

**Piano Integrato di  
Attività e Organizzazione (PIAO) 2022 - 2024**

Art. 6 del decreto legge  
n. 80/2021 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113

Azienda Ospedaliero – Universitaria Sant’ Andrea

## INDICE

### **PREMESSA**

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

- 1.1 - Denominazione, Sede Legale, Sito Web e logo dell'Azienda
- 1.2 - Contesto esterno
- 1.3 - Contesto interno

### **SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

#### **2.1 VALORE PUBBLICO**

#### **2.2 PERFORMANCE**

- 2.2.1 - Premessa
- 2.2.2 - Quadro economico aziendale
- 2.2.3 - I risultati in sintesi
- 2.2.4 - Dalla programmazione Regionale alla programmazione Aziendale
- 2.2.5 - Obiettivi strategici
- 2.2.6 - Il processo di Budgeting, valutazione e verifica dei risultati
- 2.2.7 - Il processo di valutazione e verifica dei risultati
- 2.2.8 - Gli obiettivi assegnati al personale Dirigenziale
- 2.2.9 - Gli obiettivi assegnati al personale del comparto
- 2.2.10 - Il processo costituente il ciclo di gestione della performance e le azioni di miglioramento

#### **2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

- 2.3.1 - Premessa
- 2.3.2 - Soggetti coinvolti nella redazione del piano
- 2.3.3 - Il contesto esterno
- 2.3.4 - Il contesto interno
- 2.3.5 - Il responsabile della prevenzione corruzione: funzione ed obblighi
- 2.3.6 - Responsabilità del RPCT e revoca dell'incarico
- 2.3.7 - Relazione annuale sull'attività
- 2.3.8 - Inserimento del RPCT nell'ambito del sistema dei controlli interni
- 2.3.9 - I dirigenti aziendali quali "referenti" per la prevenzione della corruzione
- 2.3.10 - Mappatura dei processi
- 2.3.11 - Misure per l'abbattimento del rischio
- 2.3.12 - Sezione trasparenza
- 2.3.13 - Piano attività triennio: attuazione misure
- 2.3.14 - Armonizzazione e Integrazione tra Piano di prevenzione della corruzione e piano della Performance

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

### 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

### 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE: IL POLA

### 3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

3.3.1 - Fabbisogno per attività ordinaria

3.3.2 - Il fabbisogno triennale

3.3.3 - Costi del personale

### 3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

3.4.1 - Premessa

3.4.2 - Analisi del contesto

3.4.3 - Individuazione del fabbisogno ed eventi PFA 2022

3.4.4 - Iniziative di formazione esterna

3.4.5 Spese per la formazione

## **SEZIONE 4 - MONITORAGGI**

### 4.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

### 4.2 MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI

## **PREMESSA**

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del decreto legge 80/2021 recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A. funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento unico di programmazione e governance di durata triennale, con aggiornamento annuale, definito dall'organo di indirizzo politico in collaborazione con i vertici dell'amministrazione.

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

Al riguardo, considerato comunque che le vigenti disposizioni prevedono che il PIAO sia adottato da parte delle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nei quali rientra anche questa Azienda ospedaliera universitaria (Sant'Andrea), è stata avviata da subito un'interlocuzione con i principali attori esterni ed interni interessati dal nuovo sistema, in modo da sviluppare gli opportuni metodi di programmazione all'esito del percorso nazionale volto a definire le linee guida e i conseguenti adeguamenti ordinamentali a livello regionale, pertanto, qualora fossero definite ulteriori e specifiche indicazioni per il settore di riferimento verranno apportate le opportune e necessarie integrazioni.

Tale documento individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi assorbendo, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare: il Piano della performance che definisce nel medio/lungo periodo gli obiettivi dell'Azienda, indicando le risorse finanziarie, gli strumenti e le azioni per raggiungerli; il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza armonizzato e integrato con lo stesso Piano della Performance; il Piano Triennale del fabbisogno del personale e il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – Pola con il quale vengono definiti i fabbisogni di personali e le modalità organizzative del lavoro stesso al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi programmati; nonché il Piano Formativo aziendale 2022.

Con il presente Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), tra l'altro, vengono previste innovative misure di semplificazione volte a implementare gli strumenti e le fasi per giungere alla

piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione.

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

Le Misure previste da PNRR, in questa fase oggetto della Deliberazione 24 maggio 2022 n. 332, recante l'approvazione del Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo - CIS ( Missione 6 - Salute), favoriranno il sistema di integrazione tra le diverse funzionalità dei Sistemi Informativi Regionali. In particolare, il Piano regionale mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. A tal fine, verranno previsti interventi volti a rafforzare le reti di prossimità, le strutture intermedie e il sistema telemedicina per l'assistenza territoriale, nonché misure finalizzate all'innovazione, alla ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

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

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

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

## SEZIONE 1

### SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

#### 1.1 – DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE, SITO WEB E LOGO DELL'AZIENDA

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

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

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

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



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



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

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

Quindi con legge di conversione n. 453 del 3 dicembre 1999 veniva costituita l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, già prevista dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 Luglio 1999

pubblicato in G.U. n. 174 del 27 luglio 1999 quale struttura di rilievo nazionale e di alta specialità e sede della II facoltà di Medicina e chirurgia della Sapienza Università di Roma.

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

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

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

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

## **1.2– IL CONTESTO ESTERNO**

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

In virtù delle sue caratteristiche di elevata qualificazione, legate alla natura universitaria e alla qualità dei servizi, e della presenza di queste grandi direttrici del traffico, pur se extraterritoriale per definizione, l'Azienda esercita la sua attrattività prevalentemente sui residenti della ASL RM 1 (nel cui territorio insiste), della ASL RM 4 e della ASL RM 5.

Gli indicatori demografici delle AASSLL di riferimento evidenziano che il territorio della ASL Roma 1 è demograficamente senile in relazione al fatto che la natalità e la mortalità decrescono continuamente, determinando proporzioni di popolazione anziana molto alte. L'indice di vecchiaia si è infatti incrementato rispetto al 2006 e indica che per ogni 100 giovani ci sono 165 anziani, il che conferma l'andamento demografico in atto in tutta Italia e nei paesi occidentali. Anche l'indice di invecchiamento è incrementato e rappresenta una percentuale di persone over 65enni nella popolazione residente nella stessa ASL che è pari al 22,1%.

L'analisi della mortalità per causa, riferita sempre al territorio dell'ASL RM-1, evidenzia una mortalità più elevata, rispetto a quella rilevata nel Comune di Roma, nei maschi per malattie del sistema cardiocircolatorio, per tumori e per le patologie dell'apparato respiratorio, mentre nelle femmine, accanto alle patologie del sistema cardiocircolatorio e tumorali, emergono le malattie del sistema endocrino e quelle immunitarie.

Per quanto riguarda il territorio della ASL Roma 4, gli indicatori demografici evidenziano una rilevanza significativa della presenza di nuclei di popolazione immigrata, a volte con alte

concentrazioni in comuni di piccole dimensioni. Per incidenza percentuale, fra i Comuni che si collocano ai vertici della graduatoria di quelli con il più alto tasso di residenti stranieri, vi sono Rignano Flaminio con il 16,7%, Campagnano di Roma con il 15,9% e Ladispoli con il 15,6%. Tutti i comuni romani nel 2012 hanno conosciuto incrementi di residenti stranieri: tra il 2011 e il 2012 nella provincia di Roma l'incremento dei residenti complessivi è stato del +1,1%, quello dei soli residenti stranieri del +11,4%.

La popolazione residente sempre nell'ASL RM-4 ha fatto registrare nell'ultimo decennio un notevole incremento, assai più rilevante, anche per gli aspetti sanitari, se si considera la classe d'età degli ultrasessantacinquenni.

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

In linea generale, pur essendo l'Azienda classificata come DEA di 1° livello, in presenza di pressoché tutte le discipline mediche e chirurgiche, essa assicura l'attività di emergenza-urgenza con livelli di autonomia e di prestazioni quali-quantitative paragonabili a quelli di un DEA di 2° livello, essendo residuale il numero di pazienti che il Sant'Andrea è costretto ad inviare all'hub di riferimento, trattandosi di casi limitati all'ambito pediatrico. Fatta questa necessaria premessa, la tabella seguente descrive, quindi, il ruolo che l'Azienda assume all'interno delle reti dell'emergenza e delle reti di alta specialità ed indica per ciascuna di esse l'HUB di riferimento. Nell'ambito di tali reti l'Azienda collabora con le altre aziende sanitarie alla gestione del paziente per garantire la continuità delle cure attraverso percorsi clinico assistenziali definiti dalle direttive regionali e basati sulle migliori prove di efficacia presenti in letteratura.

<b>RETE</b>	<b>RUOLO DELL'AOU SANT'ANDREA</b>	<b>HUB DI RIFERIMENTO</b>	<b>TIPO DI HUB</b>
<b>RETE EMERGENZA</b> (DCA 73/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021)	DEA I	AOU POLICLINICO  A. GEMELLI	DEA II
<b>RETE EMERGENZA PEDIATRICA</b> (DCA 73/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021)	SPOKE	AOU POLICLINICO  A. GEMELLI	HUB medico/  neurochirurgico
	SPOKE	IRCCS BAMBINO GESU' (solo per la chirurgia)	HUB chirurgico
<b>RETE CARDIOLOGICA</b> (DCA 74/2010 e DCA 368/2014 rettif. dal DCA 412/2014 e dalla Det. della	E		E (Cardiologia/UTIC servizio di emodinamica)

Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021)			
<b>RETE CARDIOCHIRURGICA</b> (DCA 74/2010 e DCA 368/2014 rettif. dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021) **di supporto regionale in caso di indisponibilità di sala operatoria	HUB**	AOU POLICLINICO  A. GEMELLI	Cardiochirurgia con Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica.
<b>RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA</b> (DCA 76/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021)	PST	AOU POLICLINICO  A. GEMELLI	CTS
<b>RETE TRAUMA GRAVE PEDIATRICO</b> (DCA 76/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021)	PST-PED	AOU POLICLINICO  A. GEMELLI	CTS-PED
<b>RETE ICTUS</b> (DCA 75/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021)	UTN I	AOU POLICLINICO  A. GEMELLI	UTN II
<b>RETE MALATTIE INFETTIVE</b> (DCA 58/2010 rettificato dal DCA 540/2015 e dalla Det. della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021)	SPOKE	AOU POLICLINICO  A. GEMELLI	HUB
<b>RETE ONCOLOGICA</b> (DCA 59/2010, rettificato dalla Det. della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021) È in corso di definizione la rete oncologica regionale in coerenza con			

<p>quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n.59/CRS/2019. Le reti per patologia ad oggi normate sono volte alla gestione del</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumore della mammella (DCA U00038 del 03/02/2015; DCA U00189 del 31/05/2017 e Det. G16239 del 24/12/2020)</li> <li>- Tumore del polmone (DCA U00419 del 04/09/2015)</li> <li>- Tumore della prostata (DCA U00358 del 28/08/2017)</li> <li>- Tumore del colon e del retto (DCA U00030 del 20/01/2017)</li> </ul>	<p>Centro di Senologia</p> <p>Centro di riferimento</p> <p>Centro Diagnosi e</p> <p>Centro Trattamento</p> <p>Centro di Endoscopia,</p> <p>Centro di Trattamento Colon e Retto</p>		
<p><b>RETE MALATTIE RARE</b> (DCA n. U00413/2017, DCA n. U00063/2018, Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021). L'AOU Sant'Andrea è definito Istituto con presenza di Presidi che afferiscono ad un Centro collocato presso il Policlinico Umberto I e gestisce 12 Centri, 56 codici di esenzione e 154 malattie/gruppi</p>	<p>coordinamento dei Centri di propria afferenza e interfaccia con il livello regionale</p>		
<p><b>RETE TRASFUSIONALE</b> (DCA U00207 del 20.06.2014). L'AOU Sant'Andrea ospita il Centro Regionale Sangue</p>	<p>Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale</p>	<p>P.O. SAN FILIPPO NERI</p>	<p>SIMT AREA DI PRODUZIONE</p>

Legenda:

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

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

**E+CC** = Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica e Cardiochirurgia

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

**CTS** = Centro traumi di alta specializzazione (HUB)

### 1.3– IL CONTESTO INTERNO

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

In qualità di Azienda ospedaliero universitaria di cui all'art. 2, commi 1 e 3, del D.Lgs. n. 517/99, l'Azienda persegue l'obiettivo di realizzare la stretta integrazione e sinergia tra le attività di ricerca e di didattica proprie dell'Università e quelle assistenziali e di efficienza gestionale proprie delle aziende sanitarie, riconoscendo l'inscindibilità delle tre funzioni (didattica, ricerca e assistenza).

Ai fini dell'erogazione del servizio assistenziale, in base al Decreto del Commissario ad Acta n. 368/2014 in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, così come rettificato dal DCA n. 412/2014, nonché dal Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 (di cui ai DCA n. 303/2019, DCA n. 81/2020 e DGR n. 406/2020) e dalla Determinazione 18 febbraio 2022, n G01328 "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015", l'Azienda dispone di n. 460 posti letto per acuti, di cui 421 posti letto destinati ai ricoveri a ciclo continuo e 39 ai ricoveri a ciclo diurno, articolati per specialità come indicato nella suddetta Determinazione.

Per l'espletamento dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca l'Azienda provvede con le risorse umane che, suddivise nei diversi profili professionali, al 01/01/2021 ammontano complessivamente a n. 2.062 unità, di cui n. 1.810 dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale e n. 252 dipendenti dall'Università.

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

1. il Direttore generale
2. il Collegio sindacale
3. l'Organo di indirizzo
4. il Collegio di direzione.

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

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

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

L'Organo di indirizzo è organo collegiale dell'Azienda. Esso, come individuato dall'art. 4 del d.Lgs. n. 517/99, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata di cui all'art. 3 del d.lgs. n. 517/99, ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università

e di verificare la corretta attuazione degli obiettivi stabiliti da Regione ed Università e dalla programmazione delle attività. L'Organo di indirizzo è costituito da cinque membri, nominati con atto del Presidente della Giunta regionale.

Il Collegio di direzione è organo dell'Azienda che assicura la partecipazione decisionale ed organizzativa dei professionisti orientandone lo sviluppo a soddisfare i bisogni di salute degli utenti, a garantire standard più avanzati di assistenza sanitaria e a implementare degli strumenti del governo clinico. Il Collegio di direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore generale. Il Collegio di direzione è costituito dal Direttore generale con proprio provvedimento, e dallo stesso presieduto.

Esso è composto da:

- Direttore sanitario;
- Direttore amministrativo;
- Direttori dei dipartimenti ad attività integrata;
- Direttori delle aree amministrative e tecniche;
- Preside della facoltà di Medicina e psicologia;
- Responsabile UOD Direzione medica organizzativa;
- Responsabile UOC Programmazione e controllo di gestione;
- Responsabile UOC Professioni sanitarie;
- Responsabile UOC Farmacia.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo compongono la Direzione Aziendale.

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

## SEZIONE 2

### VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

#### SEZIONE 2.1 – VALORE PUBBLICO

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

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

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

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

Al fine di una concreta realizzazione degli obiettivi di Valore Pubblico nel contesto interno, l’Azienda persegue le finalità istituzionali, mediante programmazione attuativa delle indicazioni regionali, nel rispetto dei principi di economicità ed efficienza nella gestione delle risorse.

#### SEZIONE 2.2 – PERFORMANCE

##### 2.2.1 - PREMESSA

La Pianificazione Strategica è il processo mediante il quale la Direzione Strategica definisce nel medio/lungo periodo gli obiettivi dell’Azienda, indicando i mezzi, gli strumenti e le azioni per raggiungerli. Tali obiettivi vengono definiti e raccolti in un unico documento, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) – sezione Performance, introdotto dal predetto articolo 6 del decreto legge n. 80/2021.

Il Piano triennale della Performance, elaborato dalle Strutture ed Enti della Pubblica Amministrazione in applicazione del d.lgs. n. 150/2009, novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 e della Legge Regionale n. 1/2011, che ha la finalità di definire e realizzare un completo “Ciclo della Performance” all’interno delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, viene integrato dunque in un nuovo documento programmatico integrato, che permetta di superare la frammentazione degli strumenti ad oggi in uso, con l’intento di perseguire un costante miglioramento e una progressiva ottimizzazione della produttività del lavoro e di efficienza e trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente, ha sviluppato il Ciclo della Performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della Mission Aziendale.

Lo strumento che dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance è la pianificazione triennale della performance, dal 2022 inserita nell'apposita sezione del P.I.A.O. In tale attività la Direzione Strategica si avvale dell'Organismo Indipendente di Valutazione e dell'U.O.C. Programmazione e controllo di gestione.

Gli obiettivi contenuti nel Piano si individuano sulla base delle istanze dei cittadini e delle direttive nazionali e regionali vigenti, considerando le risorse aziendali disponibili e le esigenze di sviluppo dei servizi sanitari, tecnici e amministrativi, nonché l'assetto organizzativo definito.

La pianificazione triennale della performance rappresenta, quindi, il documento programmatico nel quale la Direzione Strategica Aziendale individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni e dei risultati dell'Azienda.

Il Piano triennale costituisce quindi la piattaforma programmatica da cui discenderà il Processo di Budget annuale quale strumento operativo di condivisione degli obiettivi strategici e operativi e di responsabilizzazione dei responsabili delle articolazioni organizzative aziendali, con il fine di assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità della sua rappresentazione agli stakeholders individuati (clienti interni ed esterni, ASL e Regione Lazio), nonché l'attendibilità della stessa misurazione.

Considerato il difficile contesto economico nel quale la Regione Lazio e le Aziende Sanitarie sono costrette a muoversi, i contenuti della pianificazione strategica e dell'implementazione del Ciclo di Gestione della Performance sono stati desunti principalmente dalla normativa Regionale e Nazionale vigente che rappresentano gli indirizzi generali e strategici per le Aziende.

Sono state altresì considerate alcune istanze specifiche della Direzione Strategica derivanti dal peculiare contesto aziendale.

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

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

Considerato tutto ciò, i principi generali della pianificazione della Performance sono:

- trasparenza del processo di formulazione degli obiettivi e dei criteri e modalità di misurazione dei risultati, attraverso la comunicazione e la diffusione interna ed esterna del Piano;
- veridicità e verificabilità del Piano in merito ai contenuti;
- coerenza interna ed esterna, in merito alle disposizioni normative, al contesto aziendale e agli interessi degli *stakeholders*;
- immediata intelligibilità dei contenuti del Piano per gli stakeholders interni ed esterni;
- collegamento ed integrazione con i documenti di programmazione e di Bilancio;

- collegamento ed integrazione con il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- orizzonte temporale triennale del Piano, con definizione di un documento annuale programmatorio.

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

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

I vantaggi per l'organizzazione sono:

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

### **2.2.2 - QUADRO ECONOMICO AZIENDALE**

Nella Regione Lazio il difficile contesto economico e le disposizioni emanate dal Governo, relative all'analisi e alla revisione della spesa pubblica, hanno delineato uno scenario e delle politiche sanitarie che negli ultimi anni stanno determinando un profondo processo di riorganizzazione, avviato dal cosiddetto Piano di Rientro del 2007 e dettagliato nei provvedimenti successivi fino ad arrivare al Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021, di cui al DCA n. 81 del 25.06.2020, recepito con DGR n. 406 del 26.06.2020, volti al recupero di efficienza del sistema e alla riduzione del disavanzo sanitario, pur salvaguardando i livelli prestazionali.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è stata individuata tra le Aziende sottoposte a Piano di Rientro esclusivamente per quanto attiene allo scostamento tra costi e ricavi, e ha proposto il Piano di efficientamento 2017-2019 con la deliberazione n. 296 del 21.03.2017, proseguendo i percorsi di efficientamento e consolidando la performance e il livello di appropriatezza raggiunti negli anni precedenti, individuando obiettivi di governo di assistenza e di produzione da realizzare nel triennio in considerazione delle risorse disponibili e obiettivi economici di razionalizzazione dei costi e di qualificazione ed efficientamento dell'assistenza.

La Regione Lazio con il DCA U00223 del 16.06.2017 "Applicazione del comma 525 dell'art. 1 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 – Approvazione dei piani di rientro triennali" ha approvato i piani di efficientamento delle Aziende individuate nel suddetto DCA 273/2016, tra i quali quello dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea.

Le performance positive dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea negli anni 2017 e 2018, registrate e certificate dalla Regione Lazio attraverso il monitoraggio sistematico, hanno consentito all'Azienda di uscire dal Piano di Rientro, come disposto dalla stessa Regione nel Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 (di cui ai DCA n. 303/2019, DCA n. 81/2020 e DGR n. 406/2020), che ha stabilito che il Sant'Andrea non dovrà predisporre un nuovo piano di rientro per il triennio 2019-2021 in quanto, applicando la metodologia indicata nell'all.to a) del DM 21.06.2016 ai dati del Consuntivo 2018, risultano soddisfatti i criteri previsti dalla Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208/2015) e dai successivi decreti attuativi.

Con la deliberazione n. 127 del 04.02.2021, l'Azienda ha adottato il Piano triennale della Performance 2021-2023 che esplicita, nell'ambito del Ciclo di Gestione della Performance, tutte le linee e gli obiettivi strategici che l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha inteso perseguire nel triennio, sia attraverso la declinazione degli obiettivi strategici triennali regionali individuati con DGR n. 406 del 26.06.2020, sia individuando propri obiettivi di governo della produzione, di razionalizzazione dei costi e di qualificazione ed efficientamento dell'assistenza in rapporto alle risorse disponibili, orientati a consolidare e valorizzare sempre di più il ruolo di primo piano assunto dall'Azienda nell'ambito del Servizio Sanitario regionale e nazionale.

Il processo di Budget anno 2021, influenzato per il secondo anno consecutivo dall'emergenza epidemiologica CoViD-19, è stato condotto in applicazione del nuovo Regolamento di Budget e si è connotato per:

1. La partecipazione a tutti gli incontri di negoziazione, tenuti in modalità webinair, di
  - Comitato di Budget;
  - Direttore della U.O.C. o della U.O.S.D. identificata come Centro di Responsabilità di attività e budget;
  - Coordinatore infermieristico o tecnico sanitario della suddetta U.O.C./ U.O.S.D.;
  - Direttore del D.A.I. cui afferisce la suddetta U.O.C./ U.O.S.D.;
  - Titolare/i degli Incarichi Organizzativi Dipartimentali del comparto riferibile al D.A.I. cui afferisce la U.O.C./ U.O.S.D.;
2. La definizione di obiettivi operativi declinati per le 3 aree di Governo Strategico (clinico, economico e dei processi), con particolare enfasi agli obiettivi riguardanti l'aumento dei volumi di produzione, il miglioramento dell'efficienza dell'uso delle risorse ospedaliere, l'attenzione al contenimento della spesa dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi, il completamento del processo di informatizzazione dei processi clinici.
3. La definizione di obiettivi operativi specifici per il personale del Comparto.
4. La programmazione degli incontri di negoziazione attraverso un calendario condiviso, con inizio in data 14 aprile 2021 e fine in data 13 maggio 2021.

Durante l'estate 2021 si è proceduto ad eseguire la valutazione intermedia dell'adesione al "Piano per l'urgenza e la continuità assistenziale intraospedaliera nel periodo della pandemia dell'area della dirigenza medica e non medica", adottato dall'Azienda con deliberazione n. 603 del 20.05.2021, e costituente una delle misure organizzative di riconfigurazione dell'offerta, di razionalizzazione e potenziamento delle risorse professionali dedicate alla garanzia della continuità assistenziale, nonché la valutazione intermedia, riferita al periodo gennaio – giugno 2021, riguardante il raggiungimento degli obiettivi 2021 da parte delle Strutture cui afferisce il personale del Comparto, in applicazione degli accordi sanciti tra la Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali nelle sedute tenutesi in data 22 aprile e 23 giugno 2021.

Infine, nel mese di settembre 2021, sono stati effettuati appositi incontri tra il Comitato di Budget e i Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget, per il consolidamento e l'eventuale rinegoziazione di alcuni obiettivi e target 2021, alla luce dell'esito dei monitoraggi periodici infra-annuali, eseguiti a cura della Contabilità Analitica e del Controllo di Gestione.

Per quanto riguarda l'anno 2022, in considerazione della novità costituita dall'introduzione del P.I.A.O. quale documento programmatico a valenza triennale, in accordo con la Direzione Aziendale, nelle more della predisposizione del PIAO stesso, si è proceduto a definire e realizzare il Processo di Budget 2022, secondo le attività e le procedure definite nel Regolamento di Budget, aggiornato alla revisione 8 del 3 marzo 2022, avendo concluso entro il mese di marzo 2022 tutte le negoziazioni di budget tra il Comitato di Budget e le Unità Operative identificate come Centro di Responsabilità di attività e budget.

Il processo di Budget 2022 è stato avviato con la presentazione al Collegio di Direzione, avvenuta in data 02.02.2022, nel corso della quale sono stati illustrati gli step principali del processo, gli elementi strategici caratterizzanti l'annualità 2022, anche in relazione all'andamento dei volumi di produzione degli ultimi 3 anni, gli obiettivi strategici e operativi, con i relativi indicatori, valori target e valori soglia.

Con nota del Direttore Generale prot. n. 3321 del 22.02.2022 sono stati trasmessi ai Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget:

1. l'Elenco dei Centri di Responsabilità di attività e budget 2022,
2. il Calendario delle Negoziazioni di Budget 2022,
3. gli Obiettivi di Budget 2022,
4. il Regolamento di Budget 2022.

Gli incontri di negoziazione sono stati effettuati, secondo il calendario definito, nel periodo 24 febbraio - 18 marzo 2022, presso la Direzione Generale e contemporaneamente anche in modalità remota per garantire la presenza di tutti gli interlocutori previsti da Regolamento.

In particolare, il processo 2022 si è connotato per la partecipazione a tutti gli incontri di negoziazione del:

- Comitato di Budget;
  - Direttore della U.O.C. o della U.O.S.D. identificata come Centro di Responsabilità di attività e budget;
  - Coordinatore infermieristico o tecnico sanitario della suddetta U.O.C./ U.O.S.D.;
  - Direttore del D.A.I. cui afferisce la suddetta U.O.C./ U.O.S.D.;
  - Titolare/i degli Incarichi Organizzativi Dipartimentali del comparto riferibile al D.A.I. cui afferisce la U.O.C./ U.O.S.D.;
1. La definizione di obiettivi operativi declinati per le 3 aree di Governo Strategico (clinico, economico e dei processi), con particolare enfasi agli obiettivi riguardanti l'aumento dei volumi di produzione, il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'uso delle risorse ospedaliere, l'attenzione al contenimento della spesa dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi, il governo dello straordinario e delle prestazioni aggiuntive, il completamento del processo di informatizzazione dei processi clinici e l'avvio del processo di Accreditamento all'Eccellenza secondo gli standard del sistema "Accreditation Canada".
  2. La definizione di obiettivi operativi specifici per il personale del Comparto.

La delibera di approvazione delle risultanze del Processo di Budget 2022 è la n. 603 del 12 maggio 2022.

