare il clima lavorativo, favorire la condivisione dei valori di equità e di rispetto della dignità umana.

L'articolo 42 del D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198, individua e definisce le "azioni positive" quali "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro". Ancora, con le Linee Guida della Direttiva 4 marzo 2011, successivamente riconfermate dalla Direttiva n. 2/2019, il Legislatore sottolinea: "l'assicurazione della parità e delle pari opportunità va raggiunta rafforzando la tutela delle persone e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa anche all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua".

Le azioni positive non sono dunque solo il mezzo di risoluzione per le disparità di trattamento tra i generi, ma hanno l'ulteriore finalità di sanare ogni tipo di discriminazione nell'ambiente di lavoro, favorendo l'inclusione, in ogni sua sfaccettatura; devono essere quindi considerate come la declinazione concreta di un processo che l'art. 48 del D.lgs. 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" ha soltanto avviato.

Ad oggi il Piano delle azioni Positive, secondo quanto disposto dal D.L. n. 132 del 30 Giugno 2022, viene integrato nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)

In ottemperanza alle indicazioni impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri con le Direttive del 4 marzo 2011 e del 26 Giugno 2019 e in ragione del collegamento che la Sezione 2.2 del D.L. n. 132 del 30 Giugno 2022 pone tra PAP e il Ciclo della Performance alla voce Pari Opportunità, il PAP è stato approvato dal CUG e conseguentemente adottato dall'Amministrazione interessata entro il 31 Gennaio 2025.

Tale documento viene allegato al presente atto con l'analisi dei dati e le risultanze.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) quindi adotta il Piano delle Azioni Positive, al fine di svolgere il suo ruolo propositivo, consultivo e di verifica, finalizzato a promuovere e attuare i principi delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere organizzativo e il contrasto di ogni forma di discriminazione. Il Comitato Unico di Garanzia è un organismo, istituito dal D.Lgs. n. 165 del 2001 (come modificato dalla L. n. 183/2010), che sostituisce nelle Pubbliche Amministrazioni i Comitati per le Pari Opportunità e i Comitati Paritetici sul Fenomeno del Mobbing, assumendone tutte le competenze.

Il Piano delle Azioni Positive 2025-2027 proposto dal CUG alla Direzione dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, è ancora una volta rivolto all'attuazione di strategie in grado di implementare il Benessere Organizzativo, focus di tutto il presente documento programmatico, attraverso la definizione di un ambiente di lavoro dove salute, sicurezza e nessuna forma di discriminazione siano le indiscusse fondamenta.

PROGETTI ED AZIONI POSITIVE

Obiettivo Benessere organizzativo, salute e sicurezza sul lavoro

Azione positiva 1 – Formazione specifica e Crescita professionale: Corso “Cura delle relazioni. Dal welfare culturale alla salute organizzativa”

Il corso di formazione è stato concepito ed erogato con l'obiettivo di far emergere una riflessione profonda e approfondita sul “Benessere Organizzativo”.

L'azione Strategica pianificata è orientata ad una formazione concepita come continua e partecipata fra le parti coinvolte (management aziendale, dipendenti-discenti, formatori); un metodo innovativo che prevede un ciclo continuo di attività, in cui il momento formativo risulta essere solo la fase iniziale di un articolato processo in cui sia possibile agire in modo concertativo tra Formatori e Personale coinvolto.

In tale quadro, ai fini di una integrazione con il Piano della Performance, si ritiene opportuno estendere l'obbligo di partecipazione al Corso in oggetto a tutte le Professioni presenti all'interno dell'Azienda.

Destinatari: tutto il personale dipendente

Azione positiva 2 – Somministrazione Questionario sul Benessere Organizzativo

Alla luce del Piano di Azioni Positive 2025-2027, la ricerca di una risposta efficace e fattiva in relazione al Benessere Organizzativo non può prescindere dall'osservazione e dall'indagine conoscitiva.

A tal fine, una volta avviato il protocollo formativo, diviene necessario intraprendere il monitoraggio del Benessere Organizzativo percepito all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

La modalità più opportuna, considerata la struttura e la composizione dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, si ravvisa nella forma del Questionario, somministrato in forma anonima e scelto tra i Protocolli già in uso dai più accreditati Enti Nazionali, che dovrà essere sottoposto al vaglio della Direzione Strategica.

L'ambizione è quella di riuscire a somministrare il questionario prescelto a tutto il personale dipendente, permettendo la trattazione e l'elaborazione dei dati raccolti, al fine di poter individuare ulteriori azioni positive da mettere in atto, così da poter garantire un Benessere Organizzativo concretamente realizzabile.

Destinatari: Personale delle UU.OO. individuate / Tutto il personale dipendente

Azione positiva 3 – Nomina del Consigliere di Fiducia

La figura del Consigliere di fiducia è istituita nelle PP.AA. ai sensi della vigente normativa europea, che, a decorrere dalla Raccomandazione CE 92/131 e dalla Risoluzione A3 – 0043/94 del Parlamento Europeo sino alle Direttive UE degli anni 2000, individua tale figura quale istituto conciliativo all'interno delle Aziende o degli Enti, a tutela della dignità delle persone sul lavoro, promuovendo "l'ascolto" dei lavoratori come strumento privilegiato e prioritario, unitamente alla prassi di una gestione informale e pacifica dei conflitti interpersonali sul luogo di lavoro quale efficace metodologia di realizzazione del Benessere Organizzativo.

L'Unione Europea già dai primi anni 90 ha iniziato a porre l'accento sulla necessità da parte di tutti gli Stati membri di creare un'adeguata consapevolezza dei diritti individuali dei lavoratori con particolare attenzione all'ottica della parità di genere e alla problematica delle molestie sessuali, attraverso la promozione di strumenti atti a tutelare all'interno delle stesse organizzazioni lavorative il rispetto dei diritti di ogni lavoratore.

Nel corso del tempo, da un ambito esclusivamente rivolto alla problematica delle molestie sessuali, a fronte di un cospicuo aumento del fenomeno del mobbing e delle vessazioni sul luogo di lavoro, il dibattito, prima Europeo e poi Nazionale, è proseguito, dando rilievo e ampliando il concetto di molestie e di azioni discriminatorie, estendendolo al diritto di ogni individuo di vivere in un ambiente lavorativo sereno, in cui i rapporti interpersonali siano improntati alla correttezza ed al rispetto reciproco delle libertà e della dignità della persona.

A livello Nazionale, in risposta agli obblighi di recepimento, si colloca Il Codice per le pari opportunità (D. Lgs. N.19 del 11.4.2006), nel quale, per le Amministrazioni Pubbliche, si prevede, come obbligatoria l'adozione del Piano delle Azioni Positive e di un Codice di Condotta.

Tale Decreto si inserisce nell'ambito di normative di contrasto alle discriminazioni, che non si limitano alle disuguaglianze donna-uomo, ma inquadrano le molestie, estensivamente ricomprese, come forma di discriminazione, contrastando così ogni condotta, patto, azione omissione che contribuisca a creare un ambiente "ostile sui luoghi di lavoro in ragione di origini etniche e/o razziali, disabilità, orientamento sessuale e/o convinzioni personali o religiose".

Occorre altresì ricordare che il Decreto Legislativo sulla Sicurezza (D.Lgs. n. 81/2008, così come modificato dal D. Lgs n. 106/2009) prevede che la valutazione dei rischi sul luogo di lavoro debba finanche comprendere quei parametri legati al genere e alla provenienza geografica.

Ancora, L'art. 7 del D.Lgs 165/2001 recita che "le Amministrazioni Pubbliche garantiscono un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno".

È proprio in tale quadro che deve leggersi l'evoluzione sostanziale (e non solo di una formale denominazione) dei Comitati per le Pari Opportunità e dei Comitati Paritetici sul Fenomeno del Mobbing, che all'interno delle PP.AA. diventano Comitato Unico di Garanzia (così come istituito dal D.Lgs. n. 165 del 2001 e modificato dalla L. n. 183/2010). L'ufficio del Consigliere di Fiducia vuole dunque affiancarsi all'operato del Comitato Unico di Garanzia (CUG) nel tentativo di contrastare condotte lesive dei diritti e della dignità del lavoratore ed incentivando un virtuoso andamento dell'organizzazione lavorativa.

Sul piano organizzativo il Consigliere di fiducia costituisce infatti un “completamento funzionale degli assetti interni”, giacché “riempie quel vuoto di tutela” determinato dall’incompetenza legale del CUG ad occuparsi della cura dei casi singoli e specifici, in ragione della sua funzione generalista e della natura endogena del CUG all’interno dell’Organizzazione lavorativa.

IL CDF è scelto infatti dall’Amministrazione dell’Ente tra professionisti di comprovata esperienza nel campo della Mediazione, tramite selezione pubblica o nomina, in riferimento agli Albi o agli Ordini Ufficiali ed ha di regola durata biennale o triennale, eventualmente rinnovabile per medesima o inferiore durata.

Nello svolgimento delle sue funzioni il CDF agisce in piena autonomia, configurandosi come figura esterna all’Ente, così che possa garantire piena imparzialità di azione e terzietà di giudizio.

Ne emerge che la costituzione dell’Ufficio del CDF, da annoverare tra le cosiddette good or best practices, diventi di fondamentale importanza in termini di ragioni organizzative, di performance lavorativa e di deflazione dei contenziosi soprattutto in un’ottica di razionale gestione delle risorse economiche.

Destinatari: tutto il personale dipendente

Azione positiva 4 – Nomina del Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità

Il Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità è una funzione istituita con l’art. 39-ter del D.lgs. 156/2001, che ha previsto per le amministrazioni pubbliche con più di 200 dipendenti, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e nell’ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, la nomina di un responsabile dei processi di inserimento in ambiente di lavoro delle persone con disabilità.