Nell'ambito del processo di Budget 2022, si è previsto e concordato che si procederà ad una revisione e consolidamento degli obiettivi negoziati nel prossimo mese di settembre, sulla base dell'andamento delle attività e dei consumi, monitorizzato dal Controllo di Gestione e dalla Contabilità Analitica attraverso la reportistica periodica.

### 2.2.3 - I RISULTATI IN SINTESI

Il principale fenomeno che ha caratterizzato l'attività produttiva a partire dal 2020 e condizionato i risultati raggiunti, sia in termini di riduzione dei volumi produttivi, che di composizione del case-mix (tabella n. 1), si riconduce alla pandemia da Sars-CoV-2. A partire dal mese di marzo 2020, infatti, in relazione al progressivo affermarsi dell'emergenza epidemiologica da CoViD-19, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, in applicazione dei numerosi provvedimenti regionali finalizzati al contenimento della diffusione dell'epidemia e al trattamento dei pazienti infetti da SARS-CoV-2, ha concentrato la massima attenzione alla definizione delle misure urgenti in materia di gestione dell'emergenza epidemiologica, attraverso l'adozione di numerosi provvedimenti che hanno comportato la riprogrammazione di tutte le attività secondo nuovi e urgenti criteri di priorità. Anche nel 2021 il ruolo di "Ospedale CoViD-19" dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è stato confermato da numerosi provvedimenti regionali, che hanno comportato per l'Azienda processi di revisione periodica dell'assetto organizzativo aziendale finalizzato alla temporanea attivazione di reparti di degenza da destinare al trattamento dei pazienti affetti da CoViD-19, con contestuale compressione dell'attività ordinaria rivolta al trattamento dei pazienti non affetti da CoViD-19.

Tabella n. 1 - Riepilogo attività produttiva aziendale – triennio 2019-2021

Ricoveri a Ciclo Continuo	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Var.% 20 - 19	Var.% 21 - 20
Dimessi	15.809	13.682	14.106	-13,5%	3,1%
Peso Medio	1,4830	1,5279	1,5306	3,0%	0,2%
Peso Medio APR-DRG	1,2962	1,3328	1,3617	2,8%	2,2%
Severità Malattia APR-DRG	1,65	1,66	1,69	0,6%	1,8%
Rischio Morte APR-DRG	1,46	1,49	1,51	2,1%	1,3%
Degenza Media	8,0	8,6	8,5	7,5%	-0,9%
% dimessi con DRG chirurgico	50,40%	50,00%	49,31%	-0,8%	-1,4%
D.M. Pre-Operatoria (DRG C, RIC PROG)	1,55	1,58	1,43	1,9%	-9,8%
% dimessi con accesso da PS	55,74%	56,17%	57,50%	0,8%	2,4%
Valorizzazione	€ 79.865.494	€ 71.239.693	€ 73.629.794	-10,8%	3,4%

Ricoveri a Ciclo Diurno	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Var.% 20 - 19	Var.% 21 - 20
Cicli chiusi	6.894	4.150	4.608	-39,8%	11,0%
Accessi Medi	2,58	2,8	2,8	7,0%	1,4%
Peso Medio	0,8178	0,8380	0,8370	2,5%	-0,1%
Peso Medio APR-DRG	0,6319	0,6354	0,6194	0,6%	-2,5%
Severità Malattia APR-DRG	1,12	1,13	1,14	0,9%	0,9%
Rischio Morte APR-DRG	1,10	1,13	1,14	2,7%	0,9%
% Casi Chirurgici	32,01%	24,41%	25,82%	-23,7%	5,8%
Valorizzazione	€ 5.962.750	€ 3.486.896	€ 4.041.854	-41,5%	15,9%

Prestazioni Ambulatoriali	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Var.% 20 - 19	Var.% 21 - 20
Numero Prestazioni	1.209.635	935.969	1.164.723	-22,6%	24,4%
Valorizzazione	€ 30.254.619	€ 25.268.462	€ 31.081.710	-16,5%	23,0%
Val. Media Prest.	€ 25,01	€ 24,76	€ 26,69	-1,0%	7,8%
N. PAC	1.464	1.382	999	-5,6%	-27,7%
Valore PAC	€ 28.125	€ 24.400	€ 15.750	-13,2%	-35,5%
N. APA	6.107	4.018	5.757	-34,2%	43,3%
Valore APA	€ 2.100.455	€ 1.294.255	€ 1.955.163	-38,4%	51,1%

Accessi Pronto Soccorso	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Var.% 20 - 19	Var.% 21 - 20
Accessi Totali	53.014	30.948	38.086	-41,6%	23,1%
Valorizzazione	€ 11.685.926	€ 5.884.083	€ 7.258.398	-49,6%	23,4%

Flusso Farmed	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Var.% 20 - 19	Var.% 21 - 20
Valorizzazione (importo erogato)	€ 41.491.559	€ 39.371.337	€ 39.101.549	-5,1%	-0,7%

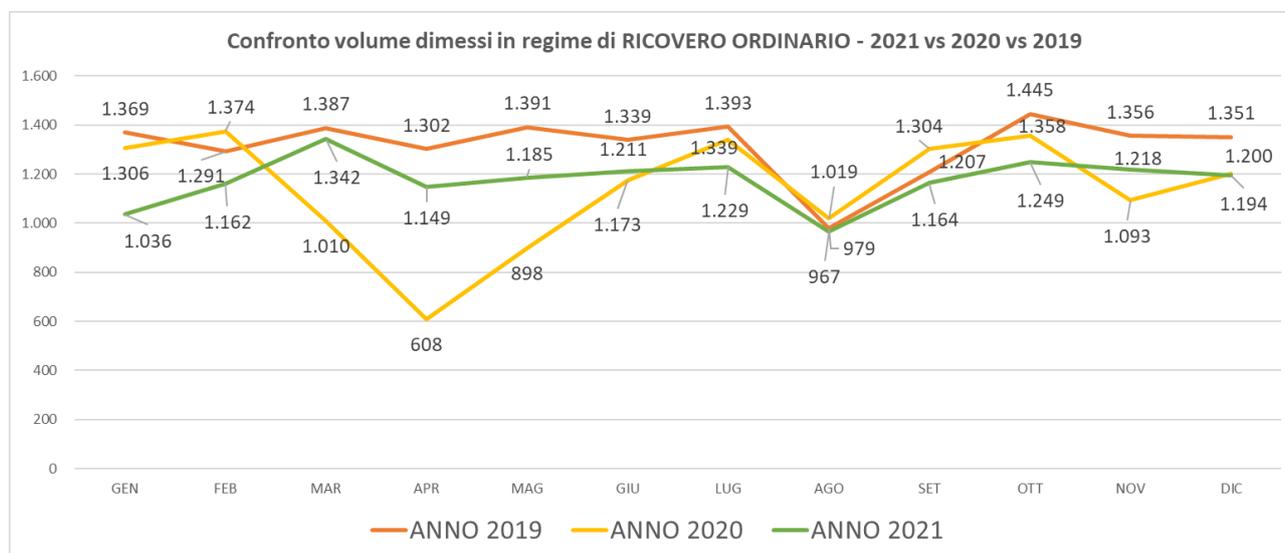
  

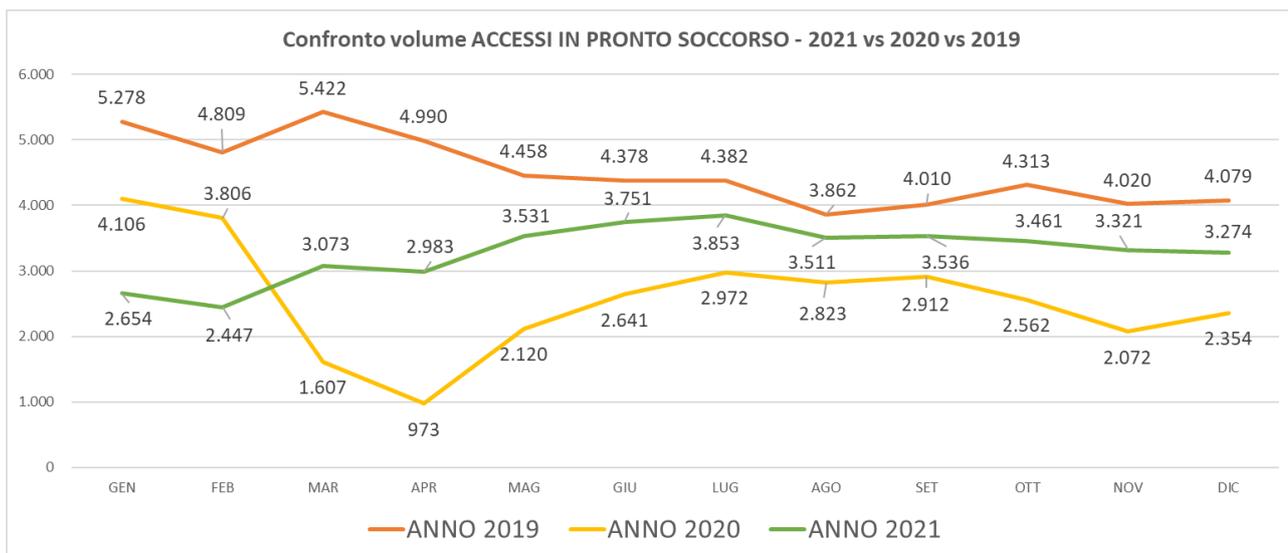
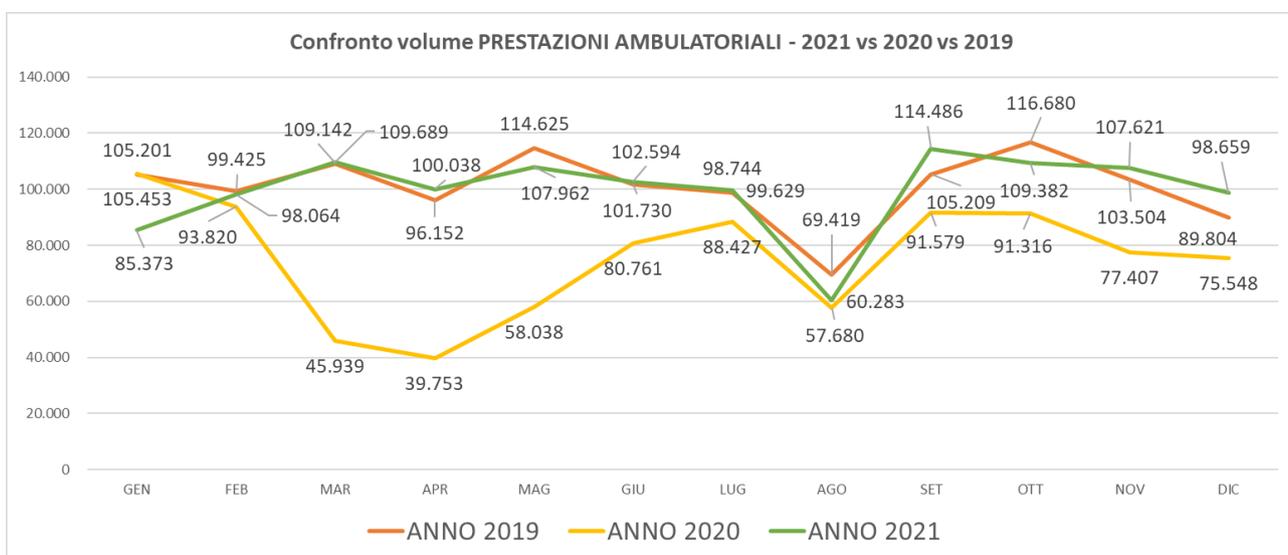
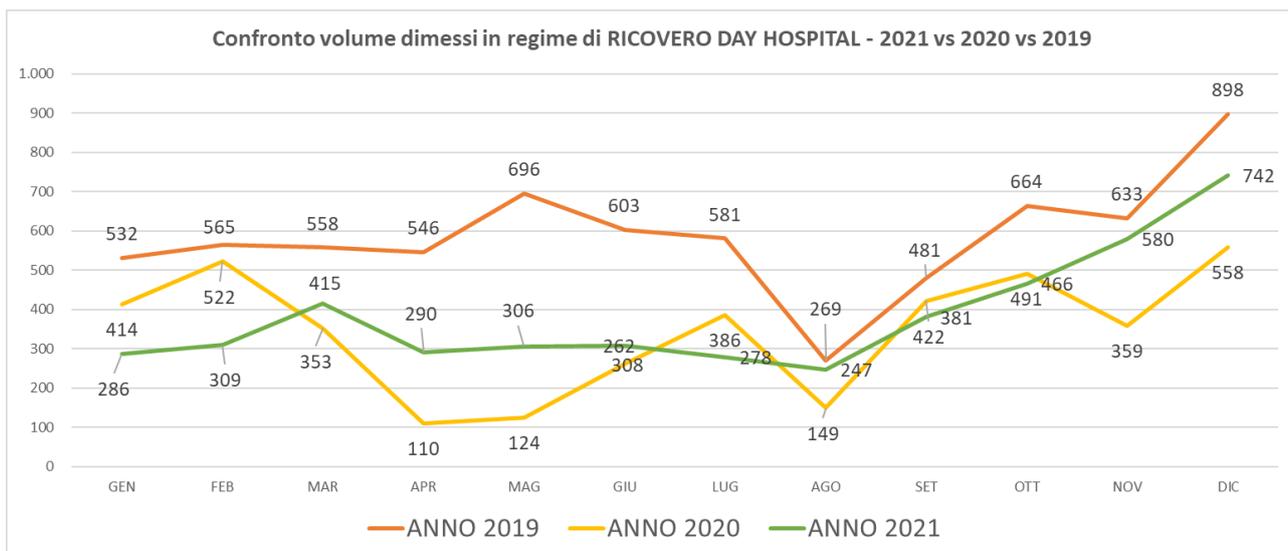
Valorizzazione Totale	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Var.% 20 - 19	Var.% 21 - 20
Valorizzazione	€ 169.260.348	€ 142.235.465	€ 155.113.305	-16,0%	9,1%

Fonte dati: Dati di produzione effettiva e Dati inviati Flusso Farmed

Il confronto dell'andamento mensile della produzione nel triennio 2019 – 2021, mostrato nei grafici seguenti, evidenzia, per ogni linea produttiva, le flessioni di attività nei mesi dell'anno, direttamente rapportabili alle ondate epidemiche.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari, l'impatto delle ondate epidemiche sui volumi di attività appare evidente nei primi mesi del 2021, come coda finale della seconda ondata del 2020, e a partire dal mese di ottobre, in cui si è registrato un aumento dei casi di infezione da SARS-Cov2 che ha determinato la riapertura di alcuni reparti CoViD-19. Nel corso del 2021, inoltre, si è proceduto a realizzare un necessario ed importante intervento di adeguamento impiantistico che ha interessato tutti gli emipiani di degenza e che ha determinato a rotazione la temporanea chiusura per la realizzazione dei lavori, circa 3-4 settimane per emipiano, degli stessi emipiani di degenza, con una significativa e costante riduzione dei posti letto disponibili.





Per quanto riguarda l'andamento dei volumi di produzione in regime di ricovero diurno, per il quale si evidenzia una riduzione marcata interessante anche l'intero anno 2021, va precisato che questa è da collegarsi oltre che all'andamento della curva epidemica, anche alla riduzione dei posti letto disponibili, in quanto l'emipiano riservato delle due aree di *day hospital* e di *day surgery*

centralizzato, nel corso del 2021, è stato frequentemente destinato ad altri utilizzi: convertito in reparto di degenza ordinaria CoViD-19, oppure utilizzato come emipiano jolly per allocare a rotazione gli altri reparti di degenza ordinaria oggetto dei suddetti lavori di aggiornamento e adeguamento impiantistico.

In merito all'andamento della produzione in regime ambulatoriale, risulta invece apprezzabile nel corso del 2021 un completo riallineamento dei volumi di attività a quelli del 2019.

Per quanto riguarda, infine, l'andamento degli accessi in Pronto Soccorso, si evidenzia un incremento degli accessi nel 2021 rispetto al 2020, che, comunque, restano lontani dai valori registrati nel 2019.

La Tabella n. 2 mostra come si è modificata nel corso dei mesi del 2021 la distribuzione dei posti letto di degenza per la riconfigurazione dell'offerta assistenziale finalizzata all'attivazione dei Reparti CoViD-19.

*Tabella n. 2 - Reparti e posti letto CoViD-19 – 2021*

<b>TOTALE POSTI LETTO COVID_19</b>	130,0	83,0	83,0	109,0	77,0	0,0	0,0	10,0	10,0	10,0	20,0	28,0
Sub-Tot PL TERAPIA INTENSIVA COVID_19	19,0	14,0	14,0	18,0	18,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sub-Tot PL TERAPIA SEMI-INTENSIVA COVID_19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	10,0
Sub-Tot PL DEGENZA ORDINARIA COVID_19	111,0	69,0	69,0	91,0	59,0	0,0	0,0	10,0	10,0	10,0	10,0	18,0

L'attività del Laboratorio di analisi aziendale nella processazione dei tamponi oro-naso-faringei per la determinazione molecolare della positività al SARS-CoV2 è stata molto intensa anche nel 2021, sia per soddisfare le esigenze interne che esterne all'Azienda, per un totale di 118.603 test molecolari eseguiti, come mostrato nella Tabella n. 3.

*Tabella n. 3 - Risultati ricerca SarsCoV-2 per provenienza campione - 2021*

PROVENIENZA CAMPIONE	Conteggio determinazioni per esito				% determinazioni per esito			
	NEGATIVO	POSITIVO	ND	Totale	NEGATIVO	POSITIVO	ND	Totale
ALTRA STRUTTURA	13.818	8.133		21.951	62,9%	37,1%	0,0%	100%
Azienda - Ambulatori	5.817	1.299		7.116	81,7%	18,3%	0,0%	100%
Azienda - Day Hospital	2.901	12		2.913	99,6%	0,4%	0,0%	100%
Azienda - MED LAVORO	15.364	111		15.475	99,3%	0,7%	0,0%	100%
Azienda - Pre-Ospedalizzazione	272	14		286	95,1%	4,9%	0,0%	100%
Azienda - Pronto Soccorso	19.584	1.727	1	21.312	91,9%	8,1%	0,0%	100%
Azienda - Ricoveri ordinari	28.969	1.748		30.717	94,3%	5,7%	0,0%	100%
DRIVE IN	10.816	7.686		18.502	58,5%	41,5%	0,0%	100%
WALK-IN	32	39		71	45,1%	54,9%	0,0%	100%
NON DEFINITO	213	47		260	81,9%	18,1%	0,0%	100%
<b>Totale</b>	<b>97.786</b>	<b>20.816</b>	<b>1</b>	<b>118.603</b>	<b>82,4%</b>	<b>17,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100%</b>

## **2.2.4 - DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE ALLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

Come già evidenziato, a seguito del monitoraggio periodico dell'efficacia delle misure previste nei Piani di Rientro 2017-2019 presentati dalle Aziende del SSR, la Regione Lazio ha stabilito che l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea a partire dal triennio 2019-2021 non avrebbe più dovuto predisporre un piano di rientro in quanto, applicando la metodologia ministeriale ai dati del Consuntivo 2018, risultavano soddisfatti i criteri previsti dalla Legge di Stabilità 2016 (legge n. 208/2015) e dai successivi decreti attuativi.

Conseguenza diretta di un tale mutato scenario ha imposto, a partire dal 2019, l'obbligo di riequilibrare le scelte di programmazione sanitaria (nell'ultimo decennio fortemente incentrata sul contenimento dei costi), ponendo la persona e il suo percorso assistenziale al centro degli obiettivi programmatori, seppur con il pesante vincolo delineatosi a partire dal 2020 a seguito dell'inaspettata e profonda mutazione del contesto epidemiologico e organizzativo legato alla pandemia da CoViD-19, che ha continuato a condizionare anche nel 2021 le scelte organizzative e la realizzazione degli obiettivi strategici regionali.

Pur nell'ambito dei forti limiti imposti dalle scelte organizzative connesse al trattamento dei pazienti affetti da CoViD-19 e al contenimento della diffusione dell'infezione, l'obiettivo generale che la Regione Lazio (e, di conseguenza, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea), si pone per i prossimi anni rimane quello di consolidare il grande lavoro di recupero di efficienza contabile e gestionale, che ha permesso di arrivare all'equilibrio economico, e avviare azioni migliorative, da sostenere in quegli ambiti nei quali non si sono ancora raggiunti standard di efficacia, efficienza e appropriatezza dei processi.

Il ruolo assunto dall'Azienda ospedaliero-universitaria anche per il 2021 quale struttura HUB regionale, ha richiesto la ricerca di una adattabilità sempre più rapida ed efficiente nella rimodulazione dell'appropriata offerta assistenziale per la realizzazione dei percorsi di cura destinati ai pazienti affetti da CoViD-19, con l'esigenza di consolidare quel percorso di miglioramento del sistema verso la piena integrazione tra ospedale e territorio, al fine di garantire la semplificazione dei percorsi dei cittadini, adeguati e appropriati livelli di assistenza ai pazienti cronici, a beneficio delle dinamiche dei bisogni di salute e della capacità di rispondere alle sfide del sistema.

Di seguito si riepilogano le principali linee strategiche aziendali definite in applicazione della programmazione regionale per il triennio 2022-2024.

### **2.2.4.1 - UMANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CURE**

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è sempre più consapevole che la qualità dei propri servizi sanitari si valuti non soltanto attraverso l'efficacia clinica delle cure e la relativa efficienza economica, ma anche con la capacità del sistema di porre attenzione alle componenti psicologiche e sociali che caratterizzano l'esperienza del paziente nel suo percorso interno all'Azienda.

L'Azienda si propone di proporre azioni di miglioramento partecipate del grado di umanizzazione delle proprie strutture, secondo alcuni ambiti di osservazione e tenendo conto anche di norme, carte dei diritti e repertori di buone pratiche:

- Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, con particolare attenzione alla qualità dei servizi alberghieri;
- Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;

- Cura della relazione con il paziente/ cittadino.

#### Linee di intervento

1. Individuazione di ambiti di valutazione legati all'accessibilità fisica, agli strumenti per l'accoglienza e per l'orientamento dei pazienti nei servizi, nonché alla qualità dei servizi alberghieri, per identificare specifiche azioni migliorative;
2. Definizione di una modalità di consultazione strutturata di associazioni dei cittadini e di pazienti nei processi di elaborazione degli indirizzi strategici, a partire dalle linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità;
3. Adesione al "Network delle Regioni", coordinato dalla Scuola Universitaria Superiore di Economia e Management Sant'Anna di Pisa e realizzazione del sotto-progetto dedicato all'Osservatorio permanente dell'esperienza dei pazienti che sono stati ricoverati presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea.

#### **2.2.4.2 - SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO**

I programmi di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro sono volti a ridurre gli infortuni sul lavoro e le patologie di origine professionale attraverso azioni mirate nei contesti a maggior rischio.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea si pone l'obiettivo di implementare le iniziative di promozione della salute nel setting "lavoro" quale setting opportunistico, potenziare le iniziative di assistenza ai lavoratori e standardizzare procedure operative per migliorare gli standard degli interventi attraverso l'appropriatezza dei processi.

#### Linee di intervento

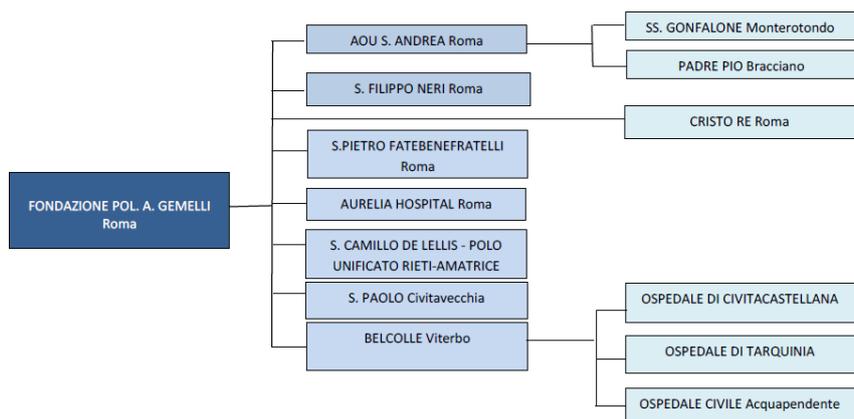
1. Proseguire e potenziare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro;
2. Produrre e diffondere linee di indirizzo e di buona pratica;
3. Produrre e applicare procedure standardizzate a livello aziendale per le attività di controllo;
4. Monitorare sistematicamente l'eventuale diffusione del contagio da SarsCoV-2 fra tutti gli operatori sanitari e non sanitari, attraverso l'esecuzione dei tamponi periodici per la ricerca del virus;

#### **2.2.4.3 - I MODELLI DI RISPOSTA REATTIVA ALLE ACUZIE E AI BISOGNI DI NUOVA INSORGENZA**

##### **Sistema dell'Emergenza territoriale: la rete territoriale di soccorso**

In coerenza con il DM 70/2015, la rete territoriale di soccorso si articola come una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse con un Servizio Emergenza Territoriale tecnologicamente avanzato, con condivisione delle procedure con l'attività del Distretto e con la Rete Ospedaliera. Ciò si realizza anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati tra le varie articolazioni organizzative che ne fanno parte.

Nell'ambito della rete dell'Emergenza regionale, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è inquadrata come DEA di I livello, come rappresentato nello schema seguente:



Per il miglioramento dell'efficacia, efficienza e sicurezza dei percorsi assistenziali in emergenza-urgenza, la Regione Lazio si pone, tra gli altri, l'obiettivo di potenziare la trasmissione di immagini e dati attraverso lo sviluppo e l'implementazione di piattaforme ad hoc (quali ad esempio il progetto Advice), che vedono il coinvolgimento di tutti i nodi della rete, sia nella fase di sviluppo che nella fase di applicazione.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha garantito la piena collaborazione alle prime fasi di realizzazione della progettualità regionale riguardante sia l'aggiornamento dei sistemi informativi alle specifiche definite in applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 01.08.2019 riguardanti il triage ospedaliero a 5 codici, l'organizzazione dell'Osservazione breve intensiva e il Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, sia l'implementazione della piattaforma Advice, relativa al teleconsulto fra centri Hub e Spoke nelle reti dell'emergenza.

A partire dal 2020 è stato dato alle Aziende Sanitarie il compito di costruire percorsi che definiscano le modalità di screening da applicare a tutti i pazienti afferenti alle strutture, sia nell'ambito dell'emergenza che della cronicità.

Sono state definite e adottate modifiche strutturali all'interno del Pronto Soccorso per la definizione e separazione dei percorsi "Sporco"/"Pulito", in modo da garantire l'isolamento dei pazienti in valutazione per Covid ed evitare contaminazioni.