Più di recente, con l’art. 6 del Decreto legislativo 222 del 13 dicembre 2023, è stato evidenziato come questa figura sia inoltre funzionale a favorire l’attuazione all’art. 7, co. 1, del T.U.P.I., che impone alle pubbliche amministrazioni di garantire l’assenza di ogni forma di discriminazione, anche relativa alla disabilità, nell’accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro.

Il Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità è individuato tra i Dirigenti di ruolo ovvero tra gli altri dipendenti, tenendo conto dell’esperienza maturata in materia di politiche di inclusione sociale, accessibilità delle persone con disabilità, spiccate capacità organizzative, anche comprovate da specifica formazione.

Destinatari: tutto il personale dipendente

La realizzazione del Benessere Organizzativo, a cui il presente Piano è stato dedicato, costituisce il presupposto fondamentale per l’affermazione di quei valori di parità di genere, contrasto alla discriminazione e ad ogni forma di “violenza”, fisica e/o psicologica, di cui il CUG è portavoce.

Il CUG diviene anzi garante di questa esigenza, ben evidenziata da Viviane Reding, Commissario Europeo per la Giustizia, secondo cui “la vera sfida è fare in modo che le vittime di discriminazione possano esercitare concretamente i propri diritti, sappiano cioè a chi rivolgersi per assistenza e abbiano accesso alla Giustizia”.

In questa stessa prospettiva devono dunque inquadrarsi anche gli Uffici del Consigliere di Fiducia e del Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità, di cui si è ampiamente trattato all'interno del Piano di Azioni Positive, sottolineandone l'importanza strategica sotto i profili più vari.

In tali termini Il Piano di Azioni Positive del triennio 2025-2027 messo a punto dal CUG dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini focalizza la propria attenzione sulla più ampia diffusione della cultura del Benessere Organizzativo, affinché possa essere trasversalmente implementata in modo concreto e fattivo all'interno della stessa Azienda.

I contenuti proposti sono certamente impegnativi e coinvolgono processi che evidenziano il ruolo irrinunciabile dell'Informazione e della Formazione.

L'obiettivo primario e imprescindibile rimane infatti l'autentica presa di coscienza da parte di tutto il Personale Aziendale delle tematiche trattate, nella consapevolezza che "tra persone veramente in-formate non può esistere alcuna forma di discriminazione".

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

In considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e le conseguenti disposizioni emergenziali emanate dal Governo, anche l'Azienda Ospedaliera a partire dal 12 marzo 2020 ha stabilito di attivare con urgenza il Lavoro Agile per ogni tipologia di rapporto subordinato, utilizzando in via transitoria le forme semplificate incentivate dalla legge (DPCM 8 marzo 2020, art. 2, lettera r) coinvolgendo tutti i Responsabili di Struttura che sono stati chiamati a declinare le linee di attività, nell'ambito delle strutture dirette, per le quali era possibile procedere attraverso il lavoro agile straordinario, individuando altresì il Direttore della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane quale referente per la ricognizione delle attività in questione e per la predisposizione del format di domanda di accesso al lavoro agile.

Destinatari di tale modalità lavorativa per tutto il periodo emergenziale sono stati il personale dirigenziale e il personale tecnico-amministrativo e alcuni sanitari che versavano in condizioni di fragilità.

Il Direttore della UOC Politiche e Gestione Risorse Umane ha provveduto, in pari data, a ricognere le attività in questione e a predisporre il comunicato di servizio n. 37172 recante le modalità per l'accesso al lavoro agile semplificato con relativo format.

Nel periodo dal 12 marzo 2020 al 31/12/2020 hanno svolto il lavoro agile in modalità semplificata n. 166 unità di personale per un totale di n. 7403 giornate lavorative riferite alle sottoelencate qualifiche:

- 2 COMMESSI,
- 13 COADIUTORI AMMINISTRATIVI
- 61 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-
- 38 COLLABORATORI AMMINISTRATIVI-

-
- 6 DIRIGENTI AMMINISTRATIVI
 - 3 AVVOCATI
 - 2 DIRIGENTI FARMACISTI
 - 7 DIRIGENTI MEDICI
 - 3 FISIOTERAPISTI
 - 25 CPS INFERMIERI
 - 1 AUSILIARIO
 - 5 PROGRAMMATORI

Successivamente a decorrere giugno 2020, al fine di favorire il progressivo passaggio del lavoro agile dalla modalità semplificata, introdotta a seguito dell'emergenza sanitaria legata al Covid 19 a quella ordinaria, prevista dalla legge 81/2017, si è proceduto a definire in maniera puntuale le attività che possono essere svolte con modalità di lavoro agile ordinario nell'ambito dei singoli Uffici e dei processi lavorativi in essere.

Al fine di garantire la propria prestazione lavorativa in modalità agile il dipendente può fare uso degli strumenti informatici personali qualora non siano stati forniti dall'Azienda impegnandosi, qualora la prestazione sia resa al di fuori della sede di lavoro, a svolgerla in locali o spazi con connessione wi-fi protetta finalizzata alla protezione dei dati aziendali.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha definito l'accesso al lavoro agile in modalità ordinaria a far data dal 22/06/2020 con la deliberazione n° 923 della Direzione Generale recante "Adozione del regolamento sul lavoro agile per il personale del comparto". Tale provvedimento ha introdotto la possibilità, per i dipendenti afferenti all'area del comparto sia a tempo determinato che a tempo indeterminato e le cui attività risultino coerenti con quanto stabilito dal regolamento, di aderire al lavoro agile per un massimo di tre giorni lavorativi a settimana. L'accesso al Lavoro Agile su base volontaria è riconosciuto in tale sede a seguito di presentazione della richiesta scritta del dipendente su apposito format, con parere favorevole del Direttore responsabile, e successiva sottoscrizione dell'accordo individuale con descrizione delle attività, degli obiettivi e degli indicatori di valutazione delle performance. In fase di prima applicazione l'accesso a tale modalità è stato comunque limitato in quanto sono pervenute solo a decorrere dal 2021 istanze finalizzate al lavoro agile ordinario per un numero complessivo di n. 11 istanze, accolte e autorizzate dai Dirigenti responsabili sulla base degli accordi individuali sottoscritti.

Nell'anno 2021 hanno svolto il lavoro agile in modalità semplificata n. 113 unità di personale per un totale di n. 5196 giornate lavorative riferite alle sottoelencate qualifiche:

- 1 COMMESSO,
- 9 COADIUTORI AMMINISTRATIVI
- 45 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-
- 25 COLLABORATORI AMMINISTRATIVI-
- 2 DIRIGENTI AMMINISTRATIVI

-
- 4 DIRIGENTI MEDICI
 - 2 FISIOTERAPISTI
 - 22 CPS INFERMIERI
 - 4 PROGRAMMATORI

Nell'anno 2022 con il successivo passaggio alla modalità ordinaria si è verificata una sostanziale diminuzione del ricorso al lavoro agile; infatti, hanno svolto il lavoro agile n. 33 unità di personale per un totale di n. 1369 giornate lavorative riferite alle sottoelencate qualifiche:

- 2 COADIUTORI AMMINISTRATIVI
- 12 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-
- 3 COLLABORATORI AMMINISTRATIVI-
- 3 DIRIGENTI MEDICI
- 1 ASSISTENTE TECNICO
- 9 CPS INFERMIERI
- 3 PROGRAMMATORI

Nell'anno 2023 si è verificata una ulteriore diminuzione del ricorso al lavoro agile; infatti, hanno svolto il lavoro agile n. 18 unità di personale per un totale di n. 1035 giornate lavorative riferite alle sottoelencate qualifiche:

- 7 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-
- 2 DIRIGENTI MEDICI
- 1 ASSISTENTE TECNICO
- 6 CPS INFERMIERI
- 2 PROGRAMMATORI

Nell'anno 2024 hanno svolto lavoro agile n. 22 unità di personale per un totale di n.776 giornate lavorative riferite alle sottoelencate qualifiche:

- 2 COADIUTORI AMMINISTRATIVI
- 12 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI
- 1 COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
- 2 DIRIGENTI MEDICI
- 1 ASSISTENTE TECNICO
- 2 INFERMIERI
- 2 PROGRAMMATORI

3.2.2 Modalità attuative lavoro agile

Nel garantire l'attuazione diffusa del Lavoro Agile a livello organizzativo, in linea con quanto previsto dall'art.263 della L.77/2020, è in corso il superamento e l'aggiornamento del regolamento sul lavoro agile attualmente in vigore anche alla luce delle novità introdotte dal CCNL Comparto triennio 2019/2021.

Si riportano di seguito le proposte per promuovere il ricorso al Lavoro Agile, sulla base di criteri da condividere con le Organizzazioni Sindacali, il Comitato Unico di Garanzia (CUG), l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e in linea con la disciplina del Lavoro Agile come definita dalle disposizioni della legge n. 81/2017 (art.18 e ss.), nonché del Decreto Ministro PA del 19.10.2020, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- Organizzazione del lavoro;
- Spazi di lavoro;
- Dotazione tecnologica;
- Formazione e competenze;
- Monitoraggio del Lavoro Agile.

Organizzazione del lavoro

Nell'organizzazione del Lavoro Agile, secondo quanto indicato dall'art. 3 del decreto 19 ottobre 2020, un ruolo centrale è svolto dal Direttore di struttura (personale dirigente), di concerto con i direttori delle macrostrutture a cui afferiscono. Rispetto alla volontà dell'Azienda di rinnovare e aggiornare il regolamento attualmente in vigore per il Lavoro Agile, il Direttore provvederà alle seguenti attività:

- individuare, in collaborazione con gli altri direttori, i criteri per la tipologia di attività che possono essere svolte da remoto, anche in un'ottica di sviluppo ed ampliamento futuro delle stesse e, parallelamente, definire quelli utili alla valutazione del grado di autonomia necessario per lo svolgimento delle attività da remoto;
- ridefinire i parametri di accesso alla modalità di Lavoro Agile, consentendo, anche in situazione non emergenziale, di beneficiare dello smart working anche a dirigenti e personale sanitario, tenendo sempre presente il principio della volontarietà nell'adesione;
- individuare la modalità più consona ai fini della conciliazione dei tempi di vita e tempi di lavoro, per non creare discriminazioni e/o isolamento, modificando limitazioni quali il numero di giorni a settimana previsti per usufruire del Lavoro Agile) ed eliminando altre non ritenute più attuali
- prevedere la possibilità di una rotazione del personale per garantire un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività lavorativa in smart working e in presenza, facendo attenzione nel dare priorità ai lavoratori fragili;
- garantire la flessibilità rispetto alla fascia orario di reperibilità e al diritto di disconnessione del dipendente, al fine di garantire pari dignità lavorativa, evitando di essere reperibili h 24.

Spazi di lavoro

Il dipendente, al quale sarà consentito di svolgere il Lavoro Agile presso il proprio domicilio o una sede vicina al proprio domicilio, avrà cura di svolgere la propria attività professionale in un luogo che possa garantire la propria incolumità personale, la sicurezza delle informazioni e la qualità del proprio lavoro, evitando quindi postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche o che possano creare situazioni di pericolo. A supporto di ciò l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, si impegna a garantire l'applicazione della normativa per l'infortunio sul lavoro anche per il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, nonché a rafforzare ulteriormente le procedure per assicurare la gestione sicura dei dati e informazioni aziendali in linea, altresì, con le indicazioni fornite da Agid.

Dotazione tecnologica

Per consentire l'adozione del Lavoro Agile come modalità lavorativa ordinaria, l'azienda ha in programma di fornire ai dipendenti che beneficeranno di tale modalità gli strumenti adeguati provvedendo progressivamente al rinnovo apparecchiature informatiche già in dotazione al personale.

Si prevede altresì che, a regime, i risparmi derivanti da tale implementazione (ad esempio quelli derivati dal mancato accesso alla mensa) siano finalizzati ad investimenti in infrastrutture e strumenti digitali funzionali a supportare l'adozione del Lavoro Agile.

Formazione e competenze

Nell'ottica di favorire l'adesione al Lavoro Agile e integrarlo sempre più nell'organizzazione aziendale, l'Azienda Ospedaliera prevede l'introduzione di iniziative formative volte a consentire lo sviluppo di un set di competenze (*soft*, manageriali, tecniche e digitali) in aggiunta alle competenze già possedute dai dipendenti, in quanto necessarie per svolgere le rispettive attività quotidiane, e garantire ai dipendenti tutti gli strumenti adeguati allo svolgimento della propria prestazione lavorativa anche da remoto.

Monitoraggio del Lavoro Agile

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in *modalità agile* e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, oltre all'introduzione di alcuni strumenti come il portale del Dipendente, che consentirà di gestire in maniera più efficiente il lavoratore in modalità Agile. L'Azienda inoltre provvederà ad attivare un organismo paritetico funzionale alla rilevazione e alla verifica periodica dello sviluppo del Lavoro Agile nell'organizzazione.

SOGGETTI COINVOLTI

Di seguito si descrivono i principali attori coinvolti nel processo di organizzazione e monitoraggio del Lavoro Agile nell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

-**Dirigenti**, quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi dell'ufficio di propria competenza; con una particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto, all'assicurazione di percorsi formativi e informativi per tutto il personale e, infine, al monitoraggio dei risultati ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

La Direzione Strategica dà impulso alla politica di cambiamento con l'introduzione delle nuove modalità di lavoro agile.

Il Direttore della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane cura il coordinamento delle attività riferite al lavoro agile. Raccoglie le istanze di accesso al lavoro agile debitamente approvate dai Responsabili di struttura. Inserisce nella procedura di rilevazione presenze il codice riferito all'attività svolta dal dipendente in modalità agile.

I Dirigenti Responsabili di Struttura individuano le attività che possono essere svolte in modalità agile, accordano o negano, con dovuta motivazione, l'accesso al lavoro agile dei propri collaboratori, definiscono di concerto con il lavoratore agile, il progetto, le attività, gli obiettivi e i risultati attesi nonché monitorano e controllano le attività del lavoratore agile anche ai fini della valutazione della performance individuale e dei rischi sulla sicurezza del lavoro.

Il Direttore della UOC Pianificazione Strategica e Controllo di Gestione interagisce anche con OIV per l'armonizzazione dei criteri di valutazione della performance rispetto al lavoro agile.

Il Direttore UOC Sistemi Informatici cura l'assegnazione ai lavoratori agili delle infrastrutture tecniche, informatiche e di rete necessarie per poter svolgere le attività assegnate e sviluppa in maniera coerente il piano triennale dell'Informatica-

Il DPO verifica l'attuazione delle condizioni di sicurezza dei dati

Il Responsabile della UOSD Servizio di sicurezza dei luoghi di lavoro e del lavoratore garantisce idonea formazione ai lavoratori agili in materia di sicurezza del lavoro.

- **Comitato unico di garanzia (CUG)**, contribuisce alla definizione dei criteri necessari per consentire all'Azienda di organizzare ed attuare il Lavoro Agile e degli aspetti della prestazione lavorativa che hanno un diretto impatto sul benessere organizzativo dei dipendenti;

- **l'Organismo indipendente di valutazione (OIV)** che è coinvolto nel processo di definizione di una metodologia adeguata alla selezione degli indicatori necessari per il monitoraggio dell'attuazione del Lavoro Agile e della performance organizzativa, direttamente impattata da questa nuove modalità di lavoro.

- **Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)** ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell'Amministrazione e nell'individuazione dei percorsi di evoluzione tecnologica volti alla semplificazione e abilitazione del Lavoro Agile nella modalità ordinaria.

- **La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU)** che contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile deve attenersi per l'implementazione della modalità di lavoro agile.

- **Gli organismi paritetici (area Sanità) e per l'innovazione (dirigenza PTA e comparto)** previsti dai vigenti CCNNLL per l'attivazione stabile di relazioni aperte e collaborative anche in materia di lavoro agile e conciliazione dei tempi di vita e di lavoro attivati di recente in Azienda.

Strumenti

Si prevedono investimenti dedicati per favorire lo svolgimento e il monitoraggio della prestazione lavorativa in modalità agile, e favorirne l'attivazione anche in modalità ordinaria.

Nella definizione degli indicatori e dei rispettivi livelli attesi scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi che saranno l'Azienda seguirà alcuni criteri fondamentali condivisi con l'Organismo Indipendente di Valutazione. In particolare, gli indicatori individuati per ciascuna dimensione (salute organizzativa, professionale, digitale, stato di implementazione del lavoro agile) dovranno essere coerenti tra loro monitorati periodicamente secondo una logica di avvio, sviluppo intermedio e sviluppo avanzato. Per tale motivo, nella valutazione e nel monitoraggio, saranno coinvolti sia i dipendenti che gli utenti destinatari dei servizi erogati dall'Azienda.

Infine, dovrà essere prestata particolare attenzione nella definizione degli indicatori utili a misurare e valutare il potenziale contributo del Lavoro Agile al raggiungimento dell'obiettivo organizzativo, come ad esempio, indicatori di straordinario e di assenza da mettere a confronto con le giornate in *smart working* della direzione.

MISURE ORGANIZZATIVE:

- 1) CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA IN MATERIA DI LAVORO AGILE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
- 2) CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORI PER IL PERSONALE DI COMPARTO IN MATERIA DI SVILUPPO ABILITA' IN MATERIA INFORMATICA, DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE TECNOLOGICA.
- 3) ACQUISIZIONE DI IDONEA DOTAZIONE DI COMPUTER PORTATILI E TELEFONI MOBILI AZIENDALI DA DESTINARE AL PERSONALE CHE RICHIEDE DI ACCEDERE AL LAVORO AGILE E MESSA A DISPOSIZIONE DI INTERNET E VPN IN ARMONIA CON IL PIANO TRIENNALE DELL'INFORMATICA
- 4) ATTIVAZIONE DEL FLUSSO DOCUMENTALE E DELIBERATIVO CON FIRMA DIGITALE E COMPLETA DEMATERIALIZZAZIONE DELLO STESSO.
- 5) ATTIVAZIONE DEL PORTALE DEL DIPENDENTE E RIDEFINIZIONE DELL'ARCHIVIO DOCUMENTALE

3.2.3 Indicatori di performance lavoro agile

Alla luce delle Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica - si possono individuare alcuni indicatori sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di performance che possono essere utili per misurare l'impatto del POLA medesimo sulla gestione aziendale. Tali indicatori dovranno essere analizzati per poter essere assegnati alle Unità Operative e valutarne il peso e l'impatto collegabile alla produttività. Tali elementi sono da condividere con: Direzione Strategica e Tavoli tecnici.