Nel corso del 2020 sono state effettuate all'interno del PS aziendale diverse modifiche strutturali che, allo stato attuale, rendono il PS strutturalmente corrispondente a quanto richiesto dalle diverse disposizioni emanate, con la previsione di due percorsi differenziati (con ingressi separati) per gli accessi Covid e quelli non Covid. È inoltre prevista, a partire dal 2020, una modularità e flessibilità delle aree del Pronto Soccorso, (che possono essere ampliate o ridotte soltanto aprendo o chiudendo porte che diventano zone filtro), in grado di garantire l'ampliamento o la riduzione dello spazio dedicato all'Area Covid e all'Area Non Covid in relazione all'andamento pandemico.

### Linee di intervento

1. potenziamento della trasmissione di immagini e dati;
2. adozione e realizzazione del piano aziendale di sovraffollamento in Pronto Soccorso in applicazione del DCA n. 453/2019 e in considerazione delle mutate condizioni epidemiologiche e organizzative causate dalla pandemia da CoViD-19.

## **La Rete ospedaliera**

Il modello organizzativo delle alte specialità fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello "hub & spoke") che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub). L'attività degli hub è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke).

Da tempo la Regione Lazio ha individuato nei modelli complementari delle reti integrate e delle aree di attività a valenza sovraziendale, i presupposti dell'organizzazione dei servizi e ha esplicitato le linee generali di sviluppo di modelli di rete sovraziendali per le attività tempo-dipendenti, tra cui l'emergenza, il trauma grave e neurotrauma, l'ictus, le cure perinatali e la cardiologia/cardiochirurgia. L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea riveste ruoli diversificati nell'ambito delle reti regionali, riepilogati nella scheda anagrafica dell'Amministrazione, relativo al contesto sanitario.

Per quanto riguarda le reti non tempo dipendenti, ed in particolar modo quella oncologica, a partire dal 2020 è partito un progetto di integrazione dell'offerta assistenziale tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea e il Policlinico Umberto I, attraverso la realizzazione di una struttura funzionale trasversale alle due aziende in grado di migliorare l'efficienza dell'uso delle risorse comuni e l'efficacia degli interventi assistenziali di alta specializzazione anche attraverso l'integrazione con la significativa attività di ricerca e produzione scientifica che da sempre ha connotato i rispettivi centri.

Nell'ambito della rete e dei percorsi perinatali, con il DCA 214 del 15.06.2016 di modifica del DCA 412/2014, la Regione Lazio ha programmato per l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea l'attivazione di un reparto di ostetricia e di un reparto di neonatologia, per la costituzione di una unità perinatale di 1 livello, da realizzare nel triennio 2022-2024. Nel mese di settembre 2021 sono stati avviati i lavori relativi al cantiere che porterà alla realizzazione del nuovo palazzo di quattro piani, antistante l'esistente edificio ospedaliero, che a partire dal 2023 ospiterà nuovi ambulatori, spazi e servizi, parte dei quali dedicati a tale nuova attività.

Anche nel corso del 2021 l'evolversi pandemico dell'infezione da Sars-CoV-2, ha richiesto un continuo adeguamento dell'assetto organizzativo aziendale alla revisione dell'offerta assistenziale della rete ospedaliera del SSR definita di volta in volta dai provvedimenti regionali, con l'attivazione e disattivazione in corso d'anno di Reparti CoViD-19 di degenza ordinaria o di Terapia Intensiva/Semintensiva.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha assunto a partire dal 2020 un ruolo centrale nella definizione della rete dei laboratori altamente specializzati (COROnet) istituita dalla Regione per la diagnosi di laboratorio del virus SARS-CoV-2 e nella realizzazione della rete delle postazioni DRIVE-IN predisposte sul territorio per l'esecuzione dei tamponi naso-oro-faringei, in buona parte disattivati nel corso dell'ultimo trimestre 2021. Anche nel 2021 la struttura ha proseguito, infine, la sua attività come Centro HUB per la realizzazione del Piano Vaccinale regionale.

### Linee di intervento

1. Costante revisione dell'assetto organizzativo aziendale finalizzato all'adeguamento dell'offerta assistenziale per fronteggiare l'emergenza pandemica, in applicazione dei provvedimenti regionali di riconfigurazione della rete ospedaliera.
2. Adozione del modello di governance del Polo Oncologico Interaziendale di Sapienza-Università di Roma.
3. Realizzazione di una unità perinatale di 1 livello.
4. Partecipazione alla realizzazione delle strategie regionali volte a rilanciare l'attività ostetrica e neonatologica dei punti nascita (quali, ad esempio, la realizzazione di processi assistenziali unificati ospedale-territorio, la diffusione di strumenti di comunicazione come l'agenda della gravidanza,

l'attivazione di percorsi di umanizzazione del parto e la realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza, accessibile da parte del personale ostetrico-neonatale del punto nascita).

5. Realizzazione del nuovo edificio destinato ad accogliere ambulatori e uffici amministrativi nella zona antistante l'edificio ospedaliero entro il 2024.

#### **2.2.4.4 - L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO**

Il miglioramento della sopravvivenza per numerose patologie acute ad elevato rischio di disabilità (ad esempio ictus e tumori), l'incremento di patologie croniche invalidanti, e talora concomitanti, associati all'aumento costante dell'età media della popolazione rappresentano una sfida importante per il sistema sanitario e sociale, specie riguardo l'integrazione tra i diversi nodi di tutte le reti cliniche (degenze per acuti, strutture riabilitative e post-acute ospedaliere e territoriali, e cure domiciliari).

All'interno delle Reti cliniche tempo-dipendenti (per es. Ictus, Cardiologica, Cardiochirurgica, Trauma), l'integrazione organizzativa e professionale tra i diversi *setting* assistenziali è un elemento essenziale per la continuità ospedale-territorio secondo le indicazioni contenute all'interno del DM 70 del 2 aprile 2015 e nelle "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti revisione delle reti tempo-dipendenti", di cui all'Accordo Stato Regioni n.14 del 24 gennaio 2018.

L'ottimizzazione del percorso di cura all'interno della degenza per acuti, e la facilitazione del passaggio ad altri *setting* assistenziali, si pongono inoltre come elementi di supporto nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale e per il contrasto al sovraffollamento delle strutture ospedaliere inserite nella rete di emergenza.

L'obiettivo della Regione Lazio e, di conseguenza dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, per i prossimi anni, è di superare le criticità del sistema attuale, definendo un modello organizzativo, di processo e di utilizzo delle informazioni, che favorisca la continuità assistenziale ed il trasferimento tra *setting* diversi, permettendo la programmazione sin dal primo momento di contatto del paziente con la struttura per acuti.

Da sempre il modello di risposta ai bisogni assistenziali che l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea intende realizzare è orientato alla presa in carico della persona, alla semplificazione e alla velocizzazione dei suoi percorsi attraverso i punti di erogazione delle prestazioni e l'integrazione con il territorio delle attività erogate, quale che sia la fascia di bisogni a cui rispondere.

Allo scopo di assicurare maggiore equità, uniformità ed appropriatezza delle prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate da servizi diversi a pazienti, acuti o cronici, con bisogni differenti e diverso grado di complessità, il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) rappresenta uno strumento in grado di individuare ex ante la filiera assistenziale appropriata in termini sia di prestazioni che di servizi territoriali e ospedalieri.

La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali", ma anche strumento in grado di ridurre la discontinuità tra i tre classici livelli assistenziali; può essere considerato uno strumento di governance, perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti delle filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di singoli servizi e professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno.

A seconda della tipologia dei bisogni delle persone, che possono variare da quelli di utenti potenziali dei servizi sanitari e sociosanitari, a quelli espressi da persone in condizioni di instabilità clinica, occorre garantire soluzioni organizzative che migliorino l'offerta di servizi. In particolare per i cronici e per le persone non autosufficienti, si dovrà incrementare l'accessibilità alle agende ambulatoriali disponibili, strutturare specifici percorsi, organizzare la gestione attiva del follow up, creando una forte integrazione tra ospedale e servizi territoriali residenziali e domiciliari.

L'ospedale dovrà garantire la tempestività della segnalazione al Distretto, in previsione della dimissione. In ambiti particolari, le équipe specialistiche ospedaliere apporteranno il proprio

contributo ai servizi territoriali nell'ambito di definiti percorsi assistenziali, sia in fase di cure attive che palliative.

### Linee di intervento

1. Partecipazione al Piano Vaccinale regionale per la vaccinazione di comunità anti Sars-CoV-2/CoVD-19 in qualità di Centro HUB.
2. Iniziative informative con i medici di medicina generale (MMG) e le case di riposo RSA.
3. Collaborazione con la Regione Lazio per la definizione di un modello di "care management", che favorisca l'integrazione, i cambi di setting ed il governo delle cure e dell'assistenza con al centro il Distretto.
4. Condivisione e adozione di percorsi assistenziali integrati tra l'Azienda e i Distretti, al fine di garantire una efficace continuità del percorso di cura del paziente, una condivisione di strumenti di valutazione, maggiore tempestività del trattamento riabilitativo o post-acuzie in generale, nonché una maggiore appropriatezza d'uso delle risorse ospedaliere dedicate al percorso per acuti.
5. Collaborazione all'implementazione di sistemi per la dimissione concordata, attraverso uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il Distretto (per l'Assistenza Domiciliare).
6. Sviluppo e sperimentazione di tecnologie di telemedicina e teleconsulto innovative per favorire e supportare la realizzazione dei percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio;
7. Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico o comunque inserito all'interno di un PDTA, secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, con la possibilità di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo".
8. Condivisione di percorsi assistenziali integrati nell'area della salute mentale con il coinvolgimento dei CSM e SPDC.

### **2.2.4.5 - SISTEMI INFORMATIVI E SANITÀ DIGITALE**

Per l'Azienda, i sistemi informativi sanitari costituiscono sempre di più uno strumento di governo, di rilevanza strategica per monitorare le attività svolte dalle diverse articolazioni e ai diversi livelli del SSR ponendole in rapporto sia con le risorse impiegate per la loro realizzazione che con gli esiti di salute prodotti. Le informazioni e la loro disponibilità e circolarità rappresentano, inoltre, una risorsa straordinaria, e al tempo stesso indispensabile, per affrontare la trasformazione del SSR da una logica centrata sui singoli *setting* e livelli assistenziali di offerta a quella trasversale, di processi assistenziali centrati sulla persona e sul suo percorso multilivello.

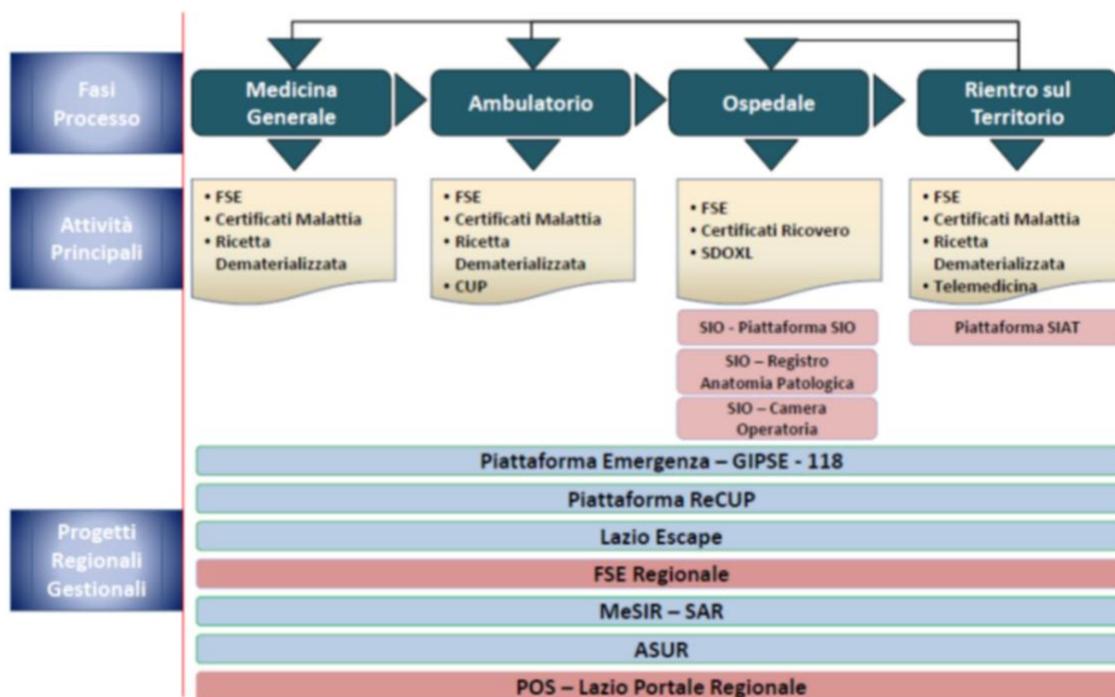
Nel triennio precedente la Regione Lazio ha avviato progetti di integrazione tra diverse funzionalità di sistemi informativi Sanitari con relative integrazioni verso interfacce cooperative (MEF, Tessera Sanitaria) che verranno completati nel corso del triennio corrente, coerentemente con la pianificazione già espressa da Laziocrea recepita dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 840 del 20/12/2018, rappresentati schematicamente nella figura in calce al presente paragrafo.

Nello specifico, le attività saranno orientate all'effettivo e completo avvio del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in merito alla raccolta e conservazione dei referti radiologici, di laboratorio e delle interfacce verso i sistemi verticali delle varie realtà Regionali. La Regione intende completare anche i progetti di integrazione attraverso la realizzazione (o l'adeguamento) e l'avvio in esercizio dei sottosistemi relativi al sistema trasfusionale, il nuovo sistema regionale unico di prenotazione (ReCUP), i sistemi di screening oncologici e quelli legati alle attività dei Dipartimenti di Prevenzione. L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è impegnata sia nelle fasi di sviluppo e testing delle nuove piattaforme che nell'implementazione e adozione dei nuovi sistemi e debiti informativi,

secondo la pianificazione regionale, rappresentando uno dei riferimenti territoriali in relazione all'elevato sviluppo tecnologico che la connota. In quest'ottica, anche per il triennio 2022-2024, il tema della progressiva informatizzazione dei processi gestionali e assistenziali rappresenterà uno degli ambiti strategici a maggiore impatto sulla pianificazione e organizzazione delle attività.

Linee di intervento

1. Costante monitoraggio dell'utilizzo da parte dei medici prescrittori della Prescrizione elettronica: rendicontazione delle attività, cartella clinica ambulatoriale, sistema Erode, esenzioni assistito, anagrafica assistito, richiesta/ annullamento prenotazione.
2. Costante monitoraggio di utilizzo dei kit di firma digitale per la firma digitale dei referti ambulatoriali e delle lettere di dimissione.
3. Costante monitoraggio dell'utilizzo del registro operatorio informatizzato da parte del personale infermieristico, del personale anestesista e degli operatori chirurgici.
5. Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
6. Adesione al Sistema contabile unico e di contabilità analitica regionale.
7. Partecipazione ai progetti regionali in ambito di tele-medicina, tele-salute e tele-consulto, secondo la pianificazione regionale.



**2.2.4.6 - RICERCA, INNOVAZIONE ED HEALTH TECHNOLOGY ASSESMENT**

Il Lazio è una delle Regioni italiane dove, per la presenza di istituti pubblici nazionali, IRCCS, Università o per la rilevanza delle strutture afferenti al proprio Servizio Sanitario Regionale (SSR), viene condotto un numero rilevante di studi clinici e di ricerca sanitaria - di base, traslazionale e clinica - del nostro Paese.

In tale contesto, la ricerca può assumere una particolare valenza, sia come strumento di governo dell'innovazione nel Servizio Sanitario Regionale, che al fine di produrre ricadute sempre maggiori nelle capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione assistita.

Con una nuova governance della ricerca, la Regione Lazio intende favorire un insieme di strumenti e processi che consentano il recepimento critico dell'innovazione tecnologica, oltre che la crescita di una cultura in cui l'operatore sanitario, mentre fornisce assistenza, possa partecipare anche alla produzione della conoscenza scientifica utile a rispondere ai suoi quesiti clinici.

In tal senso la pianificazione regionale prevede di porre in essere la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- favorire l'efficienza del "sistema ricerca" nell'ambito del SSR, attraverso la semplificazione dei processi amministrativi e di quelli valutativi degli studi, sia sul versante etico che su quello metodologico;
- facilitare la partecipazione dei centri e dei ricercatori del SSR a bandi di ricerca nazionali ed internazionali, cogliendo, con riferimento a questi ultimi, tutte le opportunità di crescita dell'internazionalizzazione del SSR;
- esercitare una funzione di indirizzo nei confronti degli enti del SSR che svolgono attività di ricerca e promuovere una produzione scientifica in linea con gli obiettivi strategici della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

In tema di Health Technology Assessment (HTA), la Regione Lazio ha assunto tra i propri riferimenti il Programma nazionale HTA per i dispositivi medici di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017 e si orienta per interpretare il ruolo previsto nell'ambito del piano nazionale, interfacciandosi con l'organismo della Cabina di Regia nazionale.

La Regione intende, inoltre, favorire la predisposizione e l'adozione di documenti di indirizzo in tema di innovazioni ad alto costo, anche avvalendosi del ruolo del Dipartimento di epidemiologia del SSR a supporto del Sistema Nazionale Linee Guida e nell'ambito delle iniziative regionali di governance dei dispositivi medici, dotandosi, inoltre, di un piano di governo regionale per l'HTA.

In tale prospettiva, sarà altresì favorito il raccordo con enti di coordinamento presenti in altre regioni, in modo tale da attivare efficienti sinergie nella produzione e promuovere strumenti di condivisione della documentazione e di buone pratiche nella loro implementazione.

#### Linee di intervento

1. Partecipazione alla realizzazione di un sito internet regionale della Ricerca sanitaria, volto a dare visibilità ai progetti promossi dalla Regione Lazio e informazioni utili per una gestione amministrativa efficiente degli stessi.
2. Collaborazione con la Regione per la promozione di Best practices di ricerca per lo studio dei fenomeni collegati alla cronicità, favorendo la costruzione di network a livello nazionale ed europeo. Si prevede, a riguardo, il sostegno alle collaborazioni e la creazione di gruppi multidisciplinari per progetti di ricerca sulla cronicità all'interno della rete dei reference sites della European Innovation Partnership – Active Healthy Ageing.
3. Adesione all'iniziativa regionale volta a garantire l'accesso di tutte le aziende del SSR ad una banca dati (UpToDate) documentale a livello regionale.
4. Attivazione del Servizio per la ricerca clinica (Clinical Trial Center – CTC).
5. Adozione del Piano di governo per l'HTA, coerentemente con la programmazione regionale e valorizzazione dell'attività della Commissione HTA aziendale.

#### **2.2.4.7 - MIGLIORAMENTO CONTINUO DELL'APPROPRIATEZZA E DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE**

La Regione Lazio intende promuovere e favorire l'appropriatezza clinica ed organizzativa, penalizzando l'inappropriatezza, con particolare riferimento alle prestazioni ospedaliere.

Tale obiettivo viene perseguito attraverso l'adozione di criteri di riduzione del budget assegnato alle strutture, in proporzione al valore delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately oltre soglia, e attraverso l'applicazione di abbattimenti tariffari sulle medesime prestazioni.

La valorizzazione e l'incremento dell'appropriately organizzativa nel ricorso ai ricoveri ospedalieri si configura come obiettivo fondamentale della programmazione regionale e aziendale, sia per promuovere la giusta erogabilità delle prestazioni, sia per esercitare una corretta distribuzione delle risorse.

Con il DCA n. 151/2019, la Regione Lazio ha ridefinito la stadiazione tariffaria introdotta con il DCA n. 332/2015, prevedendo per le strutture di classe 1 (come l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea), delle decurtazioni tariffarie applicabili a partire dal 2019, che tengono conto del case-mix e, in particolare, della classe DRG associata agli episodi di ricovero, che dal 2021 risulta essere la seguente:

**CLASSI TARIFFARIE 2021**

		Classi DRG				
		A	B	C	D	E
Classi tariffarie delle singole Strutture	Ruolo nella rete - tipologia di struttura	DRG medici e chirurgici ad <b>alta complessità</b>	DRG <b>chirurgici</b> a bassa e media complessità	DRG <b>medici</b> di bassa e media complessità di pazienti NON provenienti da PS	DRG <b>medici</b> di bassa e media complessità di pazienti NON provenienti da PS NON inclusi nella classe C	DRG <b>medici</b> relativi a dimissioni di pazienti provenienti da PS
Classe 1	DEA II livello e Policlinici Universitari	100%	100%	100%	85%	100%

Restano, inoltre, confermate le decurtazioni dei 119 DRG a rischio di inappropriately se erogati in regime ordinario, in ottemperanza a quanto disposto dal DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e s.m.i., che vengono effettuate con l'applicazione della metodologia APPRO, (introdotta in Regione con la DGR n.864 del 28 giugno 2002), finalizzata ad individuare un valore percentuale/soglia di ammissibilità per i DRG ad alto rischio di inappropriately se erogati in regime di degenza ordinaria, in base al quale applicare disincentivazioni tariffarie (corrispondenti all'applicazione delle tariffe vigenti dei ricoveri diurni se associati ad un DRG chirurgico, oppure alla tariffa di un solo accesso del corrispondente day hospital se associato ad un DRG medico).

Linee di intervento

1. Progressiva riduzione della casistica erogata in regime ordinario relativa ai 173 DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS non inclusi nella classe C (DRG rientranti nella classe D), al fine di ridurre l'impatto della decurtazione tariffaria in applicazione della stadiazione tariffaria;

2. Progressiva riduzione della casistica erogata in regime ordinario relativa ai 119 DRG ad alto rischio di inappropriately se erogati in regime di degenza ordinaria al fine di ridurre l'impatto della decurtazione tariffaria in applicazione della metodologia APPRO.

3. Costante monitoraggio dell'appropriately dell'attività erogata e dei livelli di performance organizzativa attraverso la misurazione di specifici indicatori e analisi di *benchmarking* rese possibili dall'adesione al Network N.I.San e al Network della Scuola Universitaria Superiore di Pisa. Per quanto riguarda la valutazione dell'appropriately clinica, la qualità e l'esito delle cure, in applicazione del Programma Nazionale Esiti (PNE), la Regione Lazio ha sviluppato il Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.), curato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP), come strumento per la valutazione degli esiti delle cure del S.S.N.

Il sistema individua e monitora un set di indicatori per numerosi processi di cura, diagnostici, terapeutici e riabilitativi e documenta, sulla base della revisione sistematica della letteratura scientifica, le prove disponibili di efficacia dei trattamenti eseguiti, che vengono valutati attraverso il confronto dei risultati con i valori soglia definiti a livello nazionale e regionale.

### Linee di intervento

1. Aumento della proporzione di STEMI (infarti miocardici con soprasslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica transluminale PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero;
2. Aumento della proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano eseguiti entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero;
3. Riduzione della durata della degenza post - operatoria nei pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica.
4. Uniformare i comportamenti dei professionisti che trattano il paziente con ictus cerebrale, avvicinandoli alle raccomandazioni evidence based, relativamente all'esecuzione della fibrinolisi farmacologica o dell'endoarteriectomia arteriosa.
5. Costante monitoraggio dell'appropriatezza dell'attività erogata e dei livelli di performance organizzativa attraverso la misurazione di specifici indicatori e analisi di benchmarking rese possibili dall'adesione al Network N.I.San per la valutazione dei costi in Sanità e al Network delle Regioni coordinato dalla Scuola Universitaria Superiore di Economia e management Sant'Anna di Pisa.
6. Realizzazione del Programma di accreditamento all'Eccellenza (modello Accreditation Canada).

### **2.2.4.8 - DECONGESTIONAMENTO DELL'AREA DI EMERGENZA-URGENZA**

Con il DCA n. 453/2019 la Regione Lazio ha approvato il "Piano regionale per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso", in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1 agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR), al fine di delineare un sistema organico di interventi multifattoriali coinvolgenti in maniera trasversale i servizi sanitari regionali.

Gli ambiti di intervento previsti riguardano le aree di regolazione degli accessi in pronto soccorso, di gestione dei flussi dei pazienti in PS e nelle degenze, di definizione degli interventi straordinari per il sovraffollamento, di facilitazione delle dimissioni, dell'integrazione tra ospedale e territorio e di relazione con il cittadino.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha aggiornato nel gennaio 2021 il proprio Piano aziendale per la gestione dei ricoveri da pronto soccorso e la gestione del sovraffollamento, prevedendo le misure organizzative volte al governo del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e al contenimento del fenomeno del sovraffollamento, in funzione della capacità recettiva della struttura, nonché degli indicatori di processo e di risultato, anche in relazione alle mutate esigenze determinate dalla pandemia da Sars-CoV-2.

Presso il DEA dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea sono state realizzate modifiche strutturali per la definizione e separazione dei percorsi "Sporco"/"Pulito", in grado di garantire l'isolamento dei pazienti in valutazione per Covid ed evitare contaminazioni; sono stati previsti due percorsi differenziati, con ingressi separati, per gli accessi Covid e quelli non Covid; è stata, inoltre, prevista una modularità e flessibilità delle aree del Pronto Soccorso, che possono essere ampliate o ridotte semplicemente aprendo o chiudendo porte (che diventano zone filtro), in tal modo ampliando o riducendo lo spazio dedicato all'Area Covid e Non Covid in relazione all'andamento pandemico.

### Linee di intervento

1. Attuazione delle misure previste nel Piano aziendale per la gestione dei ricoveri da pronto soccorso e la gestione del sovraffollamento;
2. Miglioramento delle performance organizzative rispetto agli indicatori regionali di sovraffollamento e agli indicatori definiti nell'ambito del Network S. Anna di Pisa: Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento entro 15 minuti; Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento entro 60 minuti; Riduzione

degli abbandoni da Pronto Soccorso; Miglioramento della risposta all'emergenza in termini di esito e percorsi: dimissioni a strutture ambulatoriali

3. Costante monitoraggio dell'appropriatezza dell'attività erogata e dei livelli di performance organizzativa attraverso la misurazione di specifici indicatori e analisi di benchmarking rese possibili dall'adesione al Network N.I.San e al Network della Scuola Universitaria Superiore di Pisa.

#### **2.2.4.9 - CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI E SVILUPPO DELLA FUNZIONE DI CONTROLLO INTERNO**

La Regione Lazio con il DCA 311/2016 ha gettato le basi del percorso attuativo della certificabilità regionale, avente lo scopo di sviluppare un sistema di controllo interno e di migliorare l'affidabilità e tracciabilità dei dati di bilancio.

La complessità organizzativa assunta dalle Aziende Sanitarie richiede la presenza di presidi di controllo sempre più efficaci e, pertanto, lo sviluppo di un sistema di controllo interno affidabile rappresenta un'esigenza, non solo nell'ambito dei percorsi che devono condurre le Aziende alla certificabilità dei propri bilanci, ma soprattutto come strumento di supporto alla gestione aziendale.