- **indicatori riferiti allo stato di implementazione:** utili a monitorare le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile nell'organizzazione e, successivamente, a valutare il livello di utilizzo dello stesso in Azienda:

Dimensioni	Indicatori	UO potenzialmente coinvolte
QUANTITA'	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali (che svolgono attività potenzialmente eseguibili in modalità agile) % Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali	UO che prevedono attività standardizzate eseguibili in modalità agile (es: inserimento e gestione fatture; gestione presenze, data entry, utilizzo sistemi operativi, etc.)
QUALITA' PERCEPITA	% dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori % dipendenti in lavoro agile soddisfatti soddisfazione per genere: % donne soddisfatte % uomini soddisfatti soddisfazione per età: % dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti; % dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti; ecc. soddisfazione per situazione familiare: % dipendenti con genitori anziani, soddisfatti; % dipendenti con figli, soddisfatti; ecc.	UOC URP, Comunicazioni Istituzionali, Rapporto con le Associazioni attraverso questionari da somministrare alle strutture aziendali interessate

- **indicatori riferiti alla performance organizzativa:** utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento di obiettivi specifici:

ESEMPI DI INDICATORI RIFERITI ALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA		
Dimensioni	Indicatori	
EFFICIENZA	Produttiva	Diminuzione assenze (es. $[(\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X} - \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1}) / \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1}]$)
		Aumento produttività (es. <i>quantità di pratiche ordinarie lavorate/servizi erogati per ufficio, unità organizzativa, etc.</i>)
	Temporale	Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie
EFFICACIA	Quantitativa	Quantità erogata (es. <i>n. pratiche, n. processi, n. servizi; % servizi full digital offerti dall'Azienda; % comunicazioni tramite domicilia digitali</i>)
		Quantità fruita (es. <i>n. utenti serviti</i>)
	Qualitativa	Qualità erogata (es. <i>standard di qualità dei servizi erogati in modalità agile, come i tempi di erogazione</i>)

- **indicatori riferiti alla performance individuale:** utili a fornire una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali, in termini di risultati e comportamenti. Infatti, il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività.

Rispetto ai risultati, sarà necessario fare riferimento a obiettivi individuali o di gruppo/team e relativi indicatori che riguardano:

- la gestione delle attività programmate e i compiti assegnati (assumendo come riferimento i servizi resi e la mappatura dei processi e delle attività dell'unità di afferenza, e la job description del lavoratore);
- la declinazione di obiettivi specifici e organizzativi riportati nel Piano della performance e nei diversi strumenti di programmazione, in attività su cui il singolo lavoratore è responsabilizzato.

Tali obiettivi devono essere inseriti in un contesto di programmazione fluida che tenga conto delle seguenti necessità:

- di prevedere orizzonti temporali differenziati (obiettivi mensili, bimestrali, semestrali, ecc.);
- di integrare/modificare quanto inizialmente previsto in funzione delle esigenze strategico-organizzative dell'amministrazione.

Questi obiettivi, infine, devono essere il più possibile frutto di un confronto ex ante tra dirigente/funzionario responsabile e dipendente, o quantomeno devono essere comunicati con adeguato anticipo in modo da favorire la responsabilizzazione di tutto il team in ordine al raggiungimento degli obiettivi, con particolare riferimento a quelli connessi all'erogazione di servizi agli utenti.

ESEMPI DI INDICATORI RIFERITI ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	
Dimensioni	Indicatori
RISULTATI	<i>Efficacia quantitativa : n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine (sia con riferimento ad attività ordinaria che a progetti specifici che possono o meno essere collegati a obiettivi di performance organizzativa riportati nel Piano della Performance); n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali, n. utenti serviti in lavoro agile/ n. utenti serviti, n. task portati a termine in lavoro agile/ n. task totali</i>
	<i>Efficacia qualitativa : qualità del lavoro svolto (valutazione da parte del superiore o rilevazioni di customer satisfaction sia esterne che interne) nel complesso e con riferimento agli output del lavoro agile, se possibile</i>
	<i>Efficienza produttiva : n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine in rapporto alle risorse oppure al tempo dedicato</i>
	<i>Efficienza temporale : tempi di completamento pratiche/servizi/task, rispetto scadenze; tempi di completamento pratiche/servizi in lavoro agile</i>

Gli indicatori di efficacia ed efficienza devono essere misurati centralmente. Laddove i sistemi non siano ancora a un livello di maturità da consentire tali rilevazioni, il dirigente/funzionario responsabile può avvalersi di dati e informazioni resi disponibili dai diversi sistemi informativi in uso per la gestione delle attività lavorative, al fine di monitorare e verificare le attività svolte dal dipendente, comprese quelle in lavoro agile. Il dirigente o funzionario responsabile deve, inoltre, verificare la qualità del lavoro realizzato. Infine, gli esiti del monitoraggio devono essere oggetto di momenti di incontro e riscontro, formali e informali, tra il dirigente/ funzionario responsabile e il dipendente soprattutto al crescere del numero di giornate di lavoro agile.

Per la valutazione dei comportamenti, invece, è necessario definire all'interno del Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'ente, in maniera chiara e trasparente, le aspettative in coerenza con la posizione ricoperta. Soprattutto è utile che l'amministrazione rifletta sull'opportunità di rivedere il proprio dizionario aggiornando le declaratorie delle competenze e dei comportamenti rispetto ai nuovi modelli di lavoro agile e chiarendo al dipendente, a inizio anno nel colloquio di valutazione iniziale, quali comportamenti saranno osservati sia in presenza che in modalità da remoto. Alcune competenze/comportamenti divengono più che mai rilevanti. A tale proposito si pone l'attenzione su una riflessione organizzativa interna sulle competenze soft che entrano maggiormente in gioco in questa diversa modalità di lavoro quali responsabilità, autorganizzazione/autonomia, comunicazione, orientamento al

risultato/compito, problem solving, lavoro di gruppo, capacità di risposta, autosviluppo e orientamento all'utenza, per citarne alcune.

La seguente tabella riporta, a mero titolo di esempio e senza alcuna pretesa di esaustività, un'ipotesi di declinazione in comportamenti di alcuni degli item sopra richiamati, distinguendo il personale dirigente da quello non dirigente. A tale proposito è opportuno rammentare il ruolo svolto all'interno delle amministrazioni dai dipendenti cui sono affidati compiti di responsabilità e coordinamento di servizi/team (es: titolari di posizioni organizzative). Sarebbe opportuno prevedere per questi profili comportamenti coerenti con il ruolo ricoperto in analogia con i comportamenti attesi per il personale con qualifica dirigenziale.

ESEMPI DI COMPORTAMENTI DA OSSERVARE		
Dimensioni	Dirigente/Funzionario Responsabile	Dipendente
RESPONSABILITA'	revisione dei processi e dei modelli di lavoro dell'unità organizzativa (UO), anche in ordine alle modalità di erogazione dei servizi, in funzione di un approccio agile all'organizzazione definizione e comunicazione degli obiettivi di UO e degli obiettivi individuali ai dipendenti monitoraggio dello stato avanzamento delle attività di UO e del singolo dipendente feed-back al gruppo sull'andamento delle performance di gruppo e di UO feed-back frequenti ai dipendenti sull'andamento delle loro performance gestione equilibrata del gruppo ibrido non creando disparità tra lavoratori agili e non capacità di delega	capacità di auto organizzare i tempi di lavoro flessibilità nello svolgimento dei compiti assegnati e nelle modalità di rapportarsi ai colleghi orientamento all'utenza puntualità nel rispetto degli impegni presi rispetto delle regole/procedure previste evasione delle e-mail al massimo entro n. x giornate lavorative presenza on line in fasce orarie di contattabilità da concordare in funzione delle esigenze, variabili, dell'ufficio disponibilità a condividere con una certa frequenza lo stato avanzamento di lavori relativi a obiettivi/task assegnati disponibilità a condividere le informazioni necessarie con tutti i membri del gruppo
COMUNICAZIONE	attivazione e mantenimento dei contatti con i membri del gruppo individuazione del canale comunicativo più efficace in funzione dello scopo (presenza, e-mail, telefono, video-meeting, ecc.) comunicazione efficace attraverso tutti i canali impiegati (frequenza, durata, considerazione delle preferenze altrui, ecc.) attenzione all'efficacia della comunicazione (attenzione a che i messaggi siano compresi correttamente, ricorso a domande aperte, a sintesi, ecc.) ascolto attento dei colleghi	comunicazione efficace attraverso tutti i canali impiegati (frequenza, grado di partecipazione, ecc.) comunicazione scritta non ambigua, concisa, corretta comunicazione orale chiara e comprensibile ascolto attento dei colleghi assenza di interruzioni

Quasi tutti i comportamenti riportati possono essere applicati anche a chi lavora in presenza o a lavoratori che operano solo in presenza, ma che interagiscono con colleghi a distanza: l'osservazione dei livelli di performance va rivolta a tutti per garantire che il team, a maggior ragione se ibrido (che svolge attività in parte in presenza e in parte a distanza), garantisca buoni risultati in un clima organizzativo favorevole. Ciò implica che il dirigente/funzionario responsabile debba prestare particolare attenzione ai processi di lavoro assicurandone l'unitarietà.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 Piano Assunzionale 2024-2026

Il piano assunzionale 2024-2026 è stato predisposto in considerazione dell'attuale scenario e della prospettiva di attività che caratterizza la specifica realtà. Le proposte presentate sono quelle attinenti alle diverse linee di attività presenti e da implementare nel futuro prossimo:

- Incremento del numero delle linee di attività o di incremento dello spessore tecnico delle stesse, per disponibilità di grandi apparecchiatura all'interno della pianificazione e riqualificazione regionale degli ospedali
- Apertura di ulteriori posti letto ordinari e di terapia intensiva e sub-intensiva
- Attivazione di nuove aree di assistenza sanitaria
- Funzioni tecnico-amministrative imprescindibili;
- Miglioramento delle criticità del Pronto Soccorso;
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle attrezzature di imaging ad alta complessità della Radiologia acquisite con i fondi del PNRR

Nell'ambito del Piano triennale del Fabbisogno sono state valutate altresì le necessità assunzionali già espresse nei Fabbisogni degli anni precedenti e non ancora soddisfatte, con riproposizione delle unità laddove sussistenti le condizioni e le necessità assunzionali e si è provveduto a declinare analiticamente tutte le figure necessarie per l'apertura dei nuovi servizi, come illustrato in precedenza.

Naturalmente, rimane fermo l'intendimento della Direzione che, parallelamente all'implementazione delle risorse umane necessarie, trovino sempre più ampia diffusione ed attuazione manovre di razionalizzazione, efficientamento nonché di qualificata organizzazione del lavoro, avuto riguardo anche all'allocazione delle risorse umane disponibili nonché in ordine alla valutazione delle professionalità già esistenti e delle possibili modalità di riutilizzo, nella logica di impulso alle linee strategiche ritenute "*core*" in ragione della *mission* e del posizionamento strategico rispetto ai *competitors*.

Alla definizione del Piano triennale dei fabbisogni si è proceduto dopo numerose interlocuzioni e specifiche riunioni con la Direzione Salute e integrazione Socio Sanitaria la quale, dopo attenta istruttoria, ha proceduto all'individuazione analitica del numero di unità necessarie per ciascun profilo e per l'anno 2024 ha provveduto a rilasciare espressa autorizzazione.

Con nota prot. n. 42174 del 29/12/2023 a firma del Direttore Generale ad oggetto “Piano Triennale dei fabbisogni di personale 2023-2025” è stato trasmesso alla Regione Lazio il Piano Triennale del Fabbisogno 2023-2025, unitamente alla correlata Relazione Tecnica.

Con successive note prot. n. 12680 del 05/04/2024 e prot. n. 15128 del 22/04/2024 si è proceduto a trasmettere alla Regione Lazio la ridefinizione del Fabbisogno di Personale per l’anno 2024;

La Regione Lazio con nota prot. n. del U0608498 del 09/05/2024, facendo seguito alle richieste di assunzione presentate ed alla stima dei costi e dei risparmi comunicati per gli anni 2024 e 2025, ha autorizzato questa Azienda alla assunzione di talune unità di personale;

In relazione alle unità autorizzate dalla Regione, l’Azienda ha stimato il costo complessivo a tendere, riferito al costo del personale a chiusura al 31/12/2024, nonché gli effetti di trascinamento che si ripercuoteranno sul bilancio al 31/12/2025, in relazione alle assunzioni che si prevede avverranno nel corso del 2024, ma che produrranno i loro effetti su base annuale nel corso del 2025.

Per l’annualità 2025 e 2026, come da indicazioni regionali, sono state inserite come fabbisogno assunzionale le unità per le quali è prevista la cessazione dal servizio, presupponendo un turnover del 100%.

I costi riferiti alla spesa per il personale riconosciuti dalla Direzione regionale Salute e integrazione Sociosanitaria sono stati di Euro 243.094.600 per l’annualità 2024 ed Euro 253.191.654 per l’annualità 2025 prevedendo altresì risparmi per Euro 997.703 su altre voci non ricomprese nel B1 del costo del personale.

Il fabbisogno assunzionale così espresso, redatto secondo le linee guida regionali, potrà essere rimodulato nella definizione del PTF per il triennio 2025/2027 sulla base delle ulteriori indicazioni che fornirà la Regione Lazio all’avvio dello stesso.

Con nota prot. n. 33338 del 16/09/2024 l’Azienda ha trasmesso quindi alla Regione Lazio il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2024-2026, redatto secondo il format regionale.

In ogni modo il piano proposto è stato definito in coerenza con i più generali obiettivi di programmazione sanitaria nazionale e regionale, con la finalità di assicurare il regolare espletamento delle attività istituzionali di questa Azienda di rilievo nazionale, sede di DEA di II livello e HUB in diverse reti regionali.

La proposta risulta evidentemente derivante dalla declinazione, a livello aziendale, della programmazione strategica, come definita nel Piano Strategico Triennale e nel Piano triennale della performance.

E’ da sottolineare che in ragione della sottoposizione a piano di rientro della Regione Lazio, nel corso dell’ultimo decennio – la situazione concernente le risorse umane sia divenuta particolarmente nevralgica.

Difatti, il sostanziale blocco del turn over per la circostanza descritta ha determinato diverse conseguenze in termini di dotazione di risorse umane, nel senso di seguito specificato:

- Impossibilità di garantire il fisiologico turn over delle risorse a vario titolo cessate;

- Invecchiamento cronico delle risorse disponibili, con età medie superiori ai 55 anni per i diversi ruoli e profili;
- In conseguenza dell'invecchiamento, si è determinato un peggioramento delle complessive condizioni di salute del personale dipendente, con riflessi diretti in ordine alla fruizione di specifici benefici di legge (cause di servizio, malattie professionali, legge 104, prescrizioni e limitazioni allo svolgimento di compiti inerenti le mansioni svolte, ...) e quindi sulla percentuale complessiva di assenze, nonché sulla possibilità di utilizzare il personale in servizi con turnazioni in h 24;
- Indisponibilità in ragione di quanto esplicitato ai punti precedenti di utilizzo di tutto il personale in aree critiche.

Proprio in considerazione degli elementi descritti, risultano sempre parziali le possibilità di attuare complessivi ed organici percorsi di razionalizzazione nella distribuzione delle risorse umane che, in ragione delle condizioni personali di salute giuridicamente tutelate, non consentono il reimpiego ottimale di tutte le risorse.

Tale questione potrebbe, evidentemente, trovare definizione in un più generale contesto regionale di redistribuzione del capitale umano atteso che nell'ambito dell'offerta sanitaria territoriale potrebbero trovare idonea collocazione figure professionali che non possono assolvere ai compiti propri delle aree critiche per acuti, quali quelle di precipuo interesse di questa Azienda.

In appendice è allegato il Piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2024/2026 redatto secondo il format e le indicazioni fornite dalla competente direzione Regionale.

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2024

RUOLO AMMINISTRATIVO	272
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	133
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	39
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	67
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE SENIOR	2
COMMESSE	13
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	17
RUOLO PROFESSIONALE	14
ASSISTENTE RELIGIOSO	7
DIRIGENTE AVVOCATO	3
DIRIGENTE INGEGNERE	4
RUOLO SANITARIO	3087
AUDIOMETRISTA	2
DIETISTA	8

FISIOTERAPISTA	43
INFERMIERE	1837
INFERMIERE PEDIATRICO	8
LOGOPEDISTA	1
MASSAGGIATORE NON VEDENTE	2
ORTOTTISTA	2
OSTETRICA	52
TECN. FISIOP. CARD. PERFUS. CARDIOV.	14
TECNICO DELLA PREVENZ. AMBIENTE LUOGHI L	1
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA -	5
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	120
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA -	107
DIRETTORE BIOLOGO	1
DIRETTORE MEDICO	25
DIRIGENTE BIOLOGO	50
DIRIGENTE CHIMICO	1
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	6
DIRIGENTE FARMACISTA	11
DIRIGENTE FISICO	7
DIRIGENTE MEDICO	779
DIRIGENTE PSICOLOGO	5
RUOLO TECNICO	322
ASSISTENTE TECNICO	8
AUSILIARIO SPECIALIZZATO SERVIZI SOCIO SANITARI	31
AUSILIARIO SPECIALIZZATO SERVIZI TECNICO ECONOMICI	2
COLLABORATORE PROFESSIONALE ASSISTENTE SOCIALE	4
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	7
DIRIGENTE ANALISTA	1
OPERATORE SOCIO SANITARIO	81
OPERATORE TECNICO	129
OPERATORE TECNICO ADD. ASSISTENZA	16
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	34
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO SENIOR	9
PROGRAMMATORE	9
Totale complessivo	3695

Composizione del personale per genere

RUOLO AMMINISTRATIVO	272
FEMMINE	196
MASCHI	76
RUOLO PROFESSIONALE	14
FEMMINE	1
MASCHI	13
RUOLO SANITARIO	3087
FEMMINE	2134
MASCHI	953
RUOLO TECNICO	322
FEMMINE	170
MASCHI	152
Totale complessivo	3695

Il personale a tempo determinato titolare dei requisiti Legge 234/21 alla data del 31/12/2024 è il seguente:

<u>Titolari Requisiti L. 234/2021 art. 1 c. 268 (al 31/12/2024)</u>	n. unità
Infermieri	2
OSS	8
Ostetrica	1
Dirigente Ingegnere informatico	1

Il personale assunto a tempo determinato, titolare dei requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lettera b) della Legge 234/2021 in scadenza il 31/12/2024 è oggetto di specifica proroga fino al 30.06.2025, sulla base delle indicazioni regionali di cui alla nota regionale prot. U1552488 del 17/12/2024.