Anche per il triennio 2022-2024 si procederà con la diffusione della "cultura del controllo" attraverso l'implementazione e la strutturazione di specifiche funzioni aziendali dedite all'attività di *internal audit*. Nello svolgimento delle loro attività, le funzioni di *internal audit* aziendali dovranno essere coordinate dalla funzione di *internal audit* regionale, costituita con il DCA 69/2018, ed allo stesso tempo relazionarsi con le altre funzioni aziendali che hanno come focus della loro attività la gestione del rischio quali, prevalentemente, il risk management e la funzione anticorruzione.

Per quanto concerne l'attività di miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili, si dovrà procedere lungo il percorso delineato dal DCA 402/2018, in particolare procedendo con la graduale introduzione di attività di revisione contabile.

##### Linee di intervento

1. Rafforzamento dei sistemi di controllo interno;
2. Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili.

#### **2.2.4.10 - TEMPI DI PAGAMENTO**

Al fine di garantire il pieno rispetto dei tempi di pagamento della pubblica amministrazione italiana, sono state avviate a livello nazionale diverse misure tese al raggiungimento di tale obiettivo. In particolare:

1. L'introduzione del SIOPE+, che risponde alla necessità di potenziare il monitoraggio dei pagamenti della PA e di conoscere i tempi di pagamento delle fatture. Nello specifico il SIOPE+ ha previsto:
  - a. Nuove regole tecniche per la definizione del protocollo di colloquio e del tracciato standard dei documenti informatici, denominati Ordinativi di Pagamento e Incasso (OPI).
  - b. L'utilizzo di una nuova piattaforma informatica gestita dalla Banca d'Italia, finalizzata all'intermediazione di tutti i flussi informativi relativi agli ordinativi di pagamento ed incasso effettuati dalle Pubbliche Amministrazioni.

Il Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 7 dicembre 2018 ha definito le "Modalità e i tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio Sanitario Nazionale". Nello specifico, il Decreto ha istituito il sistema di gestione degli ordini denominato Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO) per la trasmissione in via telematica, a partire dal 1 ottobre 2019, dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi tra gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, nonché i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti.

A partire dalla L. 145 del 30 dicembre 2018 (Legge di bilancio 2019), è stato introdotto un meccanismo di sanzione/responsabilizzazione delle Amministrazioni regionali attraverso la revisione

delle modalità di assegnazione dell'indennità di risultato dei direttori generali delle Aziende sanitarie vincolata al rispetto dei tempi di pagamento.

In questo quadro normativo, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea intende proseguire il percorso già intrapreso, consolidando i risultati raggiunti e rafforzando le misure fin qui adottate, incentivando le iniziative della Regione Lazio finalizzate ad azzerare i ritardi nei pagamenti.

#### Linee di intervento

1. Rafforzamento dei sistemi di controllo interno;
2. Monitoraggio dei tempi di liquidazione delle fatture da parte dei centri liquidatori aziendali.

#### **2.2.4.11 - POLITICHE DI GOVERNANCE DEL PERSONALE**

Con il programma operativo 2019-2021, la Regione Lazio, nel valorizzare i risultati e gli obiettivi raggiunti nel corso degli anni pregressi dal punto di vista della razionalizzazione della spesa, della riorganizzazione e della razionalizzazione delle reti assistenziali, atteso il superamento della fase emergenziale, intende porre le basi per lo sviluppo di un nuovo sistema sanitario regionale, sempre più improntato alla gestione ordinaria e non più solo a quella emergenziale.

In particolare, per quello che riguarda il personale, intende passare da una logica basata sulla mera amministrazione del personale a un sistema che metta in primo piano lo sviluppo del potenziale del personale attraverso una attenta valutazione dell'effettivo fabbisogno, una approfondita analisi del livello di competenze, conoscenze e attitudini possedute e di quelle considerate necessarie.

La politica regionale si baserà quindi, da un lato, su una attenta analisi delle specificità aziendali ma, dall'altro lato (al fine di garantire la necessaria uniformità al sistema e per mantenere ferma l'attività di indirizzo e controllo propria della Regione), tenderà a centralizzare e regolamentare a livello regionale alcune fasi.

Il 2020 è stato caratterizzato (per via del complesso scenario epidemiologico e organizzativo determinato dall'emergenza pandemica da CoViD-19) da politiche assunzionali destinate a specifiche figure professionali, volte alla realizzazione dei percorsi assistenziali dedicati alla gestione dell'emergenza.

Come specificato nella sezione 3 "Organizzazione e capitale umano", a partire dal 2021, l'Azienda ha aggiornato la valutazione dei fabbisogni sulla base dell'analisi degli stessi per ruolo, profilo e disciplina, proponendo le eventuali modifiche nel rispetto ed in coerenza con i vincoli regionali delle politiche di governance del personale del SSR.

#### Linee di intervento

1. Strutturazione di un processo dinamico di valutazione dei fabbisogni di personale, che tenga in considerazione gli scenari evolutivi e intervenga tempestivamente per far fronte alle necessità organizzative;
2. Prosecuzione delle assunzioni di personale con contratto a tempo indeterminato e conseguente progressiva riduzione dei contratti di natura flessibile, nell'ambito dei vincoli stabiliti con la Regione;
3. Completamento dell'attuazione della contrattazione decentrata riguardante il comparto e la dirigenza;
4. Monitoraggio costante del livello di prestazioni aggiuntive e ore di straordinario erogate per figura professionale finalizzato al loro contenimento;
5. Completamento del processo di informatizzazione dei fascicoli del personale;
6. Adesione al "Network delle Regioni", coordinato dalla Scuola Universitaria Superiore di Economia e Management Sant'Anna di Pisa e realizzazione del sotto-progetto dedicato all'analisi del Clima Organizzativo e modelli decisionali destinata a tutti i dipendenti dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea.

## **2.2.4.12 - RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA E GESTIONE DEI TEMPI DI ATTESA**

Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale è costituito dalle “Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale”. La contiguità di questa attività con quella erogata in altri livelli di assistenza (ospedalieri o territoriali), rende necessaria, a livello regionale, una ridefinizione delle modalità di erogazione della specialistica ambulatoriale, in coerenza con le indicazioni ministeriali, per favorire l'applicazione omogenea su tutto il territorio regionale delle prestazioni previste per tale area assistenziale.

La riorganizzazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale si realizza attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno, dell'indice di fuga e del monitoraggio delle attività.

L'obiettivo della riorganizzazione è garantire equità d'accesso alle cure, e la presa in carico del paziente fin dall'inizio del processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).

L'offerta ambulatoriale si pone come risposta a due tipi di richiesta di prestazione della popolazione: una richiesta per bisogni di nuova insorgenza (che rende necessaria una risposta reattiva in tempi brevi per la definizione del quadro clinico), ed una richiesta tipica dei pazienti affetti da patologie croniche evolutive (che nell'ambito della presa in carico globale della persona, è volta ad interventi mirati a monitorare e rallentare il decorso clinico della patologia e a prevenire gli esiti sfavorevoli).

Nell'ambito dell'offerta assistenziale rivolta ai bisogni dei cittadini, la Regione Lazio ha definito le principali linee di intervento in materia con il “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2013-2015” approvato con il DCA n. U00437/2013 e, successivamente con DCA n. U00110/2017, a seguito del quale tutte le Aziende Sanitarie hanno adottato i propri piani attuativi. Il PNGLA 2019-2021 è stato recepito a livello regionale con il DCA n.U00152 del 30.4.2019; successivamente la Regione ha pubblicato con DCA n. U00302 del 25.7.2019 il “Piano Regionale per il Governo delle liste di attesa”.

La Cabina di Regia regionale per il governo delle liste di attesa, istituita con Det. n. G13203 del 3.10.2019, ha cominciato le attività al fine di:

- coordinare le azioni di governo delle liste di attesa, con particolare riguardo alle azioni sovra-aziendali o regionali;
- supportare le Aziende sanitarie regionali nella definizione e implementazione dei Piani attuativi locali;
- diffondere informazioni in merito a soluzioni organizzative, tecnologiche o regolatorie adottate o sperimentate per la soluzione di particolari criticità nel governo della domanda o dell'offerta;
- risolvere eventuali controversie;
- provvedere all'individuazione delle prestazioni erogabili negli Ambiti di Garanzia.

Le circa 39.000 prestazioni sospese nel corso del 2020 a causa delle due ondate pandemiche (come richiesto dalla programmazione regionale), sono state recuperate da parte dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea nel corso del 2021, ponendo in essere tutte le misure di riorganizzazione e di rimodulazione dell'offerta previste nel piano aziendale per il contrasto all'emergenza epidemiologica da Sars-CoV-2 (nota prot. n. 10945 del 21.05.2020) presentato alla Regione.

### Linee di intervento

1. Collaborazione con le ASL territoriali limitrofe per la definizione delle quote di prestazioni che rientrano negli ambiti di garanzia stabiliti nei Piani Attuativi locali per il Governo delle liste di attesa;
2. Completamento della fase di riorganizzazione delle agende ambulatoriali per codice di priorità all'interno della disciplina, lasciando una quota dedicata alle visite di controllo/follow up;

3. Monitoraggio costante dell'utilizzo da parte dei medici prescrittori della ricetta medica dematerializzata, di cui al DM del 2 novembre 2011;

4. Promozione dell'utilizzo appropriato dei servizi diagnostici e terapeutici, attraverso l'adozione di Linee guida e Protocolli diagnostici, basati su evidenze di efficienza ed efficacia e implementazione di PDTA per realizzare una forte integrazione nella rete dei servizi, al fine di superare la frammentarietà del sistema.

#### **2.2.4.13 - GOVERNANCE DEI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI**

Obiettivo primario della Regione Lazio è garantire la qualità dell'assistenza farmaceutica, assicurando ai cittadini farmaci con il migliore profilo beneficio-rischio, nel rispetto dei budget assegnati a livello nazionale. Nell'ambito della governance farmaceutica una criticità significativa è rappresentata dall'incremento progressivo dei prezzi e dei costi di trattamento dei nuovi farmaci.

Il sistema farmaceutico è in forte evoluzione sia per quanto riguarda l'immissione in commercio di farmaci altamente innovativi, sia per l'applicazione dei nuovi meccanismi di *pay back*, che dovranno essere semplificati al fine di dare certezza di applicazione a tutti i soggetti coinvolti. In tale ambito, la Regione sarà chiamata ad operare scelte coerenti con quanto previsto dal documento nazionale di governance farmaceutica.

In particolare, la promozione dell'uso appropriato dei farmaci equivalenti erogati in convenzione e in distribuzione per conto è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica nonché alla sostenibilità sociale a carico del cittadino, in considerazione del fatto che la quota di spesa differenziale fra prezzo di riferimento a carico del SSN e prezzo delle specialità di marca è posta per legge a carico del cittadino stesso.

In merito ai farmaci biosimilari, considerato che le attuali conoscenze scientifiche sono tali da garantire la sovrapposibilità in termini di efficacia e sicurezza fra i farmaci originatori e i biosimilari, la promozione del loro utilizzo è strumento fondamentale per la sostenibilità del sistema.

La commissione regionale del Farmaco (CoReFa) sta avviando numerose iniziative per l'implementazione della prescrizione di farmaci biosimilari all'interno della classe con medesima indicazione terapeutica, rivolgendo particolare attenzione al paziente cronico, polipatologico e con fragilità concomitanti, dove l'aderenza terapeutica e le interazioni farmacologiche rappresentano un nodo critico.

In analogia alle azioni di governance in ambito farmacologico, la Regione ha avviato negli ultimi anni un sistema di monitoraggio dell'uso razionale dei dispositivi medici ad alto impatto tecnologico, correlandoli ai volumi di attività delle aziende sanitarie che operano in ambiti altamente specialistici. L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea proseguirà con le azioni di razionalizzazione dei costi e di promozione dell'uso appropriato dei farmaci equivalenti o biosimilari per garantire la sostenibilità del sistema, anche definendo specifici obiettivi di budget rivolti alle Unità Operative che dimostrano un rapporto farmaco originator/farmaco biosimilare sfavorevole.

##### Linee di intervento

1. Promozione dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduti (biologico/biosimilari), con il miglior rapporto costo/indicazione autorizzata, all'interno della stessa classe terapeutica d'utilizzo, ai fini di un'efficienza allocativa delle risorse disponibili;

2. Valutazione dell'utilizzo di dispositivi medici ad alta complessità e monitoraggio della spesa attraverso indicatori per valutare l'incidenza del costo dei DM rispetto al valore della attività assistenziale erogata;

3. Adozione di procedure e linee di indirizzo per il corretto uso della terapia antimicrobica e per la prevenzione della farmacoresistenza;

4. Promozione della qualità e sicurezza delle cure oncologiche attraverso l'adozione e utilizzo della piattaforma informatizzata per la prescrizione di chemioterapie (LOG80) integrata con la cartella clinica informatizzata.

### **2.2.5 - OBIETTIVI STRATEGICI**

In osservanza dei presupposti normativi descritti, integrati ed armonizzati con le istanze derivanti dal contesto esterno ed interno, la Direzione Aziendale individua i principali obiettivi strategici da proporre quali direttrici di attività per il triennio 2022-2024, definendo in primis le aree strategiche di intervento e declinando, poi, i corrispondenti obiettivi strategici a tutti i livelli della struttura organizzativa definita nell'Atto Aziendale.

In tal modo, si è nelle condizioni di realizzare il processo di coinvolgimento e responsabilizzazione di tutti gli operatori aziendali sugli obiettivi definiti, la cui attuazione determina la realizzazione della *Mission* dell'Azienda.

#### **2.2.5.1 - AREE STRATEGICHE**

Gli indirizzi generali che l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea definisce per il triennio 2022 - 2024 sono articolati in Aree Strategiche rappresentanti il nucleo centrale del Ciclo di Gestione della Performance, e vengono rappresentate all'interno dell'Albero della Performance:

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

L'Albero della Performance è la mappa logica con la quale l'Azienda rappresenta i collegamenti tra la *Mission* Aziendale e le aree strategiche, definite tenendo conto degli indirizzi nazionali e regionali e delle risorse disponibili. Dalle aree strategiche discendono gli obiettivi strategici e i piani di azione, e da questi derivano gli obiettivi operativi, per il cui raggiungimento dovranno essere definite le azioni che gli operatori aziendali dovranno attuare. L'Albero della Performance è l'elemento fondante del Piano della Performance, in quanto attraverso la sua rappresentazione grafica si descrivono sinteticamente sia le dimensioni del processo che le loro relazioni.

Partendo dalla *Mission* dell’Azienda, che ha come fine ultimo la realizzazione di una rete integrata dei percorsi assistenziali attraverso una riqualificazione dell’offerta ospedaliera e la realizzazione di un percorso di sinergie sul territorio con altre strutture sanitarie e con i medici di base, sono state individuate 3 aree strategiche, di seguito sintetizzate, che si caratterizzano per essere trasversali alle unità organizzative

### Albero della performance 2022-2024

<b>A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO</b>	
A.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	
A.2 - Qualità ed esito delle cure	
A.3 - Governo Liste d'Attesa	
A.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	
<b>B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO</b>	
B.1 - Equilibrio Economico Finanziario	
B.2 - Personale	
B.3 - Farmaceutica	
B.4 - Procedure di acquisto ed investimento	
<b>C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI</b>	
C.1 - Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	
C.2 - Risk Management	
C.3 - Trasparenza	
C.4 - Prevenzione della Corruzione	
C.5 - Percorsi Attuativi della Certificabilità	
C.6 - Flussi Informativi	
C.7 - Formazione	
C.8 - Efficienza Processi Organizzativi	

## 2.2.5.2 - AREE STRATEGICHE, OBIETTIVI STRATEGICI E OBIETTIVI OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2022-2024

Le linee strategiche per il triennio 2022-2024, definite nel capitolo 4, sono dunque declinate nei seguenti obiettivi strategici:

Area Strategica	Descrizione <u>Obiettivo Operativo</u>	<u>Indicatore</u> Obiettivo Operativo
<b>A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO</b>		
<b>A.1 - Volumi e Riqualficazione Offerta Assistenziale</b>		
- Volumi dei ricoveri a Ciclo Continuo	Incremento del volume dei Ricoveri a Ciclo Continuo	Volume complessivo di Ricoveri a Ciclo Continuo pari o superiore al volume proposto (rif. Volumi 2019 con adeguamento in base a disponibilità P.L.)
- Volumi dei ricoveri a Ciclo Diurno	Day Hospital Chirurgico: Riduzione casi chirurgici inappropriati	Numero di casi chirurgici appropriati sul totale dei casi chirurgici pari alla percentuale proposta
	Day Hospital Medico: Riduzione accessi medici inappropriati	Numero di accessi medici appropriati sul totale degli accessi medici pari alla percentuale proposta
- Volumi delle Prestazioni Ambulatoriali per esterni	Incremento del volume delle Prestazioni Ambulatoriali per Esterni	Volume complessivo di Prestazioni Ambulatoriali per Esterni pari o superiore al volume proposto (rif. Volumi 2021 con adeguamento disponibilità ambulatori)
<b>A.2 - Efficienza, qualità ed esito delle cure</b>		
- Tempestività della procedura di PTCA nei pazienti con STEMI	Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica trasluminale PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di	Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero pari o superiore alla percentuale proposta
- Tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	Proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano eseguiti entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	Numero di interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti entro 48 ore / Totale interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti pari o superiore alla percentuale
- Ottimizzazione della durata della degenza ospedaliera dei pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica	Ridurre la durata della degenza post - operatoria nei pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a 3 gg/ Totale delle colecistectomie laparoscopiche pari o superiore alla percentuale proposta
Appropriatezza nella scelta del setting assistenziale	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione sul totale dei ricoveri da PS in reparti chirurgici pari o superiore al valore proposto
Efficienza ospedaliera e integrazione ospedale-territorio	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia dei pazienti ≥ 65 anni	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia dei pazienti ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici pazienti ≥ 65 anni pari o inferiore al valore proposto

A.3 - Governo Liste d'Attesa		
- Monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali	Invio dei flussi informativi richiesti entro i termini previsti	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti pari alla percentuale proposta
Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa	Proporzione di ricoveri erogati nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore (mammella, prostata, colon, retto, polmone, utero, melanoma, tiroide)	Proporzione di ricoveri di classe di priorità A erogati entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa per interventi chirurgici per tumore (mammella, prostata, colon, retto, polmone, utero, melanoma, tiroide) sul totale dei ricoveri erogati di classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore (mammella, prostata, colon, retto, polmone, utero, melanoma, tiroide) pari o superiore al valore proposto
- Liste di attesa per il ricovero ordinario chirurgico di elezione (Piano di recupero delle liste di attesa di cui all'art. 1, commi 276 e 279 della Legge n. 234 del 30.12.2021 - Finanziaria 2022)	Revisione e "pulizia" delle liste di attesa per i ricoveri ordinari chirurgici in elezione entro 30 giorni dalla condivisione dell'obiettivo	Comunicazione alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione, entro 30 giorni dalla condivisione dell'obiettivo, dell'avvenuta revisione delle Liste di attesa per il ricovero ordinario chirurgico in elezione
A.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa		
- Riduzione della Degenza Media	Decremento della Degenza Media	Degenza media pari o inferiore al valore proposto
	Compilazione delle informazioni relative alla DATA di DIMISSIONE CLINICA (nota DS prot. 2356 del 12.02.2021)	Numero di registrazioni delle informazioni sulla DATA di DIMISSIONE CLINICA sul totale dei ricoveri ordinari di durata superiore al valore soglia DRG specifico pari o superiore al valore proposto
- Riduzione della Degenza Media pre operatoria per gli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero	Decremento della Degenza Media pre - operatoria per gli interventi chirurgici programmati	Degenza media pre - operatoria per gli interventi chirurgici programmati pari o inferiore al valore proposto
- Ottimizzazione percorsi assistenziali programmati in ambito chirurgico: Aumentare l'utilizzo della pre-ospedalizzazione per i ricoveri ordinari programmati chirurgici	Aumentare l'utilizzo della pre-ospedalizzazione per i ricoveri ordinari programmati chirurgici	Numero dimessi in regime ordinario programmato con DRG chirurgico con pre-ospedalizzazione/ Totale dimessi in regime ordinario programmato con DRG chirurgico pari o superiore alla percentuale proposta
- Riduzione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 143 del 1 agosto 2019)	Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento entro 15 minuti	Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento <b>entro 15 minuti</b> sul totale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento pari o superiore al valore proposto
	Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento entro 60 minuti	Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento <b>entro 60 minuti</b> sul totale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento pari o superiore al valore proposto
- Riduzione degli "abbandoni" dal Pronto Soccorso	Riduzione degli abbandoni da Pronto Soccorso	Percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso pari o inferiore al valore proposto

B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO		
<b>B.1 - Equilibrio Economico Finanziario</b>		
- BUDGET DI REPARTO: <b>Farmaci ed Emoderivati</b> : contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	Rispetto del tetto assegnato per la spesa farmaceutica ospedaliera definito nel Bilancio di Previsione	Tetto della spesa farmaceutica ospedaliera (farmaci ed emoderivati) pari o inferiore al valore proposto
- BUDGET DI REPARTO: <b>Altri Beni Sanitari</b> : contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di	Rispetto del tetto assegnato per la spesa degli altri beni sanitari (monouso, protesi, dispositivi, ecc.) definito nel Bilancio di	Tetto di spesa degli altri beni sanitari (monouso, protesi, dispositivi, ecc.) pari o inferiore al valore proposto
- Rispetto del tetto di spesa (B3 - SERVIZI)	Rispetto del tetto di spesa (B3 - SERVIZI) assegnato per gli acquisti di competenza della Struttura definito nel Bilancio di Previsione	Spesa per gli acquisti (B3 - SERVIZI) di competenza della Struttura pari o inferiore al valore proposto
- Rispetto del tetto di spesa (B3.3 - ALTRI BENI SANITARI)	Rispetto del tetto di spesa (B3.3 - ALTRI BENI SANITARI) assegnato per gli acquisti di competenza della Struttura definito nel Bilancio di Previsione	Spesa per gli acquisti (B3.3 - ALTRI BENI SANITARI) di competenza della Struttura pari o inferiore al valore proposto
- Rispetto del tetto di spesa per gli acquisti di cespiti effettuati con spesa corrente	Rispetto del tetto di spesa per gli acquisti di cespiti effettuati con spesa corrente, definito nel Bilancio di Previsione	Spesa per gli acquisti di cespiti effettuati con spesa corrente di competenza della Struttura pari o inferiore al valore proposto
- Corretta gestione delle rimanenze di magazzino dei beni sanitari	Monitoraggio delle rimanenze di magazzino di Reparto dei beni sanitari	Compilazione elenco rimanenze di magazzino di reparto su file trasmesso dalla Farmacia con cadenza trimestrale entro il giorno 10 del mese successivo alla
<b>B.2 - Personale</b>		
- Governo dello straordinario (ore)	Rispetto del tetto delle ore di Straordinario al fine di garantire quanto previsto nel Bilancio di Previsione e quanto stanziato nei Fondi aziendali	Numero di ore di straordinario pari o inferiore al valore proposto
- Governo delle Prestazioni Aggiuntive (ore)	Contenimento delle prestazioni aggiuntive non coperte da finanziamenti ad hoc (Piano pandemico, recupero prestazioni e ricoveri sospesi), compatibilmente con l'ingresso delle nuove risorse e la revisione organizzativa, al fine di garantire quanto previsto nel Bilancio di Previsione	Numero di ore di Prestazioni aggiuntive pari o inferiore al valore proposto
<b>B.3 - Farmaceutica</b>		
- Farmaceutica ospedaliera in File F (flusso FARMED): corretta rendicontazione (completezza e tempestività)	Completa rendicontazione dei farmaci rientranti nel Flusso Farmed (File F) entro i termini previsti	Valore dei farmaci rendicontati nel flusso FARMED nel periodo/ Totale dei Farmaci rendicontabili FILE F scaricati al CDC pari o superiore alla percentuale proposta
- Ottimizzazione e gestione nuova "gara logistica"	Ottimizzazione e gestione nuova "gara logistica"	Adozione della nuova procedura informatizzata e definizione del fabbisogno mensile per l'approvvigionamento dei farmaci e dispositivi prevista dalla nuova "gara logistica"
<b>B.4 - Procedure di acquisto ed investimento</b>		
- Completo utilizzo delle gare centralizzate regionali	Recepimento delle gare centralizzate regionali per l'acquisizione di beni e servizi	Adozione provvedimento di recepimento delle gare centralizzate regionali per l'acquisizione di beni e servizi entro 60 giorni dalla relativa formalizzazione
- Inserimento all'interno della procedura AREAS dei contratti derivanti dalle procedure di gara	Documentazione su "AREAS - sezione contratti forniture e servizi" dei contratti derivanti dalle procedure di gara	Numero contratti derivanti dalle procedure di gara documentati su "AREAS - sezione contratti forniture e servizi" sul totale dei contratti derivanti dalle procedure di gara, pari o superiore al valore proposto
- Regolamento aziendale della Contabilità Analitica	Predisposizione del Regolamento aziendale della Contabilità Analitica	Presentazione alla Direzione Aziendale della proposta di Regolamento aziendale della Contabilità Analitica entro il 31.12.2022
- Regolamento aziendale della Contabilità Generale	Predisposizione del Regolamento aziendale della Contabilità Generale	Presentazione alla Direzione Aziendale della proposta di Regolamento aziendale della Contabilità Generale entro il 31.12.2022