PROCEDURE DI RECLUTAMENTO:

Avvisi pubblici Direttori di Struttura Complessa in corso:

UOC Neuroradiologia

UOC Patologia Clinica

UOC Centro Regionale Trapianti Lazio

Concorsi pubblici in corso:

n. 13 posti D.M Radiodiagnostica

n. 1 posto D.M. Chirurgia Toracica

n. 2 posti D.M- Chirurgia Plastica Ricostruttiva

n. 2 posti Tecnici della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare

Avvisi pubblici in corso :

n. 1 posto D.M. Medicina Trasfusionale

n. 3 posti D.M. Patologia Clinica

n. 9 posti D.M Medicina d’Emergenza E Urgenza

n. 1 D.M. posto chirurgia generale per i trapianti

n. 1 posto D.M. Scienze dell’Alimentazione e Dietetica

Procedure stabilizzazione in corso:

n. 1 DM Chirurgia Generale

n. 26 OSS

n.21 posti Infermiere

n. 1 posto DM Cardiochirurgia

Procedure Centro per l’Impiego – Assunzioni obbligatorie in corso:

n. 6 posti Coadiutore Amministrativo

n. 6 posti Operatore Tecnico

Avvisi pubblici Direttori di Struttura complessa in attesa di autorizzazione regionale:

Reumatologia

Medicina Nucleare

Microbiologia e Virologia

Ematologia

Radioterapia

Anatomia ed Istologia Patologica

Farmacia

Broncopneumologia

Anestesia e Rianimazione del Dipartimento Testa collo e delle Neuroscienze

Maxillo -Facciale

Professioni Area tecnico Sanitaria

Si riportano di seguito le procedure di reclutamento per le quali questa Azienda è aggregata:

Elenco procedure di reclutamento per le quali SCF è Aggregata a concorsi di altre Aziende	n. unità
CONCORSO PUBBLICO DIR. MEDICO RADIOTERAPIA A.O. S. ANDREA	1
CONCORSO PUBBLICO OPERATORE SOCIO SANITARIO POLICLINICO TOR VERGATA	45

ASSUNZIONI PER IL GIUBILEO 2025-ACCOGLIENZA DEI PELLEGRINI

A seguito del DPCM del 10 aprile 2024 la Regione Lazio ha dato impulso ad azioni volte alla assunzione di personale medico ed infermieristico dal 01/12/2024 al 31/12/2025 per il potenziamento dell'assistenza e soccorso ai Pellegrini. All'Azienda è stato assegnato un finanziamento di 7.459.900,62 per la copertura del costo del personale a tempo determinato pari a 102 unità riferito ai profili di seguito indicati da reclutare mediante avvisi pubblici da espletare in autonomia o mediante aggregazione alle procedure indette da altre Aziende sanitarie del SSR.

ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO PER GIUBILEO ANNO 2025 Profili autorizzati da Regione Lazio		N. UNITA'	TIPOLOGIA PROCEDURE
Dirigenza	Anestesia e Rianimazione	3	in autonomia
Dirigenza	Chirurgia generale	3	aggregata a SA
Dirigenza	Chirurgia plastica	1	in autonomia
Dirigenza	Chirurgia vascolare	1	in autonomia
Dirigenza	Medicina d'Urgenza	5	in autonomia
Dirigenza	Medicina interna	5	in autonomia
Dirigenza	Medicina Trasfusionale	2	in autonomia
Dirigenza	Ortopedia	3	aggregata a P. UMBERTO I
Dirigenza	Ostetricia e Ginecologia	2	aggregata a Asl Roma 1
Dirigenza	Patologia clinica	1	in autonomia
Dirigenza	Radiodiagnostica	2	in autonomia
Dirigenza	Urologia	1	aggregata a PUI
Comparto	Infermieri	58	aggregata a ROMA 2
Comparto	OSS	15	aggregata a PTV

Le assunzioni per il Giubileo nell'anno 2024 sono state di 16 unità mentre le ulteriori 86 unità verranno assunte nel corso del 2025 a seguito del perfezionamento e della definizione di tutte le assunzioni avviate.

DIRIGENZA/ COMPARTO	SPECIALITA'/PROFILI PROFESSIONALI	assunzioni Giubileo autorizzate	assunti Giubileo al 31.12.2024	trascinamento assunzioni Giubileo nel 2025
DIRIGENZA	ANESTESIA E TERAPIA DEL DOLORE	3	2	1
DIRIGENZA	CHIRURGIA GENERALE	3	1	2
DIRIGENZA	CHIRURGIA PLASTICA	1	1	
DIRIGENZA	CHIRURGIA VASCOLARE	1	1	
DIRIGENZA	MEDICINA D'URGENZA	5	4	1
DIRIGENZA	MEDICINA GENERALE	5	1	4
DIRIGENZA	MEDICINA TRASFUSIONALE	2	2	-
DIRIGENZA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3		3
DIRIGENZA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	2	-
DIRIGENZA	PATOLOGIA CLINICA	1	1	-
DIRIGENZA	RADIOLOGIA	2	1	1
DIRIGENZA	UROLOGIA	1		1
COMPARTO	INFERMIERI	58		58
COMPARTO	OSS	15		15
	totali	102	16	86

MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il monitoraggio del piano dei fabbisogni del personale viene effettuato mensilmente dalla UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane che verifica l'andamento della spesa del costo del personale in relazione al valore stabilito nel concordamento di Budget.

La sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano si completa con la documentazione allegata in appendice al presente Piano, come di seguito riportato:

Appendice 3.1 Regolamento Lavoro Agile – Format Accordo individuale

Appendice 3.2- Piano triennale del fabbisogno di personale triennio 2024/2026

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La strategia formativa aziendale si fonda preminentemente, anche se non esclusivamente, sulla valorizzazione del proprio ruolo di Provider ECM, per attuare un modello organizzativo basato sulla rilevazione sistematica dei bisogni formativi, dei problemi emergenti, e delle priorità strategiche della Direzione, che conduce alla progettazione di percorsi formativi elaborati in base ad una griglia di progettazione specifica e consolidata (Gilbert/Tonelli).

Ciò per garantire che la totalità delle iniziative formative interne sia organicamente pertinente ai bisogni formativi rilevati. Inoltre, ciascuno degli eventi formativi di progettazione interna prevede la valutazione di impatto/ricaduta, con la definizione preventiva di tempi/indicatori/criteri e standard per la stessa.

Si vuole con ciò garantire tanto l'ambito della Formazione Trasversale/strategica, che supporti i nuovi modelli organizzativi, la promozione dell'interculturalità e l'utilizzo del benchmarking, che la Formazione Specialistica /operativa, volta al miglioramento delle competenze professionali, con criteri evidence-based, ed alla standardizzazione dei percorsi su livelli qualitativi elevati.

Gli obiettivi formativi che abbiamo scelto di conseguire in quanto prioritari, in linea con gli obiettivi regionali che l'Azienda è stata chiamata ad attuare, sono stati i seguenti, con riguardo a tutti i profili professionali:

- Approfondimento/aggiornamento dei contenuti tecnico professionali specialistici, veicolati da audit/incontri di aggiornamento di Unità operativa e di Gruppo interdisciplinare;
- Applicazione nella pratica dei principi e procedure dell'EBM/EBN/EBP;
- Acquisizione/consolidamento di principi e procedure relativi alla sicurezza sul luogo di lavoro nonché alla sicurezza del paziente;
- Costruzione di percorsi clinico assistenziali; management e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi.
- Formazione sul campo per l'aggiornamento/consolidamento/acquisizione di competenze specifiche.
- Promozione di metodologie e tecniche per la comunicazione efficace: interna, esterna e con il paziente.

Per quanto riguarda specificamente la formazione della dirigenza medica e sanitaria è stata data priorità alle iniziative formative che si basano su audit interni/esterni delle casistiche specifiche, ovvero su incontri in gruppi multidisciplinari di esame dei casi clinici, percorsi che per la loro continuità e capillarità, sono stati ritenuti i più efficaci.

Per quanto riguarda il comparto, oltre alla partecipazione per quanto di competenza alle iniziative formative di cui sopra, è stata garantita con maggiore rilevanza l'esigenza di acquisire nuove competenze specifiche teorico/operative.

Per ogni evento formativo è stato somministrato ai partecipanti un questionario di gradimento ECM e gradimento della qualità della docenza, ed i risultati elaborati rilevano una qualità percepita "*ottimale*" dei Corsi svolti.

Per le prove di valutazione dell'apprendimento sono state utilizzate diverse tipologie di strumenti:

- Questionari a risposta multipla;
- Produzione di documenti/progetti/analisi dei casi;
- Griglie di osservazioni sulle abilità (FSC);
- Verbalì per esami orali e prova scritta

Per tutti i Corsi è stata richiesta la valutazione di impatto, che verrà verificata e documentata nell'anno corrente, in relazione alla pianificazione della valutazione di ricaduta.

Nell'ambito della Performance saranno assegnati obiettivi correlati alla formazione utili ad innalzare il livello di consapevolezza da parte del personale sul tema delle molestie di genere, della violenza, del benessere organizzativo, nonché sull'accoglienza in generale e, in particolare, dei più fragili.

Allegati Sezione 3 – Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Piano delle Azioni Positive (PAP)

3.2 Regolamento Lavoro Agile – Format Accordo individuale

3.3 Piano triennale del fabbisogno di personale triennio 2024/2026

3.4 Piano formativo 2025

4 SEZIONE IV - MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

4.1.1 Il Ciclo di Gestione della Performance



Il SMVP, documento definito con cadenza annuale in base a quanto previsto dal D.lgs. 74/2017, approvato con deliberazione n. 1615 del 15.10.2024, prevede una programmazione e controllo dei livelli di performance (organizzativi ed individuali) attraverso l'attuazione del c.d. "Ciclo annuale di gestione delle performance", caratterizzato dai seguenti principi:

- definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- collegamento tra gli obiettivi ed allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio ed attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- monitoraggio e rilevazione periodica dei livelli di qualità percepita dagli Utenti finali ed intermedi;
- attuazione di politiche aziendali tese a garantire le pari opportunità interne all'organizzazione, a contrastare la violenza di genere, nonché a favorire l'accessibilità ed un opportuno clima organizzativo;

-
- correlazione logica fra i livelli di performance strategica, organizzativa ed individuale;
 - misurazione e valutazione della performance e dei risultati organizzativi e individuali;
 - utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
 - rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici dell'amministrazione, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Nell'ambito del ciclo della performance, l'attività di misurazione e valutazione regolata dal presente SMVP ha come scopo quello di migliorare le modalità di individuazione e comunicazione degli obiettivi, di gestire in modo più efficiente le risorse ed i processi organizzativi, di rafforzare le responsabilità ai diversi livelli, di incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Gli attori del Ciclo di gestione delle performance sono i seguenti:

- La Direzione Strategica, quale organo di indirizzo politico-amministrativo
- L'Organismo Indipendente di valutazione (O.I.V.) (L.R. 1/2011, D.Lgs. n. 150/09 e s.m.i)
- Il Comitato di Budget
- La Struttura Tecnica Permanente (art. 14, comma 9, D.Lgs 150/09 e s.m.i.)
- La UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione
- La UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane
- I soggetti valutatori (Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo).

Sono considerati, inoltre, titolari di budget:

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

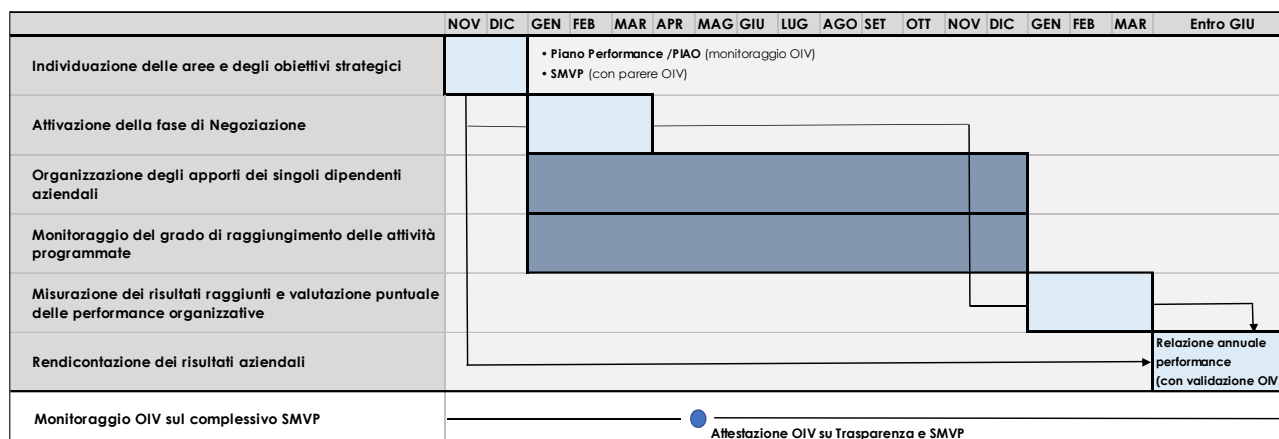
Per i titolari degli incarichi di organizzazione il Processo di Budget avviene attraverso una negoziazione tra il titolare dell'incarico e il Responsabile dell'Unità Operativa a cui afferisce.

Per il restante personale del Comparto, il processo si realizza attraverso l'assegnazione di obiettivi alla Struttura Organizzativa a cui afferisce lo stesso. Tutto il personale della Struttura concorre al raggiungimento degli obiettivi.

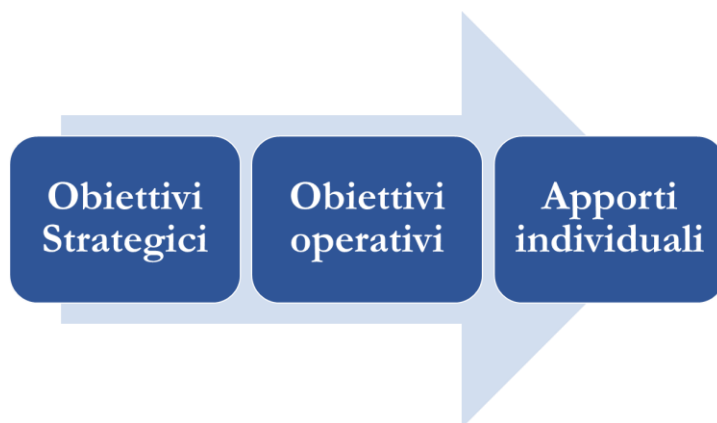
Il Ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) si articola nelle seguenti fasi:

N. Fase	Descrizione Fase	Soggetti e ambiti organizzativi	Tempistica
1	Individuazione delle aree e degli obiettivi strategici da parte della Direzione aziendale, in attuazione della propria vision ed in recepimento delle linee programmatiche dettate a livello nazionale e regionale, che costituiranno l'Albero della Performance	• Direzione strategica aziendale • Collegio di Direzione • Strutture coinvolte	A partire dagli ultimi mesi dell'esercizio precedente a quello oggetto di gestione (entro il 31 gennaio gli obiettivi vengono inseriti nel Piano triennale della performance e nel PIAO)
2	Attivazione della fase di Negoziazione , con la definizione ed assegnazione degli obiettivi strategici ed operativi che si intendono raggiungere a livello di singolo Centro di Responsabilità (CdR), dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori di performance, oltre all'allocazione delle risorse disponibili o programmate (formulazione delle Schede di budget)	• Direzione strategica aziendale • Direttori di Dip.to e Responsabili di CdR • Strutture coinvolte	Primi mesi dell'esercizio oggetto di gestione (gennaio-marzo)
3	Organizzazione degli apporti dei singoli dipendenti aziendali , per il raggiungimento delle performance organizzative di CdR programmate	• Responsabili di CdR, Dirigenti e incarichi di Posizione e di Funzione organizzativa del Comparto • Personale aziendale oggetto di valutazione	A partire dalle fasi di negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi di CdR e monitoraggio durante tutto l'esercizio. Rilevazione finale (a partire da gennaio dell'esercizio successivo alla chiusura del Ciclo della Performance).
4	Monitoraggio del grado di raggiungimento delle attività programmate e valutazione di eventuali interventi di rimodulazione degli obiettivi	• Direzione strategica aziendale • Direttori e Responsabili di CdR • Strutture di staff coinvolte	Durante tutto l'esercizio di riferimento.
5	Misurazione dei risultati raggiunti e valutazione puntuale delle performance organizzative conseguite nell'esercizio, analizzato e proposto alla Direzione strategica da parte dell'OIV, con il supporto delle funzioni di Struttura Tecnica Permanente (STP)	• Direzione strategica aziendale • Direttori di Dip.to e Responsabili di CdR • Strutture sanitarie coinvolte • Strutture di staff coinvolte • OIV	Entro i primi mesi dell'esercizio successivo a quello di riferimento
6	Rendicontazione dei risultati aziendali (Relazione sulla Performance) in una logica di massima trasparenza nei confronti dei portatori d'interesse aziendali (istituzioni, dipendenti, utenti e cittadini).	• Direzione strategica aziendale • Strutture di staff coinvolte	Entro il 30 giugno dell'esercizio successivo a quello di riferimento

Gli ambiti gestionali sopra richiamati e le relative tempistiche, pur condizionabili da fasi di sviluppo del medesimo SMVP o da fattori “esterni” al governo aziendale (vedi la tempistica con cui vengono emanate le linee d’indirizzo di livello regionale), in via ordinaria sono quindi rappresentabili nel seguente schema logico:



Le Dimensioni della Performance: Organizzativa e Individuale



Il SMVP organizza i complessivi contenuti di programmazione secondo il c.d. modello dell'albero delle performance, in base al quale sono definiti chiari legami fra le finalità generali dell'Azienda (obiettivi strategici), gli specifici obiettivi struttura (CdR) in cui si articola la stessa azienda ed i correlati apporti individuali richiesti ai singoli dipendenti, tenuto conto delle specifiche professionalità e ruoli (performance individuale).

In base a tale approccio, l’attuazione di ogni ciclo di gestione annuale delle performance, oltre a assicurare la Direzione strategica circa il confluire delle performance organizzative ed individuali verso il perseguimento delle strategie aziendali, rappresenta anche un chiaro punto di riferimento e di responsabilizzazione nei confronti degli stessi dipendenti.

La Performance organizzativa

Il Sistema annuale di performance organizzativa prevede che, attraverso il sistema annuale di budgeting operativo, la Direzione strategica aziendale declini i propri obiettivi strategici in obiettivi operativi di Centro di Responsabilità (CdR), articolando un processo di puntuale responsabilizzazione di ciascuna struttura di line e delle proprie funzioni di staff nelle attività di programmazione, monitoraggio, verifica e rendicontazione dei risultati conseguiti.

Il processo di budgeting operativo si articola nelle fasi di programmazione, monitoraggio, verifica e rendicontazione delle performance conseguite dai singoli CdR e vede principalmente coinvolti i seguenti soggetti.

la Direzione strategica, che ha il compito di elaborare le strategie dell'Azienda e coinvolgere l'organizzazione per il puntuale perseguimento delle stesse attraverso il processo di negoziazione di budget;

l'OIV, che, oltre a monitorare il complessivo funzionamento del sistema, con il supporto delle funzioni di Struttura tecnica permanente procede alla verifica dell'istruttoria relativa alla valutazione delle performance organizzative conseguite delle strutture aziendali, i cui esiti vengono portati all'attenzione della Direzione dell'Azienda;

la Struttura Tecnica Permanente, che supporta l'OIV nello svolgimento delle proprie funzioni ed a tal fine viene individuata come un momento organizzativo in cui vengono ad integrarsi le professionalità afferenti alle tematiche oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'OIV stesso; in considerazione delle suddette responsabilità, le funzioni di STP sono principalmente riconducibili dall'area del controllo di gestione, che a loro volta ove necessario coinvolgono in modo fattivo professionalità afferenti all'area risorse umane e dall'area economico-finanziaria, riservandosi il coinvolgimento di ulteriori ambiti aziendali ove sia reso opportuno dalle specifiche tematiche oggetto di analisi.