## C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI

C.1 - Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro		
- Aggiornamento Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)	Aggiornamento valutazioni specifiche allegare al DVR: Rischio Smart Working, Valutazione Reparti CoViD-19 e/o centri vaccinali, Rischio Sostanze Pericolose – Cancerogeni, Valutazione Movimentazione Manuale dei Pazienti nei reparti non ospedalizzati (ambulatori), Stress lavoro	Predisposizione ed invio alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione delle valutazioni specifiche revisionate entro il 31.12.2022
- Monitorare sistematicamente l'eventuale diffusione del contagio da SarsCoV-2 fra tutti gli operatori sanitari e non sanitari, attraverso l'esecuzione dei tamponi periodici per la ricerca del virus;	Monitoraggio sistematico dell'eventuale diffusione del contagio da SarsCoV-2 fra tutti gli operatori sanitari e non sanitari, attraverso l'esecuzione dei tamponi periodici per la ricerca del virus;	Elaborazione di una Relazione annuale sull'effettuazione del monitoraggio sistematico della diffusione del contagio da SarsCoV-2 fra tutti gli operatori sanitari e non sanitari e l'esecuzione dei tamponi periodici per la ricerca del virus entro il 28.02.2023
- Completare la campagna vaccinale anti-SARS-CoV-2/COVID-19 per tutto il personale dipendente che opera in presenza presso le strutture dell'Ospedale o afferente alle Società che garantiscono servizi presso l'Ospedale	Aderire alle campagne vaccinali regionali anti-SARS-CoV-2: - rivolte a tutto il personale dipendente che opera in presenza presso le strutture dell'Ospedale o afferente alle Società che garantiscono servizi presso l'Ospedale - rivolte alla Comunità	Elaborazione di una Relazione annuale sul completamento della campagna vaccinale anti-SARS-CoV-2 rivolta al personale dipendente che opera in presenza presso le strutture dell'Ospedale o afferente alle Società che garantiscono servizi presso l'Ospedale o rivolte alla Comunità entro il 28.02.2023
C.2 - Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management		
- Accredimento all'Eccellenza	Attivazione percorso di Accredimento all'Eccellenza e predisposizione del Piano Aziendale di Accredimento all'Eccellenza	Predisposizione del Piano aziendale di Accredimento all'Eccellenza entro 60 giorni dalla selezione dello standard di riferimento
	Attivazione percorso di Accredimento all'Eccellenza e adozione dei provvedimenti previsti dal Piano Aziendale di Accredimento all'Eccellenza	Adozione dei provvedimenti e delle misure previste dal Piano Aziendale di Accredimento all'Eccellenza entro i termini previsti dal relativo crono-programma
- Adozione e attuazione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS)	Adozione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS) e attuazione degli obiettivi definiti	Adozione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS) e attuazione degli obiettivi definiti
- Audit Rischio Clinico	Effettuazione di Audit periodici sul Rischio Clinico e invio dei verbali al Risk Management e al Controllo di Gestione	Effettuazione di almeno 3 Audit sul Rischio Clinico entro il 31.12.2022
- Riduzione delle cadute accidentali	Compilazione delle schede di valutazione del Rischio Cadute	Percentuale di schede di valutazione del Rischio Cadute compilate sul numero di pazienti a rischio pari o superiore al valore proposto
- Riduzione delle infezioni nosocomiali	Esecuzione di una indagine di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione di una indagine di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza entro il 30.06.2022 e invio della Relazione conclusiva alla Direzione Sanitaria e al Controllo di gestione entro il 31.07.2022
- Riduzione delle infezioni nosocomiali	Adozione test rapidi per la ricerca e tipizzazione delle infezioni correlate	Adozione test rapidi per la ricerca e tipizzazione delle infezioni correlate all'assistenza entro il 30.06.2022
	Revisione della stewardship antimicrobica e dei protocolli in uso per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Presentazione al Direttore Sanitario di una proposta di revisione della stewardship antimicrobica e dei protocolli in uso per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza entro 30 gg dalla condivisione
	Elaborazione di un Protocollo aziendale e di Unità Operativa che individui le misure per il controllo delle infezioni correlate all'intervento chirurgico	Presentazione al Direttore Sanitario di una proposta di Protocollo aziendale e di Unità Operativa che individui le misure per il controllo delle infezioni correlate all'intervento chirurgico, condivisa con la UOD Igiene ospedaliera
- Gestione delle Lesioni da Pressione	Utilizzo della Scheda informatizzata per la valutazione del rischio, la richiesta di presidi antidecubito e il trattamento e monitoraggio delle lesioni da pressione	Percentuale di utilizzo della Scheda informatizzata per la gestione delle lesioni da pressione pari o superiore al valore proposto (tot schede informatizzate su tot schede Braden)

<b>C.3 - Trasparenza</b>		
- Aggiornamento della Sezione Amministrazione Trasparente sul sito Web Aziendale	Inserimento puntuale della documentazione nelle apposite sezioni specificate di Amministrazione Trasparente	Pubblicazione della documentazione nelle sezioni specificate entro il termine fissato
<b>C.4 - Prevenzione della Corruzione</b>		
- Monitoraggio sulle attività a rischio di corruzione così come definito dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione	Monitoraggio periodico specifico per Struttura Organizzativa delle attività a rischio di corruzione in base al livello di rischio definito	Attività di monitoraggio eseguite nei tempi previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della corruzione sul totale delle attività da monitorizzare pari o superiore alla percentuale proposta
<b>C.6 - Flussi Informativi</b>		
- Erogazione delle prestazioni ambulatoriali	Corretta documentazione su piattaforma ReCup-web dell'avvenuta erogazione delle prestazioni ambulatoriali	Numero di prenotazioni documentate correttamente su piattaforma ReCup-web pari alla percentuale proposta
- Assicurare tempestività, completezza e qualità dei dati trasmessi ai fini del rispetto del debito informativo a livello regionale e nazionale	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai Flussi previsti dai Ministeri competenti e dalla Regione	Numero di flussi inviati nei termini /Totale dei flussi inviati pari o superiore alla percentuale proposta
<b>C.8 - Efficienza Processi Organizzativi</b>		
- Miglioramento dell'efficienza delle Sale Operatorie	Inserimento delle informazioni rilevanti che connotano l'intervento chirurgico e delle tempistiche di sala operatoria da parte del personale sanitario coinvolto, per quanto di rispettiva competenza	percentuale di inserimento delle informazioni rilevanti che connotano l'intervento chirurgico e delle tempistiche di sala operatoria (vedi nota) pari al valore proposto NOTA: - <u>anestesista</u> : tecnica anestesiológica, ASA, ora inizio anestesia, ora fine anestesia; - <u>chirurgo</u> : ora inizio intervento, ora fine intervento, diagnosi e intervento ICD-9-CM; - <u>pers. Infermieristico</u> : ora inizio e fine preparazione sala, ora ingresso paziente in blocco e in sala, ora uscita paziente da sala e da blocco
- Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici	Prescrizione elettronica ambulatoriale	Percentuale ricette elettroniche sul totale delle ricette prodotte pari o superiore al valore proposto
	Utilizzo del Registro Operatorio informatizzato	Percentuale dei verbali operatori chiusi e validati entro la dimissione del paziente pari al valore
	Firma digitale della lettera di dimissione dei ricoveri ordinari	Numero di lettere di dimissione firmate digitalmente sul totale delle dimissioni in regime ordinario pari o superiore alla percentuale proposta
	Firma digitale dei referti ambulatoriali informatizzati	Numero di referti ambulatoriali firmati digitalmente sul totale delle prestazioni ambulatoriali pari o superiore alla percentuale proposta
- Tempestività della liquidazione delle fatture	Rispetto dei tempi previsti per la lavorazione e liquidazione delle fatture	Percentuale di fatture lavorate e liquidate entro i tempi previsti pari al valore proposto
- Tempestività nell'esecuzione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati	Riduzione dei Tempi di Esecuzione (TE) delle indagini di diagnostica strumentale o di laboratorio per i pazienti ricoverati	Proporzione di indagini diagnostiche eseguite entro i giorni lavorativi specificati pari alla percentuale proposta
- Tempestività nella refertazione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati	Riduzione dei Tempi di Refertazione (TR) delle indagini di diagnostica strumentale o di laboratorio per i pazienti ricoverati	Proporzione di referti consegnati entro i giorni lavorativi specificati pari alla percentuale proposta (per le prestazioni refertabili entro il termine proposto)

## 2.2.6 - IL PROCESSO DI BUDGETING, VALUTAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

Al fine di rendere la Pianificazione della Performance uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale, occorre prevedere un collegamento tra gli obiettivi strategici pluriennali e il Processo di Budget annuale. Tale collegamento viene realizzato con il Documento di

Programmazione Annuale (di seguito D.P.A.). Il D.P.A. rappresenta, dunque, l'atto attraverso il quale la Direzione Strategica:

-declina su base annuale la pianificazione triennale, formalizzando le linee programmatiche e gli obiettivi relativi alla Performance Organizzativa, da negoziare con le singole strutture organizzative titolari di budget nell'ambito del processo di budget;

-identifica i Titolari di Budget.

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

Il Ciclo di Gestione della Performance si attua attraverso il Processo di Budget per il personale dirigenziale, per il personale del comparto titolare di incarichi di funzione e per il restante personale del comparto.

Per il personale dirigenziale, il Processo di Budget, così come disciplinato dal relativo Regolamento, avviene attraverso una negoziazione tra la Direzione Strategica ed i Titolari di Budget, individuati nel D.P.A..

Come specificato nel Regolamento di Budget, sono considerabili Titolari di Budget:

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

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

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

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

### **2.2.7 - IL PROCESSO DI VALUTAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI**

Il D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), ha innovato la materia della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche, anche nella parte riguardante il sistema retributivo dei dipendenti e, in particolare, è stato introdotto il concetto della Performance Organizzativa (riferito all'Amministrazione nel suo complesso e alle sue articolazioni organizzative), e di Performance Individuale (riferita ai singoli dipendenti), in sostituzione del concetto di produttività individuale e collettiva.

Detto Decreto prevede, all'art. 7 comma 1, che le Amministrazioni valutino annualmente la performance organizzativa e individuale sulla base di un sistema di misurazione e valutazione della performance, appositamente sviluppato e adottato. La funzione di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura nel suo complesso, nonché la proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice, ai sensi dell'articolo 7 comma 2 del citato Decreto, è affidata all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e ai dirigenti di ciascuna Struttura Organizzativa.

Nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni e dei risultati è pertanto disciplinata, (attraverso gli articoli 8 e 9 del d.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa che di quella individuale. Nel dettaglio, l'art. 8 del succitato Decreto prevede che la performance organizzativa sia strettamente correlata ai seguenti fattori:

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

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

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

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

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance adottato in Azienda è definito dai seguenti atti amministrativi:

- Il Piano Triennale della Performance, incluso dal 2022 nel P.I.A.O., ai sensi dall'art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113;
- Il Documento di Programmazione Annuale;

- Delibera n. 280 del 22.04.2015, avente ad oggetto la “Presenza d'atto delle risultanze della contrattazione integrativa aziendale: adozione regolamento sistema premiante area del comparto”;
- Delibera n.1116 del 13.11.2017 riguardante l’Adozione del Regolamento Aziendale per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali e del Regolamento per la graduazione degli incarichi dirigenziali;
- Delibera n. 74 del 26.01.2018 avente ad oggetto “Regolamento pesature, individuazione incarichi posizioni organizzative”;
- Delibera n.435 del 27.04.2018 riguardante l’adozione del Protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante dell’area della dirigenza;
- Regolamento di Budget (ultima versione approvata: Revisione 8 del 3 marzo 2022);
- Delibera n.1130 del 12.11.2020 riguardante “Presenza d’atto delle risultanze della contrattazione integrativa aziendale: adozione del “Regolamento Aziendale orario di lavoro - CCNL Comparto Sanità e Istruzione e Ricerca 2016/2018”.
- Delibera n.877 del 11.09.2020 riguardante “Individuazione titolari degli incarichi di funzione dipartimentale e non del ruolo sanitario Area Infermieristica di cui alla deliberazione n. 657 del 24/06/2020”;
- Delibera n. 1085 del 28.10.2021 riguardante “Approvazione atti e individuazione titolari degli incarichi di funzione amministrativi e multidisciplinari del ruolo amministrativo, tecnico e professionale”.

Nell’ambito del Piano della Performance, l’Azienda armonizza il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance alle disposizioni contenute nella Legge Regionale n. 1/2011 e nel D.Lgs. n. 150/2009 (come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017).

Per quanto riguarda la performance organizzativa, la Direzione Strategica dell’Azienda ha progettato l’Albero della Performance considerando al suo interno le Aree Strategiche e gli obiettivi strategici correlati. Per singola Area, in considerazione della disponibilità delle risorse assegnate con il Bilancio di Previsione, vengono definiti, declinati ed assegnati gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi, correlati a specifiche azioni ed indicatori, tali da conseguire il raggiungimento degli obiettivi.

Gli obiettivi operativi discendenti dal tale Albero, con successivo atto – ovvero il Documento di Programmazione Annuale (DPA) – vengono ulteriormente declinati attraverso la definizione di specifici obiettivi contenuti in apposte Schede Budget/Obiettivi, assegnati al personale dirigenziale, ai Titolari di Incarico di Funzione ed infine al rimanente personale del Comparto.

Per quanto riguarda la performance individuale, sono previste delle apposite schede individuali predisposte nel rispetto di quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. di afferenza e in base a quanto concordato in sede di contrattazione integrativa aziendale.

## **2.2.8- GLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE**

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

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

Tale Processo prevede un Valutatore di Prima Istanza, rappresentato dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario, a seconda dell'area di appartenenza del Titolare di Budget, e dal Valutatore di Seconda Istanza, rappresentato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

A partire dal 2019 e in applicazione del Protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante dell'area della dirigenza (al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio di applicazione del sistema), in considerazione dei livelli di responsabilità individuati nell'organizzazione con l'Atto Aziendale, i direttori ed i responsabili dei Centri di Responsabilità (UOC e UOSD titolari di Budget), contrattano con la Direzione strategica gli obiettivi e le risorse assegnate alla propria unità operativa per il conseguimento degli stessi. Il personale afferente a ciascuna struttura, considerato facente parte di una équipe omogenea, viene informato e coinvolto in forma necessariamente trasparente circa la programmazione operativa a livello di UO, secondo una logica di responsabilità condivisa ed in relazione alla specifica qualifica e livello professionale.

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

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

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

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

## **2.2.9- GLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DI COMPARTO**

Per i titolari di Incarico di Funzione, il Processo di assegnazione degli obiettivi si attua attraverso la negoziazione tra il suddetto Titolare e il Responsabile dell'Unità Operativa a cui afferisce l'incaricato. Gli obiettivi, contenuti nella Scheda, vengono monitorati durante l'anno e, a chiusura dell'anno solare, si dà avvio al Processo di Valutazione secondo le modalità previste dai regolamenti aziendali. Tale Processo prevede un Valutatore di Prima Istanza, rappresentato dal Responsabile dell'Unità Operativa cui afferisce il titolare di Incarico di Funzione, e dal Valutatore di Seconda Istanza rappresentato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

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

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

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

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

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

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

## **2.2.10- IL PROCESSO COSTITUENTE IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

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

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

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

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

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

- delibera il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) triennale;
- predispose il Documento di Programmazione Annuale (DPA) e l'elenco dei Titolari dei Centri di Responsabilità di attività e budget con i quali si dà l'avvio al Ciclo di Gestione della Performance e al Processo di Budget;
- negozia con i Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget gli obiettivi operativi;

- delibera le risultanze del processo di negoziazione.

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

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

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

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

### **2.2.10.1 Definizione, assegnazione e negoziazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori**

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, nonché dall'U.O.C. Programmazione e controllo di gestione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), sulla base delle indirizzi programmatici regionali contenuti nei Piani Operativi e nei diversi Decreti Commissariali, definisce i livelli di produzione e di attività, tenendo conto delle risorse a disposizione (economiche, tecnologiche ed umane), del trend dei risultati relativi agli anni precedenti, delle linee di innovazione e dei livelli di investimento.

Successivamente vengono definiti gli obiettivi di budget (quantitativi e qualitativi), che saranno assegnati ai Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget ed ai titolari di Incarico di Funzione attraverso il processo di negoziazione.

### **2.2.10.2 Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi**

L'Azienda misura la performance attraverso un monitoraggio periodico. Tale monitoraggio ha la finalità di verificare che l'efficacia e l'efficienza aziendale e le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti nel Piano della Performance e nel Documento di Programmazione Annuale. In tale attività la Direzione Strategica è coadiuvata dall'U.O.C. Programmazione e controllo di gestione.

### **2.2.10.3 Misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale**

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

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

- la valutazione della performance organizzativa, attraverso la negoziazione/assegnazione di obiettivi di Budget;
- la valutazione della performance individuale, attraverso apposite Schede di Valutazione Individuale.

Il Sistema della Valutazione della Performance prevede che a tutto il personale vengano attribuite quote di incentivazione economiche, differenziate in base all'esito dei procedimenti di valutazione, in modo che le risorse destinate al trattamento accessorio correlato alla performance organizzativa ed individuale, siano attribuite in base al merito e sulla base di criteri e indicatori oggettivi e misurabili. Le quote economiche relative al trattamento di risultato sono attribuite al personale dirigenziale e di comparto sulla base di principi generali valutati in sede di contrattazione collettiva integrativa.

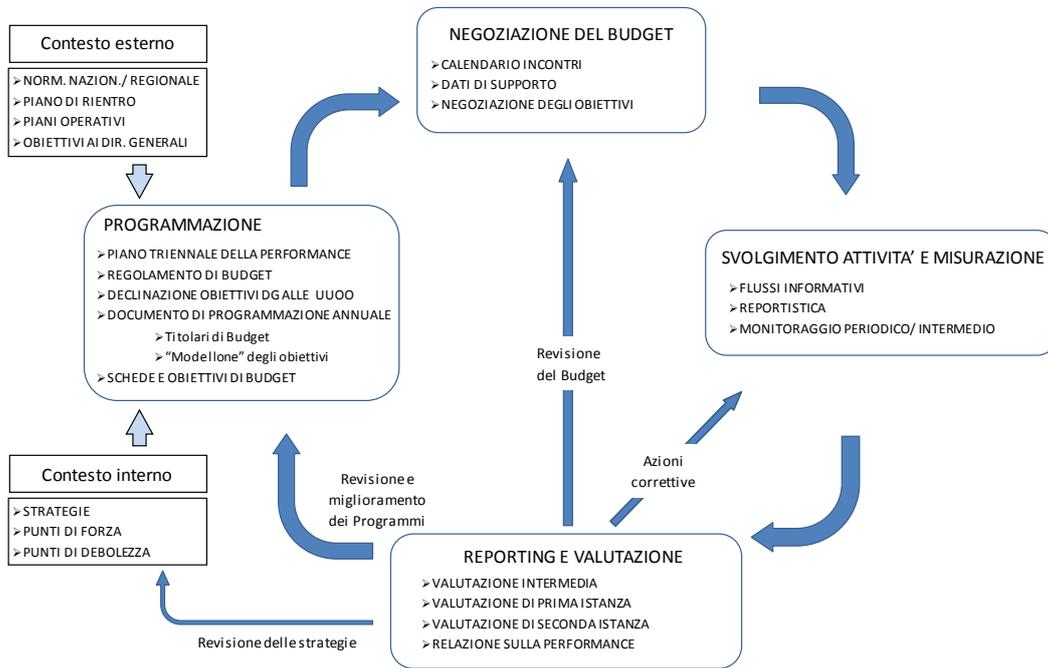
### **2.2.10.4 Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi**

L'attività di rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo aziendali viene effettuata dall'U.O.C. Programmazione e controllo di gestione sia con cadenza infra-annuale, che attraverso la predisposizione di un'apposita Relazione sulla Performance a chiusura del processo di valutazione annuale. Tale documento, successivamente, viene pubblicato sul sito web aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

L'attività di rendicontazione dei risultati a tutti i soggetti esterni all'Azienda viene effettuata dalla Direzione Strategica, attraverso gli Uffici coinvolti in base ai diversi ambiti di attività e competenza e attraverso i documenti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia e secondo le disposizioni previste dalla normativa sulla Trasparenza e sull'Anticorruzione, nonché attraverso ulteriore documentazione che l'Azienda stessa riterrà opportuno produrre.

Nell'ambito dell'attività di rendicontazione dei risultati, l'Azienda adotta gli strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della Performance. In tale contesto vengono adottati metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la Performance organizzativa ed individuale, secondo criteri connessi al soddisfacimento degli interessi dei destinatari dei servizi.

## IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE



## SEZIONE 2.3 – RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### 2.3.1 PREMESSA

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) aziendale è stato adottato con deliberazione n. 646 del 01/06/2022, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell’Azienda Ospedaliero-universitaria Sant’Andrea e costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai “Rischi corruttivi e Trasparenza” per il triennio 2022-2024.

Il PTPCT si articola in una prima parte dedicata al modello di gestione interna con l’analisi degli impatti, l’identificazione dei soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e la metodologia per la gestione del rischio, e una seconda parte dedicata alla gestione e programmazione delle misure per l’abbattimento del rischio e al tema della trasparenza amministrativa, armonizzandosi e integrandosi con il sistema di performance.

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (di seguito P.T.P.C.T.), redatto in ottemperanza alle previsioni della legge n. 190 del 6 novembre 2012 recante “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*”, costituisce il frutto dell’analisi condotta a livello aziendale, nel tentativo di individuare efficaci strategie di prevenzione della corruzione, attraverso la mappatura delle aree e dei processi ritenuti a rischio, secondo la metodologia indicata al punto 9 del presente documento.

Il Piano costituisce atto di indirizzo e di programmazione, finalizzato al miglioramento organizzativo, nell’ottica del perseguimento dei principi di efficienza, efficacia e buon andamento dell’agire amministrativo finalizzati alla cura dell’interesse pubblico ed è stato elaborato alla luce dell’analisi compiuta rispetto al contesto esterno ed interno nei quali si trova ad operare l’Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Andrea di Roma.

L’elaborazione del PTPC presuppone il diretto coinvolgimento della Direzione Strategica aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione.

I dirigenti dell’Azienda, responsabili delle Unità Operative, in qualità di referenti ai fini di prevenzione, sono stati coinvolti nella elaborazione attraverso specifici confronti individuali nonché mediante l’aggiornamento/conferma della mappatura dei processi e dei rischi, e l’invito a proporre misure per la prevenzione ed il contenimento di essi.

Le funzioni e i fini del Piano aziendale sono quelle di rispondere, in via principale, alle seguenti esigenze:

- l’individuazione delle aree e delle attività maggiormente esposte al rischio della corruzione ferme restando le aree già previste dall’art. 1 comma 16 della legge 190;
- la valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione;
- l’individuazione delle misure di prevenzione del rischio che costituiscono, tra l’altro, strumenti organizzativi finalizzati a garantire il buon andamento dell’agire amministrativo.

Il Piano contiene una apposita sezione, denominata Trasparenza, concernente le misure di prevenzione adottate e/o in corso di adozione, ritenute utili per garantire la conoscibilità delle azioni dell’Azienda, alla luce delle modificazioni apportate dal d.lgs 97/2016 al d.lgs 33/2013.

Si conferma l’accezione del concetto di corruzione già indicata nei precedenti Piani, secondo la quale esso deve intendersi quale fenomeno comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato, al fine di ottenerne vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono, pertanto, più ampie della fattispecie penalistica disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter codice penale e sono tali da comprendere non solo l’intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del Codice Penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale della condotta,

venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione (*maladministration*) intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale e a favore di interessi particolari. Occorre pertanto avere riguardo ad atti e comportamenti che, sebbene non configurino fattispecie di reato, contrastino con la cura dell'interesse pubblico e con i principi di imparzialità e buon andamento dell'amministrazione, al punto da pregiudicare l'affidamento nell'imparzialità dell'Amministrazione. Costituiscono parti integranti e sostanziali del Piano triennale di prevenzione della corruzione il Codice disciplinare ed il **Codice di comportamento**, adottato ai sensi del D.P.R. 62/2013 e revisionato da questa Azienda alla luce delle Linee Guida emanate dall'ANAC (determinazione n. 358/2017) dedicate espressamente agli Enti del S.S.N., nonché in considerazione delle modifiche intervenute con la sottoscrizione del nuovo CCNL comparto sanità.

Come strumento di prevenzione, il Codice di Comportamento del Sant'Andrea è consultabile sul sito istituzionale dell'Azienda, alla sezione Amministrazione Trasparente.

A questo proposito occorre richiamare il recente decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 (Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza) il c.d. "PNRR 2" che, all'art. 4, comma 1 lett. a) dispone l'aggiornamento – entro il 31 dicembre 2022 - dei codici di comportamento:

*"(...) Art. 4 - **Aggiornamento dei codici di comportamento e Formazione in tema di etica pubblica**  
1. All'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono apportate le seguenti modificazioni:*

*a) dopo il comma 1 e' inserito, il seguente: «1-bis. Il codice contiene, altresì, una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.»;*

*(...) Omissis (...)*

*2. Il codice di comportamento di cui all'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e' aggiornato entro il **31 dicembre 2022** anche al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al comma 1, lettera a)."*

Resta fermo che i due strumenti - PTPCT e codici di comportamento - si muovono con effetti giuridici tra loro differenti. Le misure declinate nel PTPCT sono di tipo oggettivo e incidono sull'organizzazione dell'amministrazione. I doveri declinati nel codice di comportamento operano, invece, sul piano soggettivo in quanto sono rivolti a chi lavora nell'amministrazione ed incidono sul rapporto di lavoro del funzionario, con possibile irrogazione, tra l'altro, di sanzioni disciplinari in caso di violazione<sup>1</sup>.

Costituisce, inoltre, allegato al presente Piano la tabella (sezione "Trasparenza"), contenente l'elenco degli obblighi di pubblicazione gravanti sull'Azienda, ai sensi del d.Lgs 33/2013 e s.m.i. (Allegato n. 1 PTPCT).

Come precisato dal PNA 2016, l'obbligo di trasmissione all'ANAC del Piano triennale di prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (art. 1, co. 8, l. 190/2012) si intende assolto con la pubblicazione sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione".

I documenti in argomento e le loro modifiche o aggiornamenti devono rimanere pubblicati sul sito unitamente a quelli degli anni precedenti. Il presente Piano è elaborato secondo le indicazioni fornite dall'ANAC nei Piani Nazionali emanati.

---

<sup>1</sup> V. delibera Anac n. 177 del 19 febbraio 2020, "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche" pag. 10

PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione - e PTPCT 2022 - 2024

In data 12 gennaio 2022 il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ha deliberato di rinviare la data per l'approvazione il termine per la predisposizione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2022-2024, fissata dalla legge 190/2012 al 31 gennaio di ogni anno, al 30 aprile 2022.

Ciò con l'intendimento di semplificare ed uniformare il più possibile per le amministrazioni il recepimento di un quadro normativo in materia oggi ancora estremamente dinamico.

Difatti, come noto, il decreto legge n. 80/2021 recante "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A. funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*", ha previsto all'articolo 6 il PIAO-Piano integrato di attività e organizzazione che, tra le altre, contempla innovative misure di semplificazione volte a implementare gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione.

In data 6 agosto 2021 il decreto legge di cui sopra è stato convertito nella legge 113/2021.

Al tal fine, è già stata avviata un'interlocuzione con i principali attori esterni ed interni interessati dal nuovo sistema, in modo da sviluppare gli opportuni metodi di programmazione all'esito del percorso nazionale volto a definire le linee guida e i conseguenti adeguamenti ordinamentali a livello regionale, tenuto conto delle raccomandazioni e condizioni poste dalla Conferenza Unificata, dal Consiglio di Stato con il parere n. 506/2022, dalla Commissioni di Camera e Senato, dalle indicazioni ANAC, nonché dalle recenti novità legislative apportate dall'art. 7, comma 1, del decreto legge n. 36/2022 il c.d. "PNRR 2".

La norma dispone che il PIAO sia adottato da parte delle amministrazioni elencate all'art. 1, co. 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nei quali rientra questa Azienda OU Sant'Andrea.

Di conseguenza è ad oggi confermata<sup>2</sup>, ai sensi della legge 190/2012, l'adozione dei PTPCT.