Direttori e Responsabili di struttura (CdR), direttamente responsabili dell'efficace ed efficiente utilizzo delle risorse assegnate alla propria struttura in relazione al conseguimento delle finalità dell'Azienda, sono a tal fine coinvolte dalla Direzione strategica nelle fasi di negoziazione degli obiettivi annuali del proprio CdR ed hanno l'onere di rendere partecipe di tali contenuti l'ambito organizzativo dagli stessi diretto.

Nell'ambito della gestione delle performance organizzative di CdR, i direttori e responsabili di struttura sono coadiuvati dagli Incarichi di Posizione e di Funzione dell'area del Comparto, che forniscono un fondamentale contributo nel coordinamento delle attività del personale con qualifica non dirigenziale.

La performance organizzativa conseguita da ciascuna struttura viene rilevata attraverso il sistematico impiego di obiettivi e relativi indicatori di risultato, sintetizzati in opportune schede di CdR.

Di seguito viene illustrato il modello di scheda di budget adottata dall'Azienda, contenente le Aree strategiche, gli obiettivi di performance, i relativi indicatori e il peso per Area e per singolo obiettivo:

Centro di Responsabilità: Cod. _____ Descrizione _____

Responsabile: _____

Cod. Area Strategica: X - Descrizione _____

Obiettivo Strategico	X1	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
X1_01		X1_01_01		X1_01_01_01								
X1_02		X1_02_01		X1_02_01_01								
X1_N		X1_N_01		X1_N_01_01								
Obiettivo Strategico	X2	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
X2_01		X2_01_01		X1_01_01_01								
Obiettivo Strategico	XN	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
XN_01		XN_01_01		XN_01_01_01								
Totale % Peso per: X						100						___/100
Cod. Area Strategica: Y - Descrizione: _____												
Obiettivo Strategico	Y1	Descrizione: _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
Y1_01		Y1_01_01		Y1_01_01_01								
Y1_02		Y1_02_01		Y1_02_01_01								
Y1_N		Y1_N_01		Y1_N_01_01								
Totale % Peso per: Y						100						___/100
Totale % Peso UO												100

NOTE NEGOZIAZIONE DI BUDGET	
Il Direttore Unità Operativa Direzione Strategica Aziendale _____	Il Direttore del Dipartimento data...../...../.....
Firma da parte del persona dirigente assegnato alla UU.OO.	
Dirigenti 	Coordinatori data...../...../.....

Nelle opportune forme di sintesi richieste dalla normativa nazionale di riferimento, l'Azienda rende note le performance organizzative conseguite nell'esercizio di riferimento attraverso la pubblicazione della Relazione annuale sulla performance, validata dall'OIV e consultabile anch'essa nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

La Performance individuale

In forma coerente con il modello logico dell'albero della performance, l'Azienda gestisce la performance individuale secondo una logica necessariamente collegata alla dimensione della performance organizzativa, quale contributo coordinato dei singoli dipendenti ai fini del conseguimento dei risultati d'equipe. Tale approccio, anche in base quanto previsto da una lettura integrata di tutta la normativa di riferimento, trova conseguente attuazione in una duplice logica, rispettivamente riferita all'individuazione dei contenuti di performance individuale ed al calcolo degli incentivi del personale. Gli ambiti di performance richiesti ai singoli dipendenti, infatti, dovranno essere annualmente individuati secondo specifici livelli di apporto individuale o opportuni comportamenti organizzativi, in ogni caso necessariamente convergenti o comunque funzionali al perseguimento delle performance organizzative. D'altro canto, anche gli incentivi individuali dovranno essere correlati sia ai risultati effettivamente prodotti dall'organizzazione (vd. performance organizzative della struttura di afferenza), che alle performance individuali annualmente apportate da ciascun collaboratore. Ulteriori parametri di calcolo sono inoltre convenuti, nello spazio d'azione concesso dalla normativa di riferimento, con le relative Rappresentanze sindacali ed a tal proposito l'Azienda, nel rispetto dei debiti passaggi di contrattazione integrativa, disciplina in appositi protocolli applicativi sia il puntuale processo di programmazione e controllo delle performance individuali, che le modalità di calcolo dei correlati incentivi del personale.

Anche in tale ambito l'OIV monitora costantemente la validità della metodologia adottata, nonché la corretta applicazione della stessa nel corso di ogni ciclo annuale di gestione delle performance.

Sul piano metodologico, l'Azienda in fase di definizione degli apporti individuali si attiene ai seguenti principi:

- gli ambiti di performance individuale definiti per il singolo dipendente devono risultare coerenti ed integrati con la performance organizzativa in cui lo stesso è collocato;
- devono essere selezionati ambiti di performance che siano rilevanti in termini di contenuti e numericamente equilibrati, affinché non perdano di significato e non facciano perdere di vista i fattori strategici per il raggiungimento degli obiettivi prefissati all'interno dell'organizzazione;
- i livelli di performance individuale attesa devono essere tempestivamente definiti e comunicati al fine di permettere una valorizzazione trasparente sull'intero anno di riferimento;
- devono essere codificati sulla base delle competenze professionali manifestate e potenziali dell'individuo nel rispetto del principio a tendere di miglioramento della qualità, ma al tempo stesso raggiungibile e su cui il dipendente può essere ragionevolmente responsabilizzato.

Nei primi mesi di ciascun esercizio, quindi, a partire dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Azienda richiede ai propri direttori e responsabili di CdR, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori; in tale fase tutto il personale viene coinvolto nel conseguimento degli obiettivi di struttura, procedendo all'analisi delle modalità attraverso cui organizzare i necessari apporti individuali (qualitativi e quantitativi). Da tale fase deriva anche l'individuazione e condivisione dei criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali nell'esercizio di riferimento, esplicitando per ciascuno di questi il significato oggettivabile e contestualizzato del livello di apporto individuale atteso.

Saranno a tal proposito individuate le dimensioni degli specifici indicatori di performance individuale in termini di:

- a) risultati conseguiti;
- b) comportamenti organizzativi finalizzati al conseguimento delle performance id struttura.

Gli "indicatori" di performance individuale potranno essere quindi espressi in termini di output, di standard qualitativi, temporali, di processo, organizzativi, ecc. ed in ogni caso caratterizzati da:

- significatività, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente ed esattamente il grado di raggiungimento di un obiettivo;
- completezza, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati;
- tempestività, intesa come la capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori;
- oggettività, ossia la capacità dell'indicatore di essere rilevato secondo standard di riferimento non arbitrari.

Al termine di ciascuna annualità, con riferimento ai criteri e livelli di valorizzazione preventivamente individuati ed attraverso apposita modulistica, ciascun responsabile rileverà gli apporti individuali effettivamente prestati dai propri collaboratori nell'anno di riferimento, così mettendo in grado gli uffici amministrativi di procedere ai conseguenti calcoli degli incentivi individuali spettanti.

Dall'anno 2023 la Performance individuale della Dirigenza è gestita attraverso una piattaforma informatizzata, mentre il Comparto viene valutato secondo le modalità stabilite negli accordi decentrati vigenti nelle more dell'informatizzazione del processo.

4.2 MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'attività di monitoraggio sarà eseguita secondo le modalità e la tempistica specificatamente indicate nella Sezione 2.3. Ulteriormente l'esito del monitoraggio relativo all'attuazione del PTPCT 2024 – 2026 è riferita nella relazione annuale del RPCT pubblicata nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente".

4.3 MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il monitoraggio del piano dei fabbisogni del personale viene effettuato trimestralmente dalla UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane che verifica l'andamento della spesa del costo del personale in relazione al valore stabilito nel concordamento di Budget.

4.4 MONITORAGGIO DEL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

il Piano triennale Azioni Positive PAP allegato al presente Piano viene monitorato dalla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione in collaborazione con il CUG aziendale nell'ambito del monitoraggio del Ciclo della Performance attraverso la valutazione del grado di raggiungimento degli specifici obiettivi, elencati nel precedente paragrafo n. 2.1.2, individuati ed assegnati ai Dirigenti aziendali.

4.5 MONITORAGGIO DEL PIANO DELLA TRANSIZIONE DIGITALE

Verrà predisposto un piano per la verifica dello stato dell'arte delle linee di attività (o macro obiettivi) indicate, con milestone di confronto con la Direzione Strategica per definire ulteriori evoluzioni o integrazione degli obiettivi e dei progetti. Inoltre, dove necessario e se necessario, potranno essere coinvolti gli stakeholder in particolare per le sessioni di verifica dell'accessibilità del sito aziendale.

APPENDICE ALLE SEZIONI

Allegati Sezione 2.2 – Performance

Allegato n.1 Elenco obiettivi e indicatori assegnati alle singole strutture aziendali (UOC/UOSD) nell'anno 2025

Allegati sezione 2.3– Prevenzione della corruzione e trasparenza 2025-2027

Allegato n. 1 Trasparenza - Obblighi di Pubblicazione

Allegato n. 2 Misure Specifiche

Allegato n. 3 Scheda mappatura processi

Allegato n. 4 Scheda mappa Procedimenti Amministrativi ad istanza di parte

Allegato n. 5 Mappa Procedimenti Amministrativi non ad istanza di parte

Allegato n. 6 Scheda Monitoraggio di II livello

Allegato n. 7 Scheda articolazione strutture sanitarie

Allegato n. 8 Scheda articolazione strutture amministrative

Allegati Sezione 3 – Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Piano delle Azioni Positive (PAP)

3.2 Regolamento Lavoro Agile – Format Accordo individuale

3.3 Piano triennale del fabbisogno di personale triennio 2024-2026

3.4 Piano formativo 2025