### 2.3.2 SOGGETTI COINVOLTI NELLA REDAZIONE DEL PIANO

Il presente Piano è stato elaborato grazie al coinvolgimento degli Organi, organismi e soggetti di seguito indicati:

- **Il Direttore Generale**, le cui funzioni sono sinteticamente di seguito descritte:
  - o designa il responsabile (art. 1 comma 7 legge 190/2012);
  - o adotta il P.T.P.C. e provvede alla relativa pubblicazione nella sezione del sito web - Amministrazione trasparente – altri contenuti – anticorruzione, assolvendo, in tal modo, all'obbligo di trasmissione all'ANAC, ai sensi dell'art. 1, commi 8 e 60 della legge 190/2012;
  - o adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
  - o individua gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione, nell'ottica della effettiva e consapevole partecipazione al processo di prevenzione della corruzione (si

---

<sup>2</sup> La conferma si ricava dal combinato disposto dell'art. 6 del d.l. 80 in tema di PIAO (per la parte programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza) e dell'art. 2-bis del d.lgs. 33/2013. Tale ultima disposizione individua l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina della trasparenza, a cui fa rinvio l'art. 1, co. 2-bis, della l. 190/2012 per identificare i soggetti tenuti all'adozione del PTPCT o delle misure di prevenzione della corruzione integrative rispetto a quelle adottate ai sensi del d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231. (v. "orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, approvato dal Consiglio dell'ANAC il 02 febbraio 2022", pag. 3) e V. delibera ANC del 13 aprile 2022 sugli obblighi di pubblicazione per le P.A. ad uso degli Organismi di Valutazione.

richiama in proposito l'art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013, come novellato dall'art. 10 del d.lgs.97/2016, che stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali);

- introduce le necessarie modifiche organizzative per assicurare al RPC funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
  - riceve la relazione annuale del RPC, che può essere chiamato a riferire sull'attività.
- **Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario**, in virtù delle prerogative, delle attribuzioni e dei compiti loro conferiti dal d. lgs 502/1992;
- **tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza**, nell'ambito delle funzioni loro assegnate e di seguito riportate:
- svolgono attività informativa nei confronti del responsabile e dell'autorità giudiziaria (art.16 d.lgs 165/2001; art. 30 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
  - partecipano al processo di individuazione delle aree a rischio;
  - partecipano al processo di gestione del rischio mediante la proposta di misure di prevenzione (art. 16 d.lgs 165/2001);
  - assicurano l'osservanza del Codice di comportamento;
  - adottano misure gestionali, quali l'avvio dei procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale (art.16 e 55 bis del d. lgs 165/2001);
  - osservano le misure del P.T.P.C.T: (art. 1, comma 14 della legge 190/2012);
  - provvedono, ciascuno per la propria area e competenza, alla pubblicazione dei dati e degli atti individuati dal d. lgs 33/2013, garantendone il puntuale aggiornamento;
  - effettuano il monitoraggio periodico sull'attuazione delle misure di prevenzione corruzione previste dal Piano.

Il coinvolgimento dei dirigenti e la relativa collaborazione nel sistema di prevenzione della corruzione è assicurata anche dall'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo, anche grazie alla previsione dell'attuazione delle misure oggetto del PTPCT nell'ambito degli obiettivi legati al raggiungimento della performance.

Mediante i confronti individuali con il RPCT ed il coinvolgimento nelle fasi di mappatura dei processi, proposta di misure preventive del rischio, monitoraggio sull'efficacia e sul rispetto delle predette misure i dirigenti partecipano al processo di gestione del rischio.

- **l'O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno**

- partecipano al processo di gestione del rischio considerando i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art. 43 e 44 del d.lgs 33/2013);
- verificano l'integrazione tra PTPC e Piano delle Performance (art. 44 D. Lgs 33/2013).

- **l'Ufficio Procedimenti Disciplinari:**

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis del 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20, DPR 3/1957 art. 1, comma 3 legge 20/1994, art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del codice di comportamento.

- **tutti i dipendenti dell'Azienda:**

- partecipano al processo di gestione del rischio;

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1 comma 14 legge 190/2012);
  - segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'Ufficio procedimenti disciplinari o al responsabile della prevenzione della corruzione (art. 54 bis d.lgs 165/2001);
  - segnalano i casi di conflitto di interesse (art.6 bis legge 241/1990).
- **i collaboratori a qualsiasi titolo** dell'Azienda:
- osservano le misure contenute del P.T.P.C.;
  - si adeguano alle disposizioni del Codice di comportamento aziendale, per quanto compatibili;
  - segnalano le eventuali situazioni di illecito al responsabile della prevenzione della corruzione.

Per consentire agli *stakeholders* di inoltrare eventuali contributi per la stesura del Piano, in data 30/11/2021 è stata pubblicata sul sito WEB aziendale, alla sezione Amministrazione Trasparente, opportuna informativa rivolta ai cittadini e a tutte le associazioni o altre forme organizzative portatrici di interessi collettivi, al fine di consentirne il coinvolgimento nell'ambito della predisposizione del "PTPCT 2022-2024", mediante la presentazione di osservazioni, contributi, suggerimenti e quant'altro che possa risultare utile.

I poteri di vigilanza sulla qualità dei Piani adottati dalle pubbliche amministrazioni sono esercitati dall'ANAC (art. 1, commi 2 e 3, L. 190/2012). L'esercizio dei suddetti poteri può determinare l'emissione di raccomandazioni (ovvero nei casi più gravi l'esercizio del potere di ordine) alle amministrazioni perché svolgano le attività previste dal Piano medesimo. L'ANAC esercita, infine, (art. 19, co. 5, d.l. 90/2014) poteri sanzionatori nei casi di mancata adozione dei PTPC (o di carenza talmente grave da equivalere alla non adozione).

### 2.3.3 IL CONTESTO ESTERNO RISPETTO AL SANT'ANDREA

Emergenza epidemiologica da Covid-19

L'anno 2021 è stato condizionato dalla gestione dell'emergenza epidemiologica da Sars-CoV-2, che ha inciso e fortemente orientato l'andamento dell'attività produttiva. In relazione all'emergenza epidemiologica da CoViD-19, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, in applicazione dei numerosi provvedimenti regionali finalizzati al contenimento della diffusione dell'epidemia e al trattamento dei pazienti infetti da SARS-CoV-2, ha concentrato la massima attenzione alla definizione delle misure urgenti in materia di gestione dell'emergenza, attraverso l'adozione di numerosi provvedimenti che hanno comportato la riprogrammazione di tutte le attività secondo nuovi e urgenti criteri di priorità.

Il ruolo di "Ospedale CoViD-19" dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea nella gestione dell'emergenza epidemiologica da CoViD-19 è stato confermato da numerosi provvedimenti regionali, sia nella prima ondata che nella seconda, inducendo l'Azienda a rivedere periodicamente l'assetto organizzativo finalizzato alla temporanea attivazione di reparti di degenza da destinare al trattamento dei pazienti affetti da CoViD-19, prevedendo la contemporanea rimodulazione e/o riallocazione temporanea di alcuni reparti di degenza destinati al trattamento dei pazienti non affetti da CoViD-19.

Sebbene il 31 marzo 2022 sia stata decretata la fine dell'emergenza pandemica questa Azienda, data la complessità organizzativa ed operativa, ha mantenuto "dormienti" le infrastrutture ed implementazioni organizzative realizzate per contrastare la pandemia, in modo da poter far fronte ad eventuali ulteriori emergenze.

## VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 il Sant'Andrea Hub Vaccinale

A partire dal 27 dicembre 2020, è stata ufficialmente avviata la campagna di vaccinazione contro il COVID-19. L'Azienda Ospedaliero-universitaria Sant'Andrea (AOUSA), è stata designata fra i 20 ospedali/IRCCS regionali individuati dalla Regione Lazio come Punti Vaccinali Ospedalieri (PVO). All'interno dell'AOUSA sono stati allestiti tre PVO, operativi per 15 mesi in base all'organizzazione aziendale ed alle richieste di incremento dell'attività o altro da parte della Regione.

Nei primi mesi si è proceduto con la vaccinazione del personale sanitario aziendale. Oltre ciò, dall'8 febbraio 2021 al 19 marzo 2022 l'AOUSA ha partecipato alla campagna di vaccinazione di massa offerta alla popolazione generale, secondo modalità e priorità che hanno tenuto conto del rischio di malattia, dei tipi di vaccini autorizzati e della loro effettiva disponibilità, nel quadro della strategia generale messa a punto dalle Autorità sanitarie.

Presso l'AOUSA sono stati utilizzati vaccino COVID-19 Comirnaty® Pfizer-BioNTech (PF) e Vaxzevria AstraZeneca (AZ), per un totale di oltre 217.000 somministrazioni suddivise come mostrato nella tabella sottostante:

Dose 1			Dose 2			Dose 3/Add-Booster			Dose 4/Fragili			PEDIATRI CO Dose 1	PEDIATRI CO Dose 2	<u>TOTALE</u>
PF	AZ	<u>TOT</u>	PF	AZ	<u>TOT</u>	PF	MO D	<u>TOT</u>	P F	MO D	<u>TO T</u>	PF	PF	
78.428	14.854	93.282	73.810	12.885	86.695	24.536	1.448	25.984	9		91	6.179	5.329	<b>217.560</b>

Inoltre sono stati vaccinati, presso gli ambulatori specialistici, circa 1700 pazienti fragili dai rispettivi clinici di riferimento.

Nell'autunno del 2021 è stata offerta la co-somministrazione del vaccino antinfluenzale alle categorie per le quali è raccomandata, per un totale di circa 800 dosi effettuate.

Le attività di *counseling*, valutazione anamnestica pre-vaccinale e covid-relata ed all'intervista per la raccolta del consenso informato sono state sostenute da 52 medici vaccinatori di cui 12 interinali e 50 interni.

Con la collaborazione di medici anestesisti sono state effettuate speciali sedute per vaccinazioni protette a soggetti allergici o particolarmente fragili.

Le scuole di specializzazione di Medicina, Pediatria ed Anestesia hanno reso disponibili tutti i medici specializzandi in forza. Le attività di ricostituzione del vaccino e somministrazione sono state effettuate dal comparto infermieristico per un totale di 50 unità. I vaccini sono stati conservati e stoccati presso i locali della UOC Farmacia ed il personale della stessa UOC si è occupato della logistica, allestimento e movimentazione dei flaconi presso i PVO, 1 per turno per un totale di 8 unità. La Farmacia ha inoltre seguito le attività di farmacovigilanza degli eventi avversi.

Le attività amministrative di supporto alla prenotazione, programmazione delle agende e registrazione sul portale dell'anagrafe vaccinale di avvenuta vaccinazione sono state condotte dagli operatori cup per un totale di 40 unità. Oltre a ciò hanno prestato servizio in attività di assistenza, accoglienza ed altro, il personale della vigilanza e di diverse associazioni di volontariato (Croce rossa, Associazione Smile X, ABIO).

Tutta l'attività è stata regolata e proceduralizzata attraverso la stesura di numerose procedure aziendali ed istruzioni di lavoro e sono stati organizzati continui eventi formativi. Al fine di

promuovere la vaccinazione e facilitare l'accesso, l'AOUSA ha aderito a diverse iniziative fra le quali l'organizzazione di *open day* anche in orari notturni.

Un'importante attività di comunicazione attraverso una casella di posta elettronica creata *ad hoc* (3.250 circa messaggi ricevuti, 3.400 circa messaggi inviati) ed una linea telefonica che ha ricevuto circa 100 chiamate al giorno, ha garantito risposte e pareri clinici e risoluzione di problematiche amministrative. Per la comunicazione esterna e la divulgazione scientifica, sono stati pubblicati due *paper* che descrivono l'esperienza dell'AOUSA. Infine, è stata svolta attività divulgativa e di comunicazione con 5 interviste televisive, analisi statistiche e reportistica per gli enti nazionali e regionali, 6 chat whatsapp vac. .

**Formazione degli operatori dell'Hub Vaccinale:** Sono stati organizzati n. 3 corsi di formazione specificamente rivolti agli operatori dell'Hub Vaccinale (personale medico e infermieristico). E' stato anche particolarmente curato l'addestramento degli operatori coinvolti ad altro titolo nell'attività.

### Contesto demografico

Come già specificato in premessa, appare opportuno ricordare la peculiare collocazione geografica della struttura e fornire ulteriori elementi informativi.

L'Azienda è situata in un'area tra nord e nord-est di Roma e il territorio settentrionale della sua provincia.

Pur se extraterritoriale per definizione, l'Azienda esercita la sua attrattività prevalentemente sui residenti dei Municipi II, III (ex IV), XIV (ex XIX), XV (ex XX), che rientrano nella competenza territoriale dell'ASL RM1 e dei comuni di Monterotondo, Mentana, Cerveteri, Bracciano, Ladispoli, Manziana, Anguillara Sabazia, Trevignano Romano, Canale Monterano, Sacrofano, Rignano Flaminio, Capena, Campagnano di Roma, Formello, Morlupo, Riano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina, Fiano Romano, Ponzano Romano, Nazzano, Mazzano Romano, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo che rientrano nella competenza delle AA.SS.LL. RM4 e RM5. E' evidente che la sua collocazione geografica (confluenza delle due grandi direttive viarie Cassia bis e Flaminia) orienta una specifica vocazione della Azienda ad offrire prestazioni di II e III livello caratterizzate da elevata specializzazione e qualificazione professionale anche ai pazienti provenienti sia dalla provincia di Viterbo che da quella di Rieti.

L' Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha una collocazione geografica del tutto particolare nel contesto metropolitano, che la rendono unica per caratteristiche di afferenza territoriale e molto diversa dai grandi complessi ospedalieri e universitari romani, che sono di più antica istituzione e di regola collocati più vicini al centro cittadino. L'Azienda è infatti situata nell'area nord di Roma, in immediata prossimità del GRA e di arterie di grande comunicazione (Vie Flaminia, Cassia, Salaria, diramazione autostradale Roma Nord) che la mettono in diretto e rapido collegamento con il territorio settentrionale della provincia romana e in condizione di facile accessibilità anche dalle province di Rieti e Viterbo. In virtù delle sue caratteristiche di elevata qualificazione, legate alla natura universitaria e alla qualità dei servizi, e della presenza di queste grandi direttrici del traffico, pur se extraterritoriale per definizione, l'Azienda esercita la sua attrattività prevalentemente sui residenti della ASL RM 1 (nel cui territorio insiste), della ASL RM 4 e della ASL RM 5.

La realtà territoriale nella quale è collocata l'Azienda presenta una struttura per età simile a quella della Regione Lazio, con una progressiva diminuzione delle classi di età giovane ed un aumento delle persone di età superiore ai 65 anni.

Gli indicatori demografici delle AASSLL di riferimento evidenziano che il territorio della ASL Roma 1 è demograficamente senile in relazione al fatto che la natalità e la mortalità decrescono continuamente, determinando proporzioni di popolazione anziana molto alte. L'indice di vecchiaia si è infatti incrementato rispetto al 2006 e indica che per ogni 100 giovani ci sono 165 anziani, il che conferma l'andamento demografico in atto in tutta Italia e nei paesi occidentali. Anche l'indice di invecchiamento è incrementato e rappresenta una percentuale di persone over 65enni nella popolazione residente nella stessa ASL che è pari al 22,1%.

L'analisi della mortalità per causa, riferita sempre al territorio dell'ASL RM-1, evidenzia una mortalità più elevata, rispetto a quella rilevata nel Comune di Roma, nei maschi per malattie del sistema cardiocircolatorio, per tumori e per le patologie dell'apparato respiratorio, mentre nelle femmine, accanto alle patologie del sistema cardiocircolatorio e tumorali, emergono le malattie del sistema endocrino e quelle immunitarie.

Per quanto riguarda il territorio della ASL Roma 4, gli indicatori demografici evidenziano una rilevanza significativa della presenza di nuclei di popolazione immigrata, a volte con alte concentrazioni in comuni di piccole dimensioni. Per incidenza percentuale, fra i Comuni che si collocano ai vertici della graduatoria di quelli con il più alto tasso di residenti stranieri, vi sono Rignano Flaminio con il 16,7%, Campagnano di Roma con il 15,9% e Ladispoli con il 15,6%. Tutti i comuni romani nel 2012 hanno conosciuto incrementi di residenti stranieri: tra il 2011 e il 2012 nella provincia di Roma l'incremento dei residenti complessivi è stato del +1,1%, quello dei soli residenti stranieri del +11,4%.

La popolazione residente sempre nell'ASL RM-4 ha fatto registrare nell'ultimo decennio un notevole incremento, assai più rilevante, anche per gli aspetti sanitari, se si considera la classe d'età degli ultrasessantacinquenni

Contesto esterno con riferimento alla corruzione

Preliminarmente occorre evidenziare che numerose ricerche e analisi internazionali continuano a descrivere l'Italia come un paese affetto dalla piaga della corruzione, nonostante le importanti iniziative intraprese per contrastare il fenomeno corruttivo.

Ciò parrebbe confermato anche dall'indice di Percezione della Corruzione (CPI) elaborato da *Transparency International*, che misura la percezione della corruzione nel **settore pubblico** e **nella politica** in numerosi Paesi di tutto il mondo, basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti".

Dall'analisi dei dati relativi alla percezione della corruzione, raccolti da *Transparency international* ogni anno, risulta che l'Italia abbia perso una posizione nella classifica dei 180 Paesi presi in esame. Il rallentamento del trend positivo, che aveva visto l'Italia recuperare ben 11 punti dal 2012 al 2019, conferma in ogni caso l'Italia al 20esimo posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione.

Secondo l'analisi di *Transparency*, negli ultimi anni l'Italia ha compiuto significativi progressi nella lotta alla corruzione: ha introdotto il diritto generalizzato di accesso, rendendo maggiormente trasparente l'attività della Pubblica Amministrazione, ha approvato la disciplina a tutela del *Whistleblower* e, con la legge anticorruzione del 2019, ha inasprito le pene previste per taluni reati.

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

L'Azienda intende, dunque, individuare strategie di prevenzione basate sulla introduzione di buone prassi e di sistemi di verifica che consentano di perseguire gli obiettivi di efficacia e di efficienza dell'agire amministrativo, nella convinzione che, in parte, anche l'appropriatezza delle scelte organizzative e gestionali contribuisca a diminuire le conseguenze negative causate da episodi di corruzione a danno della collettività.

Nel quadro sopra delineato, il presente Piano mira ad individuare, mediante il contributo dei dirigenti delle strutture coinvolte nei procedimenti decisionali aziendali, misure in grado di prevenire il verificarsi di ipotesi di corruzione, intesa quale fenomeno di *maladministration*, mediante l'introduzione di misure di trasparenza, regolamentazione, informatizzazione dei processi e gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

Recentemente l'ANAC <sup>3</sup> ha fornito alcune indicazioni operative per le attività di contrasto alla corruzione, elaborate a seguito di una significativa analisi della attività finora svolta dalle amministrazioni, che ha consentito all'ANAC, quale osservatore privilegiato, di cogliere i maggiori margini di ottimizzazione e semplificazione da evidenziare agli operatori coinvolti.

In particolare:

- 1. L'utilità del coordinamento tra il PTPCT ed il Piano della *performance***, in quanto funzionale ad una verifica dell'efficienza dell'organizzazione nel suo complesso e la rilevanza dell'integrazione dei sistemi di *risk management* per la prevenzione della corruzione con i sistemi di pianificazione, programmazione, valutazione e controllo interno delle amministrazioni.
- 2. Il ruolo fondamentale della FORMAZIONE per incrementare la consapevolezza dell'utilità dei piani.** È risultato infatti che, al fine di creare nell'amministrazione una cultura dell'anticorruzione e della trasparenza, punto di forza è la programmazione e l'attuazione di percorsi di formazione rivolti al personale, specie quello addetto alle aree a maggior rischio corruttivo.
- 3. L'adozione di un sistema improntato al monitoraggio periodico per la valutazione dell'effettiva attuazione e adeguatezza rispetto ai rischi rilevati delle misure di prevenzione.**  
Già da vari anni presso l'AOUSA vengono effettuati monitoraggi periodici da parte delle UU.OO. interessate circa la sostenibilità delle misure adottate per contrastare il rischio corruttivo legato ai processi aziendali. L'RPCT riceve relazioni quadrimestrali (processi ad alto rischio corruttivo), semestrali (medio rischio) annuali (rischio basso). Le risultanze dei monitoraggi periodici vengono pubblicate nella sezione "Dati Ulteriori" del portale "Amministrazione Trasparente" (V. Punto 10.2. del Piano). Nell'allegato (Allegato n. 2 PTPCT) al presente Piano "Misure di prevenzione oggetto di adozione PTPCT 2022-2024" viene indicato, per ogni misura, lo stato di attuazione così come risultante dagli esiti dell'ultimo monitoraggio, per poi esporre la programmazione per il successivo triennio di riferimento.
- 4. Occorre da ultimo sottolineare come l'incremento del grado di automazione e digitalizzazione di molti processi abbia consentito di aumentare l'efficacia, l'efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione.**

Nell'anno 2022 AOUSA ha aderito al progetto "competenze Digitali per la PA" promosso dalla Dip Funzione Pubblica per la valorizzazione lo sviluppo del capitale umano nelle P.A. Il progetto è finalizzato ad uniformare le competenze digitali dei dipendenti pubblici attraverso una formazione mirata, offerta loro dopo una analisi del fabbisogno individuale.

---

<sup>3</sup> v. "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, approvato dal Consiglio dell'ANAC il 02 febbraio 2022"

IL QUADRO NORMATIVO: Piano Nazionale Anticorruzione, gli aggiornamenti 2021  
***Il Consiglio di Anac, nella seduta del 21 luglio 2021, è intervenuto sul Piano Nazionale Anticorruzione. In considerazione delle profonde e sistematiche riforme che interessano i settori cruciali del Paese, e primi tra essi quello della prevenzione della corruzione e quello dei contratti pubblici, ha ritenuto per il momento di limitarsi, rispetto all'aggiornamento del PNA 2019-2021, a fornire un quadro delle fonti normative e delle delibere sopravvenute e rilevanti rispetto alla originaria approvazione del piano triennale. Le stesse vengono riportate nelle tabelle di seguito riportate, aggiornate alla data del 16 luglio 2021.***

**Tabella dei decreti legge intervenuti nel 2021 in corso di conversione in legge ed eventuali atti dell'Autorità adottati in relazione alle modifiche normative introdotte**

<p><b>Decreto Legge 31 maggio 2021, n. 77</b> <i>“Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”</i></p> <p><b>(Scadenza per la relativa conversione in legge 30 luglio 2021)</b></p> <p>ART. 47 <i>“Pari opportunità, generazionali e di genere, nei contratti pubblici PNRR e PNC”</i></p>	<p>Il comma 9 dell’art. 47 dispone l’obbligo di pubblicare sul profilo del committente, nella sezione "Amministrazione trasparente", ai sensi dell'articolo 29 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 i rapporti sulla situazione del personale, ai sensi dell'articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 e le relazioni di genere sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta.</p> <p>La norma dispone anche un obbligo di comunicazione di tali dati alla Presidenza del consiglio dei ministri ovvero ai Ministri o alle autorità delegate per le pari opportunità e della famiglia e per le politiche giovanili e il servizio civile universale.</p>
<p><b>Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante</b> <i>“misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”</i></p> <p><b>Convertito nella legge 113 del 6 agosto 2021</b></p> <p>Art. 6 <i>“Piano integrato di attività e organizzazione”</i>.</p>	<p>La norma prevede l’adozione, da parte delle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, di un “Piano integrato di attività e di organizzazione” <i>“nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190”</i>.</p>

Oltre a quanto sopra, e come già evidenziato in premessa, è d'obbligo sottolineare qui le recenti novità previste dal D.L 36/2022 (il c.d. "PNRR2") tra le quali all'art. 4 è previsto l'aggiornamento dei Codici di comportamento della P.A. con misure dedicate al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della Pubblica Amministrazione.

### 2.3.4 IL CONTESTO INTERNO

Come specificato in premessa, appare opportuno ricordare anche in questa sezione, che l' Azienda ospedaliero - universitaria Sant'Andrea è stata istituita con la L. n. 453/1999 quale struttura di rilievo nazionale e di alta specialità e sede della II facoltà di Medicina e Chirurgia della Sapienza Università di Roma.

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

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

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

Come disciplinato dal Protocollo d'Intesa Regione – Università, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 208/2016, pubblicato sul BUR Lazio del 21.6.2016, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è sede del polo didattico della facoltà di Medicina e psicologia dell'Università Sapienza, che assicura un'offerta formativa completa e articolata. In qualità di Azienda ospedaliero universitaria di cui all'art. 2, commi 1 e 3, del D.Lgs. n. 517/99, l'Azienda persegue l'obiettivo di realizzare la stretta integrazione e sinergia tra le attività di ricerca e di didattica proprie dell'Università e quelle assistenziali e di efficienza gestionale proprie delle aziende sanitarie, riconoscendo l'inscindibilità delle tre funzioni (didattica, ricerca e assistenza).

Ricettività della struttura al 2021

Ai fini dell'erogazione del servizio assistenziale, in base al Decreto del Commissario ad Acta n. 368/2014 in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, così come rettificato dal DCA n. 412/2014, nonché dal Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 (di cui ai DCA n. 303/2019, DCA n. 81/2020 e DGR n. 406/2020) e dalla Determinazione 18 giugno 2021, n G07512 "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015", tenuto conto di quanto confermato dal Protocollo d'Intesa tra Regione ed Università di cui al DCA 208/2016, l'Azienda dispone di **n. 460 posti letto** per acuti, di cui 421 posti letto destinati ai ricoveri a ciclo continuo e 39 ai ricoveri a ciclo diurno, articolati per specialità come indicato nella suddetta Determinazione 18 giugno 2021, n G07512.

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

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

Consistenza organica

Per l'espletamento dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca l'Azienda provvede con le risorse umane che, suddivise nei diversi profili professionali, al 01/01/2021 ammontano complessivamente

a n. 2.062 unità, di cui n. 1.810 dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale e n. 252 dipendenti dall'Università.

Secondo le previsioni di cui al D. Lgs. 517/99, i professori e i ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso l'Azienda sono individuati dal Direttore generale, d'intesa con il Rettore, in conformità ai criteri stabiliti nel Protocollo d'Intesa tra Regione e Università; con lo stesso provvedimento è stabilita l'afferenza dei singoli professionisti e ricercatori universitari ai dipartimenti integrati.

I dirigenti medici a tempo indeterminato afferenti alle strutture assistenziali ricomprese nei DAI, sono distribuiti complessivamente e percentualmente in 65,3% ospedalieri e 34,7% universitari.

Ai professori e ricercatori universitari, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, le norme stabilite per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'adempimento dei doveri assistenziali, il personale universitario risponde al Direttore generale.

Nella tabella a seguire si dettaglia il personale presente in servizio al 01.01.2021.

Profilo contrattuale	Ospedalieri			Universitari			Totale
	Nr. Maschi	Nr. Femmine	Sub-totale	Nr. Maschi	Nr. Femmine	Sub-totale	
<b>DIRIGENTI</b>							
Dirigenza Medica	145	195	<b>340</b>	124	57	<b>181</b>	<b>521</b>
Dirigenza Sanitaria	1	23	<b>24</b>	2	10	<b>12</b>	<b>36</b>
Dirigenza Amministrativa	6	4	<b>10</b>	0	0	<b>0</b>	<b>10</b>
Dirigenza Professionale	1	0	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>	<b>1</b>
Dirigenza Tecnica	2	1	<b>3</b>	0	0	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Sub-Totale Dirigenti</b>	<b>155</b>	<b>223</b>	<b>378</b>	<b>126</b>	<b>67</b>	<b>193</b>	<b>571</b>
<b>COMPARTO</b>							
Comparto Sanitario	290	740	<b>1.030</b>	12	32	<b>44</b>	<b>1.074</b>
Comparto Tecnico	94	109	<b>203</b>	3	2	<b>5</b>	<b>208</b>
Comparto Professionale	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Comparto Amministrativo	69	130	<b>199</b>	2	8	<b>10</b>	<b>209</b>
<b>Sub-Totale Comparto</b>	<b>453</b>	<b>979</b>	<b>1.432</b>	<b>17</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>1.491</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>608</b>	<b>1.202</b>	<b>1.810</b>	<b>143</b>	<b>109</b>	<b>252</b>	<b>2.062</b>

L'anno 2021 ha visto l'introduzione, per tutto il personale afferente all'area sanitaria, dell'obbligo vaccinale anti SARS Cov-2. In questo caso, l'Azienda ha preso iniziative di controllo ex-post, non essendo possibile accertare ex-ante il rispetto dell'obbligo. Ciò è avvenuto sia sulla base delle comunicazioni degli ordini professionali, sia attuando un controllo puntuale del green-pass, Laddove siano stati accertati casi di inadempimento, l'Azienda ha dato avvia alle idonee procedure presso gli uffici competenti.

In esecuzione dell'Atto Aziendale 2017, con deliberazione n. 842/2017 l'Azienda ha avviato un processo di trasformazione che ha condotto, tra l'altro, al conferimento dei nuovi incarichi dirigenziali

ed alla adozione del protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante.

Con deliberazione n. 921 del 09 settembre 2021, l'Azienda ha varato la «Proposta di modifica dell'Atto di Autonomia Aziendale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00247 del 3 luglio 2017.», che ha avuto l'approvazione Regionale con Determinazione n. G0374 del 29 marzo 2022, «Approvazione delle modifiche parziali dell'Atto Aziendale della Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea approvato con il Decreto del Commissario ad Acta 3 luglio 2017 n. U00247»

La determinazione regionale di cui sopra è stata recepita con deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 07/04/2022.

L'atto aziendale è stato pubblicato e reso consultabile alla sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

Tra i primi atti volti all'attuazione delle modifiche dell'Atto Aziendale vi è l'adozione del nuovo piano dei centri di costo aziendale, di cui alla deliberazione n. 584 del 12/05/2022.

### **2.3.5 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE CORRUZIONE: FUNZIONI ED OBBLIGHI**

Con deliberazione n. 672 del 20.10.2014, su proposta della U.O.S. Affari Generali e Consulenza Giuridica è stato istituito "*l'Ufficio anticorruzione e trasparenza*" per l'espletamento delle funzioni e attività previste dalla normativa in suddetta materia, in *staff* alla Direzione Generale, e individuato il Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza.

Con deliberazione n. 480 del 31 maggio del 2016, concernente la rotazione degli incarichi dirigenziali in applicazione dei principi e delle norme di cui alla Legge 190/2012, l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza, ai sensi dell'art. 1, c. 7 L. 190/2012 e dell'art. 43 D.Lgs. 33/2013 è stato conferito alla dott.ssa Stefania Marconi, dirigente della UOS Affari Generali e Consulenza Giuridica, avendo il dott. Nicola D'Agostino, precedentemente incaricato quale RPCT, assunto le funzioni di dirigente della UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale e risultando lo stesso, pertanto, incompatibile con l'incarico in questione.

Con deliberazione n. 1210 del 27/12/2018, a seguito della soppressione della UOS Affari Generali e consulenza giuridica, intervenuta in dipendenza dell'applicazione del citato atto aziendale, è stato conferito/confermato l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza alla dott.ssa Stefania Marconi, incarico dalla stessa detenuto fino al 15 marzo 2022.

Con provvedimento del Direttore generale n. 447 dell'11 aprile 2022 l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza è stato conferito alla dott.ssa Rosa D'Arca, dirigente amministrativo, Direttore della UOC Formazione, Ricerca e Coordinamento Amm.vo DAI nonché, dal 16 marzo 2022, direttore ad interim della UOC Affari Generali e consulenza giuridica.

Ai sensi degli «*Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione Trasparenza 2022*» laddove il RPCT svolga l'incarico in via esclusiva, circostanza che potrebbe verificarsi in enti di grandi dimensioni con organizzazione complessa, la durata dell'incarico dovrebbe non essere inferiore a tre anni e prorogabile una sola volta.<sup>4</sup>

Nel caso, invece, in cui l'incarico di Responsabile si configuri come incarico aggiuntivo a dirigente già titolare di altro incarico, la durata prevista è altamente raccomandato non sia inferiore a quella del contratto sottostante all'incarico già svolto, e comunque nel rispetto del limite temporale di tre anni di cui sopra si è detto, prevedendo eventualmente una sola proroga.

A fronte di una temporanea ed improvvisa assenza del RPCT, è opportuno che venga nominato un sostituto. Nel PTPCT, o, per gli enti tenuti all'adozione del PIAO, nell'apposita sezione del PIAO

---

<sup>4</sup> Documento ANAC approvato dal consiglio il 02.02.2022 – sezione I – Scelta del responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

dedicata alle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, quindi, vanno predisposte indicazioni per affrontare tale evenienza, prevedendo, ad esempio, una procedura organizzativa interna che, sulla base di criteri prestabiliti, permetta di individuare in modo automatico il sostituto del RPCT. Quando l'assenza si traduce, invece, in una vera e propria *vacatio* del ruolo di RPCT è compito dell'organo di indirizzo attivarsi immediatamente per la nomina di un nuovo Responsabile, con l'adozione di un atto formale di conferimento dell'incarico (v. art. 1, c. 7, L. 190/2012).

L'atto di nomina del RPCT è, del resto, uno dei presupposti necessari alla strategia funzionale a prevenire il rischio di corruzione all'interno dell'amministrazione.

Le funzioni del responsabile-sono:

- proporre al Direttore Generale il piano Triennale di prevenzione della corruzione;
- verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità rispetto ai fini previsti;
- proporre tutte le modifiche del piano a seguito dell'accertamento di significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nelle attività dell'amministrazione;
- verificare l'attuazione, da parte dei Dirigenti competenti, delle misure previste nel Piano;
- definire, d'intesa con i Dirigenti delle strutture coinvolte e con la UOC Formazione, Ricerca e Coordinamento Amministrativo DAI procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- individuare, su proposta dei dirigenti aziendali, il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità.

Ai sensi del D.Lgs. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi, compete inoltre al Responsabile della prevenzione della corruzione:

- contestare agli eventuali interessati l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità con l'incarico ricoperto
- segnalare i casi di possibile violazione delle disposizioni sulla inconferibilità e/o incompatibilità all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla Legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Per l'espletamento delle funzioni attribuite dalla legge il Responsabile si avvale della collaborazione dei Referenti per la prevenzione della corruzione, individuati nei Dirigenti responsabili delle strutture organizzative semplici e complesse aziendale, ovvero nei loro delegati.

Allo stato attuale, la carenza di risorse umane non ha consentito di dare concreta attuazione alla previsione, contenuta nella deliberazione 672/2014, di una struttura amministrativa di supporto al RPCT.

L'Azienda riconosce tuttavia la necessità di dotare il RPCT di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere.

L'apporto al RPCT è attualmente prestato dalla collaborazione delle strutture coinvolte nei processi di prevenzione della corruzione nell'attuazione di tutte le misure di prevenzione, ivi comprese quelle di trasparenza e monitoraggio.

### **2.3.6 RESPONSABILITÀ DEL RPCT E REVOCA DELL'INCARICO**

Per quanto concerne le responsabilità gravanti sul RPCT, l'articolo 1 comma 8 della legge 190/12 prevede che *“la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale”*.

Nel caso, poi, di commissione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, l'articolo 1 comma 12 prevede una forma di responsabilità generale in capo al responsabile 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. Infatti la norma citata prevede che in caso di commissione, all'interno dell'amministrazione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il responsabile della prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs 165/2011 e s.i.m. e sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- 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;
- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

La sanzione disciplinare a carico del responsabile non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei.

In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano triennale il Responsabile risponde ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001 e s.i.m. nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La revoca dell'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione, oggetto di approfondito esame da parte dell'Autorità nell'aggiornamento 2018, 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. Rimane fermo l'obbligo di rotazione e la conseguente revoca dell'incarico nel caso in cui nei confronti del dirigente responsabile della prevenzione siano avviati procedimenti disciplinari o penali.

### **2.3.7 RELAZIONE ANNUALE SULL'ATTIVITA'**

Ai sensi della Legge 190/2012, il Responsabile entro il 15 dicembre di ogni anno deve trasmettere all'organo di indirizzo politico una relazione sui risultati dell'attività svolta, nonché curare che la stessa relazione sia pubblicata sul sito aziendale, e precisamente nell'area ad essa dedicata "amministrazione trasparente".

Con comunicato del 2 dicembre 2021, tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Consiglio dell'ANAC ha differito al 31 gennaio 2022, il termine per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale 2021 che i Responsabili per la Prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT) sono tenuti ad elaborare, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012.

La relazione annuale sull'attività del RPCT riguardante il 2021, inviata preliminarmente alla Direzione Strategica e all'OIV per l'eventuale confronto sui relativi contenuti, è stata pubblicata sul sito web aziendale.

### **2.3.8 INSERIMENTO DELL'RPCT NELL'AMBITO DEL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI**

Il RPCT è inserito nell'ambito del sistema dei controlli interni, al quale partecipa nei casi di segnalazioni effettuate dall'interno e/o dall'esterno e comunque su richiesta della Direzione Strategica, unitamente agli Organi ed Organismi, individuati sulla base delle vigenti disposizioni normative.

In particolare, ai sensi del D.Lgs. 286/1999 e s.m.i. le pubbliche amministrazioni, nell'ambito della rispettiva autonomia, si dotano di strumenti adeguati a:

- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);

- valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvede il **Collegio Sindacale**, nominato con deliberazione n. 1302 del 23/12/2021 e insediato in data 12/01/2022.

L'Organismo Indipendente di Valutazione, **OIV**, è stato nominato con deliberazione n. 109 del 04/02/2022 e partecipa al sistema dei controlli l'OIV, esercitando, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs 150/2009 le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del citato decreto legislativo n. 286 del 1999, nonché a monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni, mediante l'elaborazione di una relazione annuale sullo stato dello stesso.

L'OIV è altresì tenuto a comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, a validare la Relazione sulla performance, assicurandone la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione, a garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità, a proporre, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi, a promuovere e attestare, da ultimo, l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

Gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) e le strutture con funzioni assimilabili, devono:

- offrire, 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;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Gli RPCT possono avvalersi delle strutture di vigilanza ed audit interno, laddove presenti, per:

- attuare il sistema di monitoraggio del PTPCT, richiedendo all'organo di indirizzo politico il supporto di queste strutture per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio.

I dirigenti svolgono costantemente l'attività di monitoraggio, verifica e controllo sul personale assegnato alle UU.OO., onde garantire il rispetto delle disposizioni aziendali e del Codice di comportamento.

### **2.3.9 I DIRIGENTI AZIENDALI QUALI “REFERENTI” PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

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

di prevenzione, avvengono attraverso un processo dinamico di confronto, di collaborazione, oltre che di raccolta delle proposte elaborate dai Dirigenti responsabili.

Viene confermato il ruolo del personale Dirigente - cui è stato richiesto dal RPCT di individuare figure di riferimento, per singola unità operativa, nella gestione dei processi finalizzata alla prevenzione della corruzione, specie con riferimento alla attuazione delle misure di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.- quale referente per la prevenzione della corruzione per le materie di sua competenza, nonché soggetto responsabile della produzione e pubblicazione degli atti sul sito web aziendale – sezione Amministrazione Trasparente.

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative sono tenuti a:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumere la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati nel PNA 2019 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma);
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Pertanto tutti i Dirigenti aziendali, titolari di incarico di direzione di UOC e di UOS, prestano la necessaria collaborazione nei confronti del Responsabile nelle fasi di:

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

L'assolvimento di tutte le attività sopra previste costituisce obiettivo che contribuisce al conseguimento della performance da parte di tutti i dirigenti.

I Dirigenti responsabili di struttura semplice e complessa, con riguardo alle attività a rischio corruzione di cui al presente piano, effettuano periodicamente il monitoraggio del rispetto dei termini procedurali ed attestano periodicamente l'avvenuta effettuazione delle verifiche.

Sempre con riguardo alle attività a rischio corruzione, i Dirigenti sono tenuti ad informare tempestivamente e senza ritardo il Responsabile in merito alle eventuali anomalie riscontrate, che possano configurarsi quali fenomeni di *maladministration*, fornendo adeguata relazione.

I dirigenti sono altresì tenuti a segnalare al RPCT qualsiasi anomalia riscontrata consistente nella mancata attuazione delle misure oggetto del presente piano, provvedendo contestualmente a porre in essere tutte le azioni volte alla pronta e tempestiva eliminazione delle predette anomalie.

I Dirigenti propongono, infine, al Responsabile della prevenzione ed al Direttore della UOC Formazione, Ricerca e Coordinamento amministrativo DAI le attività di formazione che ritengono adeguate alle attività svolte dal personale assegnato, indicando, in linea con le competenze attribuite, le materie che dovranno essere oggetto di formazione ed i nominativi del personale da formare nell'ambito delle citate attività, nonché il grado di conoscenza delle stesse da parte dei singoli.

Tutti i dipendenti sono chiamati a relazionare al Dirigente della U.O. di afferenza in merito a tutte le eventuali anomalie riscontrate in ordine al rispetto dei termini procedurali e comunque su ogni anomalia in ordine all'applicazione del presente piano.

### **2.3.10 MAPPATURA DEI PROCESSI - MISURE METODOLOGICHE ADOTTATE E INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE**

Per quanto riguarda di mappatura dei processi, l'Azienda conferma l'impostazione metodologica perseguita fin dall'anno 2017, integrata dai principi enunciati nell'allegato 1 al PNA 2019.

La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura è stata condotta come segue:

- 1) individuazione dei processi: tutti i dirigenti sono stati chiamati ad individuare i processi gestiti dalla UO per i quali prevedere un apposito "trattamento" ai fini della prevenzione della corruzione;
- 2) Suddivisione dei processi in sottoprocessi: ciascun processo è stato suddiviso, ove possibile, in sottoprocessi ed eventualmente in fasi, in base alla maggiore o minore complessità delle attività oggetto di analisi. In fase di mappatura, infatti, la maggiore analiticità consente di individuarne più facilmente i punti maggiormente vulnerabili e dunque i potenziali rischi incidenti;
- 3) individuazione del soggetto/i responsabile/i del processo/sottoprocesso/fase;
- 4) analisi dei rischi: sulla base dei processi analizzati e delle fasi di cui essi si compongono, è stato richiesto ai dirigenti di individuare i rischi potenzialmente idonei ad incidere sul buon andamento, anche sulla base delle fonti informative disponibili, della casistica dei fenomeni di *maladministration* registrati in Azienda, e dei fenomeni che, anche sulla base della diffusione di notizie a mezzo stampa, si ripetano con frequenza nell'ambito oggetto di analisi;
- 5) ponderazione e graduazione del rischio: il rischio, che può essere classificato come basso, medio o elevato, è stato valutato dai dirigenti secondo il criterio della prudenza, contemperando la valutazione relativa alla probabilità del verificarsi dell'evento dannoso, con la definizione delle priorità di intervento e trattamento;
- 6) individuazione delle misure già adottate per la prevenzione: è stato richiesto a ciascun dirigente di evidenziare le misure preventive già presenti, quali, a titolo esemplificativo, regolamenti, circolari, linee guida, attuazione di iniziative formative rivolte agli operatori coinvolti nelle attività, misure di rotazione del personale, anche mediante il meccanismo di segregazione delle funzioni, rafforzamento della trasparenza rispetto alle misure minime individuate dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., rafforzamento delle attività monitoraggio e controllo dei processi, gestione, in termini preventivi, delle ipotesi di conflitto di interesse;
- 7) individuazione di misure di prevenzione ulteriori, sulla base del rischio residuo, anche eventualmente riclassificato in base alla ravvisata efficacia delle misure adottate in precedenza: nel richiamare il principio della obbligatoria sostenibilità delle misure da adottare, sia dal punto di

vista economico che da quello organizzativo, al fine di facilitare l'individuazione dei possibili rimedi, è stato sottoposto ai dirigenti l'elenco, di seguito riportato, delle possibili cause che possano dare luogo al verificarsi di eventi dannosi, quali, a titolo esemplificativo:

- mancanza di controlli: in fase di analisi andrà verificato se i controlli siano stati previsti e vengano efficacemente attuati;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo in capo a pochi o ad un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza e/o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di separazione tra politica e amministrazione.

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

Da ottobre a dicembre 2021, il RPCT ha svolto colloqui con i responsabili di tutte le UU.OO. Aziendali coinvolte al fine rivedere i processi già mappati e individuarne di nuovi.

Frutto di tale analisi è stata l'elaborazione di n. 33 Nuove Misure, aggiunte alle precedenti in vari ambiti dell'organizzazione aziendale e, analogamente, non sono state confermate per il triennio 2022-24 n. 20 Misure che risultavano aver raggiunto un completo grado di attuazione e di standardizzazione, come riportate nell'Allegato n. 2 PTPCT al presente Piano.

E' stato fornito, anche quest'anno, ai Dirigenti il documento denominato Anagrafica dei rischi (Allegato n. 5 PTPCT), ovvero un elenco dei principali rischi di corruzione che con maggiore frequenza e probabilità potrebbero verificarsi.

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

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

Permangono, in taluni casi, criticità nei soggetti gestori dei processi e dei rischi ad essi correlati, nell'effettuare analisi che risultino al contempo esaustive e sintetiche, nel distinguere adeguatamente il concetto di processo da quello dei singoli procedimenti amministrativi che lo compongono, nonché criticità e disallineamenti temporali nell'esecuzione dei monitoraggi periodici, secondo le scadenze fissate dal Piano.

Si registrano alcuni ritardi nel tempestivo adempimento degli obblighi di pubblicazione, legati anche alla alimentazione manuale delle informazioni da inserire nel portale dedicato.

Le criticità emerse sono senz'altro in parte ascrivibili alla assenza di uno staff dedicato in via esclusiva alla prevenzione della corruzione.

Per il triennio 2022 – 2024 si intende confermare, in parte, le misure già indicate nei Piani precedenti e proporre di nuove, sulla base di quanto segnalato dai dirigenti delle UU.OO. nella revisione della Mappatura o nei colloqui individuali con il RPCT.

Peraltro, il pesante condizionamento imposto dalla emergenza pandemica non ha consentito di pervenire alla attuazione, entro i termini prestabiliti, di tutte le misure oggetto del precedente Piano per gli anni 2020/ 2021. Per tali ragioni, talune misure sono state riproposte anche per il triennio 2022-2024 e numerose altre, ritenute di perdurante efficacia, sono state confermate.

Nella individuazione delle misure di prevenzione si è tentato di armonizzare, a fini di prevenzione della corruzione, gli obiettivi di efficienza con gli adempimenti, numerosi e crescenti, imposti dalla

vigente normativa, nella profonda consapevolezza che talvolta la ricerca di misure nuove o innovative rischia di sortire l'effetto contrario rispetto al principio che si intende perseguire. Nel caso di specie, dunque, si è tentato di evitare che l'individuazione di misure ulteriori rispetto a quelle già in essere, per taluni processi, possa determinare un appesantimento ulteriore delle procedure che rischi di determinare un malfunzionamento.

### **2.3.11 MISURE PER L'ABBATTIMENTO DEL RISCHIO**

Fin dall'adozione del PTPC 2016-2018 l'Azienda ha optato per l'adozione di misure che potessero risultare efficaci e sostenibili, dal punto di vista economico, temporale e relativo all'impatto organizzativo.

Le misure che l'Azienda intende porre in essere per il triennio 2022 – 2024 confermano l'impostazione seguita in passato e si traducono in azioni volte alla regolamentazione di taluni processi/procedimenti, al monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese, al rafforzamento della trasparenza nei settori maggiormente esposti al rischio di corruzione, alla formazione e sensibilizzazione etica del personale, alla rotazione del personale operante in aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, privilegiando meccanismi di segregazione delle funzioni onde non recare pregiudizio al buon andamento dell'attività amministrativa, alla gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

L'Azienda ribadisce la necessità di proseguire nella attuazione di tutte le misure già adottate, indicate nei precedenti PTPCT, da intendersi espressamente richiamate, anche se non materialmente trascritte, finalizzate alla prevenzione del rischio nelle Aree di rischio generali e specifiche (SSN).

In particolare, le ulteriori misure individuate nell'ambito di processi/subprocessi e fasi, oggetto di espresa ulteriore previsione per il triennio 2022-2024, sono allegate al presente Piano (Allegato n. 2 PTPCT).

#### **MISURE DI REGOLAMENTAZIONE**

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

I regolamenti la cui adozione è prevista per il triennio 2022-2024 sono indicati nel documento allegato al presente Piano, riepilogativo delle misure di prevenzione oggetto di adozione. (Allegato n. 2 PTPCT).

#### **MISURE DI CONTROLLO E MONITORAGGIO**

A conferma di quanto già disposto nel Piano Triennale di prevenzione della corruzione 2015-2017, per l'attuazione delle misure specifiche di intervento delle attività a medio ed alto rischio di corruzione, si è reso necessario attuare un meccanismo di auditing al fine di procedere ad un'analisi più specifica delle aree già individuate, alla individuazione di ulteriori aree che potrebbero essere esposte al rischio corruzione, ed all'attivazione delle azioni sostenibili, idonee a ridurre i rischi individuati.

Il sistema di auditing relativo agli aspetti legati all'anti-corruzione dovrà perseguire i seguenti obiettivi:

- Monitorare l'attuazione delle misure;
- Accertarne la sostenibilità, la congruità e l'efficacia;
- Verificare l'efficacia dei Protocolli Operativi per la predisposizione del Piano;

- Identificare eventuali aree di miglioramento, in raccordo con il Dirigente della struttura interessata, nell'ambito del Protocollo Operativo e delle procedure in essere.

I monitoraggi periodici, redatti secondo lo schema di cui all'allegato n. 3 PTPCT al presente Piano, sono effettuati dai dirigenti responsabili delle UU.OO. e sono pubblicati nella versione prodotta da ogni singola struttura in formato PDF nell'area amministrazione trasparente della sezione altri contenuti/dati ulteriori.

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

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

### **2.3.12. MISURE DI TRASPARENZA**

La trasparenza costituisce una delle principali misure di prevenzione della corruzione. Per la trattazione analitica delle modalità di attuazione della trasparenza all'interno dell'Azienda si rinvia a paragrafo "SEZIONE TRASPARENZA".

#### **2.3.12.1 MISURE DI FORMAZIONE, PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO**

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

L'Azienda, consapevole che in taluni casi, il verificarsi di fenomeni di *maladministration* può essere legato anche a difetti derivanti dal carente aggiornamento professionale, riconosce il valore della formazione quale misura che, determinando l'accrescimento della competenza professionale, consente di limitare il verificarsi di episodi di corruzione.

Ai sensi degli articoli 10-11 della Legge 190/2012, di concerto con la U.O.C Formazione, Ricerca e Coordinamento amministrativo DAI, sono state valorizzate le iniziative formative in materia di acquisti e contratti pubblici ed in materia di prevenzione della corruzione

L'Azienda, nell'ambito del programma di formazione per la prevenzione della corruzione, intende, nel corso del triennio, proseguire l'attività di formazione specifica rivolta al personale che opera in aree a rischio corruzione.

La formazione potrà essere svolta, oltre che nel modo classico dell'incontro formale, anche e –in considerazione del perdurante assetto emergenziale - soprattutto attraverso l'utilizzo delle tecnologie informatiche mediante il sito web e l'intranet aziendale, anche tramite la pubblicazione di materiale nell'area amministrazione trasparente o mediante corsi FAD.

Obiettivo costante è quello di procedere all'aggiornamento delle conoscenze acquisite nei settori di competenza, al fine di contenere ipotesi di inadeguata applicazione dei principi e delle norme che regolano l'agire della P.A.

## MISURE DI ROTAZIONE

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

La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo che determinino a loro volta il rischio di incorrere in ulteriori ipotesi di *maladministration*. Per tali ragioni, appare evidente che la rotazione deve essere preceduta da idonei percorsi formativi e di affiancamento che assicurino la prosecuzione delle attività ordinarie e che garantiscano la regolare erogazione dei servizi.

In altre parole, la rotazione deve essere impiegata in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Risultando evidente che il principio di rotazione non possa essere applicato in ambiti nei quali non sia possibile attuare i concetti di fungibilità della prestazione lavorativa (personale medico) e nelle more della possibile attuazione di sistemi di rotazione che assicurino la continuità e la coerenza di indirizzo delle strutture, a garanzia del principio di buon andamento dell'agire amministrativo, l'Azienda, già con disposizione di servizio n. 1 del 23/12/2014 in materia di attuazione del principio di rotazione nelle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, ha fornito indicazioni sulla relativa attuazione. La rotazione del personale dirigente del ruolo amministrativo è stata oggetto di ulteriori provvedimenti. Il personale dirigente è pertanto chiamato ad assicurare la rotazione dei funzionari incaricati (personale direttivo) nei settori considerati maggiormente a rischio, salvaguardando le competenze e le professionalità acquisite, mediante sistemi di affiancamento, ove possibile, ovvero mediante il meccanismo della segregazione delle funzioni.

Nel corso dell'anno 2016 l'Azienda ha ultimato la rotazione degli incarichi dirigenziali iniziata nell'anno 2013. Nel corso del 2017 è stata attuata la rotazione del personale di comparto mediante meccanismi di segregazione delle funzioni, con riferimento agli incarichi di DEC nell'ambito di contratti di fornitura di beni e servizi.

Nel corso dell'anno 2018 la rotazione si è realizzata anche mediante il conferimento dei nuovi incarichi di posizione organizzativa nell'ambito del comparto, nonché mediante il conferimento dei nuovi incarichi dirigenziali, in attuazione di quanto disposto dall'atto aziendale.

Nel corso del 2019, l'immissione in servizio di nuove risorse umane, a fronte del completamento delle procedure di avviso indette nell'anno 2018 per il reclutamento, a tempo determinato, di personale amministrativo ha consentito, per il personale amministrativo di comparto, una migliore distribuzione delle attività lavorative, consentendo altresì la realizzazione delle logiche dell'affiancamento, che sottendono il principio di segregazione delle funzioni.

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

Nel triennio 2022-2024, l'Azienda intende proseguire, nei settori più esposti a rischio di corruzione (incarichi e nomine, acquisizione e gestione del personale, contratti pubblici) i processi di rotazione

sia mediante l'alternanza delle figure chiamate a ricoprire i ruoli di responsabile di procedimento, di componente di commissioni di gara e di concorso, sia mediante il ricorso al più volte richiamato principio della segregazione delle funzioni, quale sistema idoneo ad evitare l'accentramento, in capo al medesimo soggetto, di una pluralità di compiti e funzioni.

Si conferma in questa sede il principio secondo il quale, di norma, nelle procedure di gara, il ruolo di responsabile del procedimento deve essere conferito ad un soggetto diverso dal dirigente della struttura che propone alla Direzione strategica l'adozione del provvedimento finale.

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

La rotazione non potrà, in ogni caso, essere applicata ai profili professionali per i quali è previsto il requisito di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa.

Occorre peraltro rimarcare che nell'ambito dell'area sanitaria non medica (farmacia-fisica- biologia-chimica etc.) non è, allo stato, possibile attuare il principio di rotazione, a causa della carenza di risorse umane fungibili in servizio presso l'Azienda; nell'ambito, invece, dell'area sanitaria medica il suddetto meccanismo di rotazione può essere, evidentemente, attuato solo ed esclusivamente all'interno della stessa U.O. .

## MISURE DI SEGNALAZIONE E PROTEZIONE

La legge 190/2012 prevede una serie di meccanismi a tutela del c.d. "*whistleblower*", ossia il dipendente pubblico che denuncia alla magistratura ordinaria, contabile o ai suoi superiori gerarchici episodi di corruzione così come intesa e descritta sia dalla predetta disciplina normativa che dal presente piano. Tale disciplina di tutela prevede i seguenti tre capisaldi da osservare: 1) tutela dell'anonimato, 2) divieto di discriminazione del "*whistleblower*", 3) sottrazione al diritto di accesso della segnalazione, fatte salve le ipotesi eccezionali di cui all'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001.

La materia è stata innovata con l'entrata in vigore della Legge recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" (Legge n. 179/2017), nonché dalle Linee Guida recentemente emanate dall'Autorità, che tutelano i cosiddetti "*whistleblower*", prevedendo fra l'altro che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito.

Per quanto riguarda la Pubblica amministrazione, in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni da 5.000 a 30.000 euro nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

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

Nel corso del 2016 è stato acquisito dall'Azienda il software per la gestione informatica delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, rinnovato nell'ottobre 2021.

L'obiettivo perseguito da questa Azienda è di fornire, con tale strumento, al *whistleblower* indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento. La segnalazione (cd. *whistleblowing*), in tale ottica, è un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il *whistleblower* contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione pubblica e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

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

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

## MISURE PER LA PREVENZIONE DI IPOTESI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Come è noto, il conflitto di interessi, attuale o potenziale, è definito come la condizione o l'insieme di circostanze che creano o accrescono il rischio che gli interessi primari, quali il corretto adempimento dei doveri istituzionali finalizzati al perseguimento del bene pubblico, possano essere compromessi da interessi secondari, ossia privati, e che possano pertanto creare un pregiudizio all'esercizio imparziale delle funzioni al dipendente attribuite.

Configura conflitto di interesse lo svolgimento, sia in termini attuali e concreti, che in termini potenziali, di funzioni che possano subire un'interferenza con il corretto esercizio dell'attività svolta, tali da non assicurare la garanzia del rispetto dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità nel perseguimento dell'interesse pubblico.

Il conflitto d'interessi è attuale quando si manifesta durante il processo decisionale del soggetto decisore; è, invece, potenziale nell'ipotesi in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) del dipendente possa potenzialmente tendere a interferire con l'interesse primario dell'Azienda. (v. definizione ex delibera n. 1333/2017).

Le principali disposizioni normative che disciplinano le modalità di gestione delle ipotesi di conflitto di interesse, anche potenziale, da parte dei dipendenti pubblici sono contenute all'art. 6 del D.P.R. N. 62/2013, all'art. 6 bis della legge 241/90 ed all'art. 42 del D.Lgs. 50/2016.

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

Le disposizioni in materia di astensione, nelle ipotesi di conflitto di interesse, sono state trasfuse nel Codice di Comportamento adottato dall'Azienda nonché nei Regolamenti Aziendali interessati dalla materia.

### 2.3.12 SEZIONE TRASPARENZA

Come noto la trasparenza, a seguito delle modificazioni apportate dal D.Lgs. 97/2016 non è più oggetto di un Piano separato dal PTPCT, del quale, al contrario, costituisce una sezione.

Il PTPCT individua le modalità di attuazione della trasparenza mediante lo strumento costituito dall'allegato n. 1 (PTPCT), nel quale vengono declinati gli obblighi di pubblicazione, i responsabili della produzione degli atti e delle informazioni, i responsabili della relativa pubblicazione, nonché la tempistica degli adempimenti.

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

Con deliberazione n. 268 del 10 marzo 2022, l'Azienda ha ritenuto procedere all'aggiornamento del preesistente Regolamento di esercizio del diritto di accesso, al fine di adeguarne il contenuto alle intervenute modifiche normative con particolare riferimento a quelle apportate al D.Lgs 196/2003 in materia di trattamento dei dati personali (v. regolamento europeo GDPR 679/2016 e D.Lgs 101/2018), nonché a quelle introdotte dalla Legge 24/2017 (Gelli-Bianco) in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Il Regolamento è stato pubblicato ed è consultabile alla sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

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

Attualmente la sezione Trasparenza del sito web aziendale è organizzata in 2 cartelle, contenenti rispettivamente l'una tutti i dati e le informazioni pubblicate fino al 31/05/2018, l'altra i dati ed informazioni a far data dal 01/06/2018.

E' onere dei dirigenti, secondo le competenze indicate all'allegato n. 1 (PTPCT) del presente Piano, garantire il regolare flusso delle pubblicazioni di competenza, nel rispetto della tempistica prevista dalla vigente normativa e nell'ottica della necessaria responsabilizzazione delle strutture interne. A tal fine, qualora non sia previsto uno specifico termine di legge, si fa presente che la locuzione "tempestivo" deve essere intesa come un periodo compreso tra i 30 ed i 90 giorni, tenuto conto della specificità e della complessità di alcuni adempimenti che le strutture sono chiamate ad attuare.

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

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

Nell'allegato n. 1 (PTPCT) sono indicati in dettaglio:

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

### **2.3.13 PIANO ATTIVITA' TRIENNIO ATTUAZIONE MISURE**

Il piano delle attività non ha un carattere esaustivo, in quanto le misure ivi contenute dovranno combinarsi con tutte le altre azioni, controlli e prescrizioni, previste nel Piano triennale ed in tutti gli altri documenti aziendali relativi a trasparenza e performance in modo da costituire un insieme di regole tese all'abbattimento del rischio di corruzione in tutte le attività esposte, in modo maggiore o minore, al rischio corruzione svolte dall'azienda.

Inoltre, stante la dinamicità del presente piano triennale, si prevede che attraverso un meccanismo di auditing l'Azienda possa ulteriormente riesaminare aree di rischio già individuate ovvero non adeguatamente mappate che potrebbero essere oggetto di trattamento mediante l'adozione di misure ulteriori di prevenzione.

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

### **2.3.14 ARMONIZZAZIONE E INTEGRAZIONE TRA IL PIANO PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ED IL PIANO DELLE PERFORMANCE**

In questi anni l'Azienda ha avviato il percorso di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance, finalizzato al perfezionamento del sistema di individuazione degli obiettivi, di misurazione e monitoraggio delle azioni e di valutazione finale del raggiungimento degli stessi, così da rendere tale processo uno strumento ancora più efficace per il raggiungimento degli obiettivi strategici definiti e per il completamento del processo di responsabilizzazione degli operatori aziendali.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art 1, co 8, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs 97/2016) sono definiti dalla Direzione Strategica aziendale e sono inseriti tra i contenuti necessari del PTPCT. L'individuazione dei predetti obiettivi si inserisce nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione.

Analogamente, la revisione del Sistema di valutazione delle Performance Individuali e del connesso sistema premiante consente di correlare la premialità individuale sia al grado di raggiungimento della performance organizzativa di struttura che al contributo individuale del singolo dirigente (Performance Individuale).

L'Azienda ha molto investito, in questi anni, sulle metodologie volte a definire il processo di budget con l'obiettivo di allargare la platea dei soggetti coinvolti nel processo di negoziazione, prevedendo una più ampia composizione del comitato di budget e la partecipazione alla negoziazione da parte del personale di comparto. Ciò ha consentito di ottenere una maggiore partecipazione e, conseguentemente, più elevati livelli di responsabilizzazione da parte degli operatori coinvolti nel ciclo della performance.

Il Piano della performance costituirà oggetto di aggiornamento, come già evidenziato, all'esito del percorso nazionale volto a definire le linee guida in materia di PIAO e i conseguenti adeguamenti ordinamentali a livello regionale.

E' ferma convinzione dell'Azienda Ospedaliero-universitaria Sant'Andrea che l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza debba essere concepita non come adempimento a se stante, ma come una politica di miglioramento organizzativo volta da un lato ad

integrare tutte le misure adottate dall'Azienda e dall'altro a coinvolgere tutto il personale, dirigenziale e di comparto.

Dal punto di vista metodologico, l'armonizzazione e l'integrazione del Piano della Performance con il PTPCT si sostanzia nella specifica individuazione di macro-obiettivi strategici e di specifici obiettivi operativi e di relativi indicatori desunti dalle misure individuate nel suddetto PTPCT, che saranno riportati nell'Albero della Performance.

## SEZIONE 3

### ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### 3.1 – STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea ha subito una recente modifica, adottata con la deliberazione n. 446 del 07/04/2022, con la quale si è preso atto della determinazione della Regione Lazio 29 marzo 2022, n. G03741 concernente l'approvazione delle modifiche parziali dell'Atto Aziendale della Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea.

Nello specifico, si è ritenuto opportuno procedere alla modifica dell'assetto organizzativo aziendale, prevedendo un programma di rimodulazione delle strutture complesse in eccesso, da realizzarsi nell'arco del triennio 2022-2024, nel rispetto dei vincoli contrattuali in essere, ai sensi dell'art. 19, comma 5ter del CCNLL dell'Area Sanità 2019.

L'organizzazione dipartimentale viene confermata quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, con l'obiettivo di garantire concreta attuazione alle politiche di governance integrata e l'affermarsi di buone pratiche gestionali.

La costituzione di dipartimenti vuole essere un elemento caratterizzante della strategia aziendale che valorizzi il personale, favorendo la crescita delle competenze professionali in un contesto di reale integrazione organizzativa, per dare effettiva concretezza alle politiche di governo clinico.

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

L'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, definito nel suddetto Atto Aziendale, prevede 7 Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI), cui afferiscono le Unità Operative Complesse e le Unità Operative Semplici Dipartimentali:

**1.DAI di Emergenza e accettazione (DEA)**, che rappresenta l'articolazione organizzativa deputata alla soddisfazione della domanda di assistenza in emergenza-urgenza attraverso l'integrazione e il coordinamento delle strutture ad esso afferenti quali il Pronto soccorso e la Breve Osservazione, la Medicina e la Chirurgia d'urgenza, l'Anestesia e rianimazione, la Stroke unit, la Psichiatria con annessa SPDC e la struttura dedicata allo Scompenso cardiaco.

**2.DAI di Scienze cardio-vascolari e respiratorie**, che raggruppa alcune strutture di alta complessità e qualificazione dedicate alla diagnosi e cura delle patologie dei distretti cardio-vascolari e respiratori, quali la Cardiochirurgia, la Cardiologia con annesse UTIC ed Emodinamica, la Chirurgia vascolare e la Pneumologia a configurare un'offerta assistenziale integrata nella quale, attraverso la condivisione delle risorse tecnologiche, viene garantita la centralità del paziente e favorito lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici efficaci ed efficienti.

**3.DAI di Scienze oncologiche**, che rappresenta l'articolazione organizzativa deputata alla configurazione di una risposta assistenziale integrata e completa comprendente la diagnosi, il trattamento e il follow-up dei pazienti neoplastici attraverso il coordinamento delle attività multidisciplinari e multiprofessionali erogate dalle strutture ad esso afferenti quali: l'Oncologia, l'Ematologia e la Radioterapia (in ambito medico), la Chirurgia toracica e la Chirurgia senologica (in ambito chirurgico), la Medicina nucleare specializzata nei trattamenti diagnostici e terapeutici altamente tecnologici con l'impiego di radionuclidi, e le due strutture dedicate a servizio dell'intero dipartimento (Cure Simultanee e Psiconcologia).

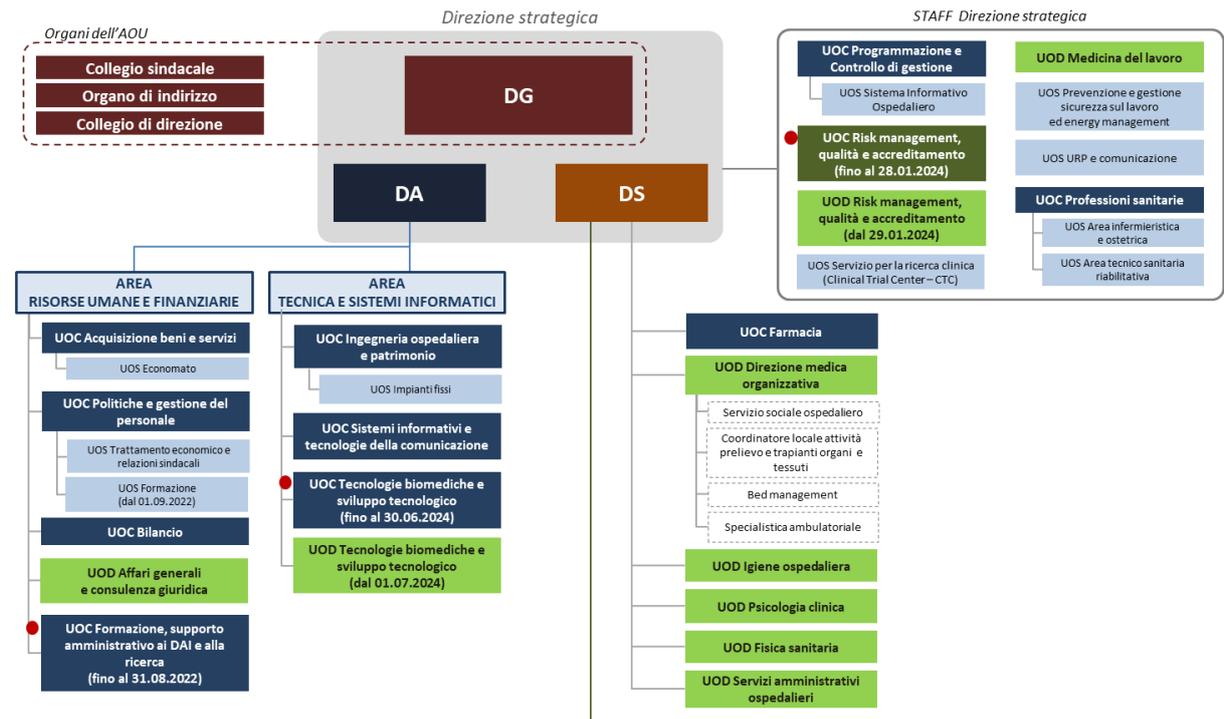
**4.DAI di Scienze mediche**, che raggruppa le discipline principalmente coinvolte nella soddisfazione della domanda di assistenza, in urgenza o programmata, nell'ambito della medicina interna e specialistica, favorendo l'aggregazione e l'integrazione tra le stesse. Afferiscono a tale dipartimento le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

**5.DAI di Scienze chirurgiche**, che raggruppa le discipline principalmente coinvolte nella soddisfazione della domanda di assistenza, in urgenza o programmata, nell'ambito della chirurgia generale e specialistica, caratterizzate da un approccio multidisciplinare per il miglioramento dell'utilizzo delle risorse tecnologiche chirurgiche condivise nonché l'impiego di materiali innovativi, senza trascurare l'approfondimento degli aspetti specifici caratteristici di ciascuna disciplina. Afferiscono a tale dipartimento le strutture di Chirurgia generale e Chirurgia a ciclo breve (che configurano un'offerta differenziata per intensità di cura), la Neurochirurgia, l'Ortopedia e traumatologia, l'Urologia, l'Otorinolaringoiatria, la Chirurgia plastica, l'Oculistica e l'Odontoiatria, che costituiscono, nei rispettivi campi, riconosciuti esempi di qualificata offerta assistenziale.

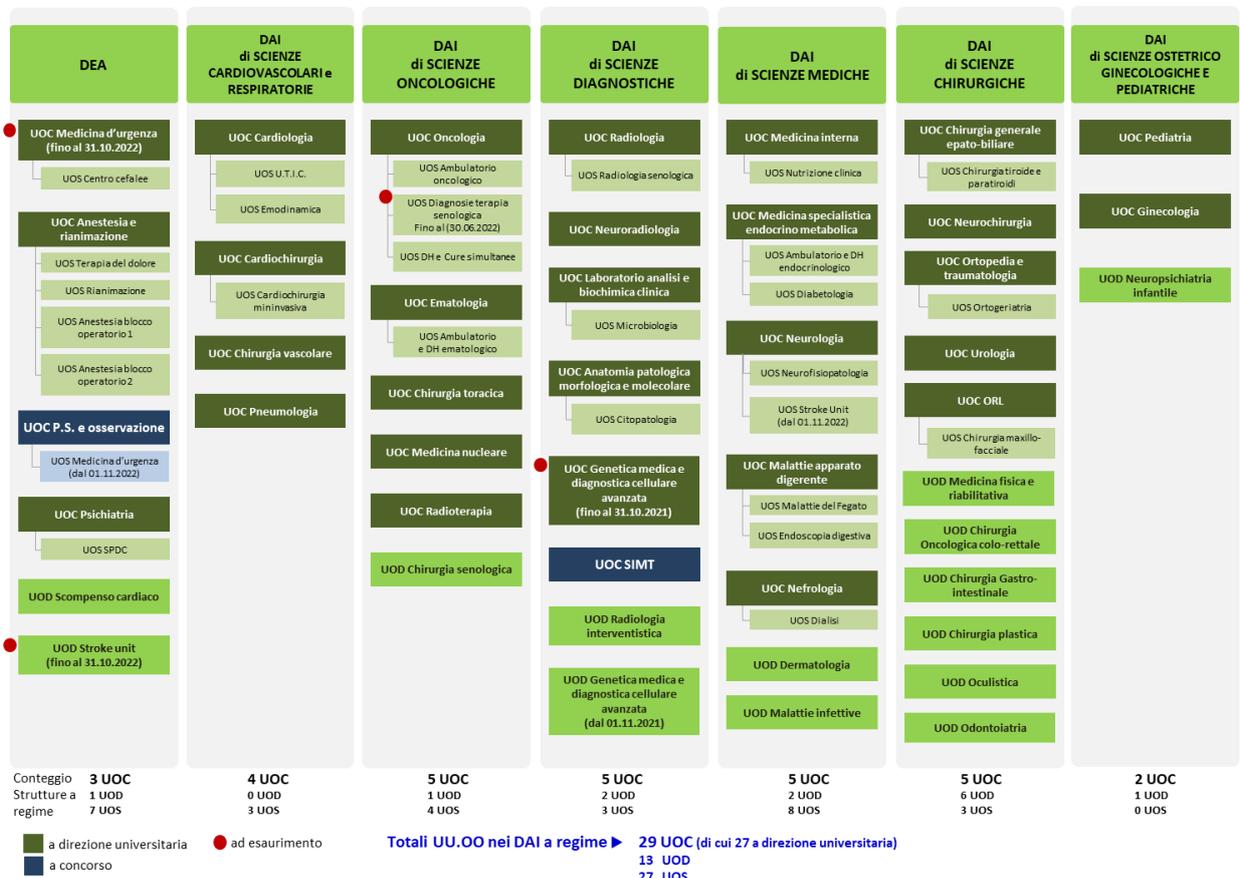
**6.DAI di Scienze diagnostiche**, che raggruppa tutte le strutture impegnate trasversalmente agli altri dipartimenti nelle discipline diagnostiche, con l'impiego di processi ad elevata tecnologia e automazione o connotati da elevata professionalità nelle attività manuali, che si caratterizza per la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

**7.DAI di Scienze ostetrico-ginecologiche e pediatriche**, che rappresenta l'articolazione organizzativa dedicata alla salute della donna e del bambino attraverso un'attività assistenziale integrata e coerente con la formazione dei medici e delle altre figure professionali coinvolte. Afferiscono a tale dipartimento le strutture di Ginecologia, di Pediatria (cui afferisce il centro di Medicina del sonno pediatrico e per la prevenzione della sindrome della morte improvvisa in culla - SIDS), e la Neuropsichiatria infantile. La realizzazione dei reparti di ostetricia e di neonatologia, prevista dalla Regione Lazio con il DCA n. 214 del 15.6.2016, completerà l'offerta assistenziale destinata al percorso nascita. Il punto di offerta di 1° livello perinatale, ubicato nella nuova palazzina antistante l'ospedale di prossima realizzazione, sarà presumibilmente inaugurato nel primo semestre del 2024 e sarà dotato di: un blocco travaglio parto con 3 sale, 1 sala parto d'emergenza, 1 S.O. dedicata alle emergenze ostetriche, reparto di degenza di ostetricia e ginecologia (con annessi nido e patologia neonatale), e area di degenza della Pediatria e della Neuropsichiatria infantile.

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



● ad esaurimento



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

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

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

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

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

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

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

Infine, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha individuato il modello di ospedale per intensità e complessità di cura come espressione dei più attuali principi di organizzazione ospedaliera. L'ospedale moderno e di alta specializzazione deve essere sempre più luogo di cura per pazienti acuti

ed iperacuti, sempre meno votato ad assistere pazienti cronici stabilizzati; deve avere meno letti nel suo complesso, ma più letti per l'emergenza e per l'ospedalizzazione diurna e a ciclo breve. Esso deve rispondere alla diversità espressa da pazienti molto diversi tra loro, garantendo una progressività di erogazione delle prestazioni sanitarie fondata su esigenze assistenziali diversificate e una filosofia di appropriatezza ed economicità di impiego delle risorse.

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

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

### **3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE: IL POLA**

#### **PREMESSE**

A causa dell'emergenza sanitaria derivante dalla pandemia da COVID 19, nel lavoro pubblico si è reso necessario un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, ed al conseguente utilizzo del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.). L'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 che ha colpito il nostro Paese nel corso del 2020 ha portato l'Azienda Ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ad attivare tempestivamente nuove procedure per il collegamento da remoto e permettere ai dipendenti di usufruire in via eccezionale del lavoro agile straordinario, limitando in questo modo la presenza fisica in servizio.

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

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

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

Nell'ottica di superamento della gestione emergenziale, nelle more della compiuta definizione della disciplina dell'istituto da parte della contrattazione collettiva, l'Azienda intende fornire delle linee guida in materia di lavoro agile, disciplinato dalla legge n. 81/2017, che consenta, da un lato, di rispondere alle necessità di particolari categorie di lavoratori che versino in situazione di fragilità e, al contempo, assicurare l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro, fermo restando l'esigenza di assicurare la migliore erogazione dei servizi pubblici. Conseguentemente le singole strutture saranno chiamate ad effettuare un'attenta valutazione in ordine all'utilizzo di tale istituto tenuto conto in particolare del tipo di attività che la struttura è chiamata ad esercitare.

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

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

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

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

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

## **LINEE GUIDA LAVORO AGILE (POLA)**

### **Principi, oggetto ed ambito di applicazione**

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

Il ricorso al lavoro agile deve in ogni caso assicurare:

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

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

- 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
- 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
- 3) le modalità ed i tempi di misurazione della prestazione, anche ai fini del proseguimento dell'utilizzo dello strumento del lavoro agile.

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

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

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

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

## **Disciplina generale**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Accesso al lavoro agile**

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

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

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

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

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

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

Nelle more della contrattazione collettiva nazionale, nelle ipotesi in cui si faccia ricorso a detto istituto, per quanto riguarda il numero di giornate fruibili in modalità agile, si terrà conto delle modalità organizzative utilizzate da altre pubbliche amministrazioni, con particolare riferimento a quelle del medesimo comparto, e saranno definite comunque tra le parti nel nell'accordo sottoscritto tra il lavoratore e datore di lavoro. L'accesso al lavoro agile avviene previa sottoscrizione dell'accordo individuale.

### **Accordo individuale**

L'accordo individuale è stipulato per iscritto.

Nelle more della regolamentazione derivante dalla contrattazione collettiva, esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa anche con riferimento alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro.

L'accordo è sottoscritto dal lavoratore e dal dirigente responsabile della struttura a cui è assegnato il medesimo lavoratore, su delega del Direttore Generale, secondo il modello di cui all'allegato 1 **(POLA)** al presente documento.

L'accordo deve contenere i seguenti requisiti minimi:

- durata;
- indicazione delle giornate di lavoro da svolgere a distanza;
- modalità di recesso che deve avvenire con preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 della Legge 81/2017;
- ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- tempi di riposo del lavoratore, su base giornaliera o settimanale, che non potranno in ogni caso essere inferiori a quelli previsti per la prestazione resa in presenza;
- misure tecniche ed organizzative per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche;
- modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della Legge 300/1970.

Le parti possono esercitare il diritto di recesso dal presente accordo individuale ai sensi dell'art. 19 della Legge 81/2017. In caso di accordo sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, il recesso deve essere esercitato per iscritto, con preavviso non inferiore a trenta giorni. Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a novanta giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore.

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo individuale senza preavviso indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.

Costituisce giustificato motivo di recesso e/o sospensione:

a) **ragioni collegate al comportamento del lavoratore che:**

- non si sia reso reperibile nelle modalità e negli orari risultanti nel presente accordo per almeno 3 volte;
- in esito alle valutazioni periodiche compiute dal dirigente, risulti non aver svolto le attività indicate nel presente accordo
- in esito alle valutazioni periodiche compiute dal dirigente, risulti non aver conseguito gli obiettivi assegnati.

b) **ragioni di natura organizzativa che:**

- non consentano la prosecuzione dell'attività in regime di lavoro agile (a titolo meramente esemplificativo si fa riferimento ad ipotesi nelle quali le attività oggetto del presente accordo vengano assegnate strutture diverse da quella di assegnazione del dipendente o attribuzione di nuove competenze anche temporanee);

c) **ragioni di natura tecnica che:**

- non consentano la prosecuzione dell'attività in regime di lavoro agile;

d) **ragioni di natura personale:**

- gravi e documentati motivi personali del lavoratore

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

L'Accordo redatto secondo lo schema di cui all'Allegato 1 alle presenti linee guida, firmato per accettazione da entrambe le Parti, dovrà essere trasmesso dal Dirigente della struttura di appartenenza alla UOC Politiche e Gestione del Personale tramite protocollo. A seguito del ricevimento dell'accordo, la stessa trasmetterà i nominativi degli autorizzati e la relativa decorrenza alla UOC SIETC che fornirà la strumentazione tecnologica definendo le relative misure di sicurezza tecnica e di comportamento anche per l'attività da remoto, salvo ipotesi eccezionali in cui potrà essere consentito l'utilizzo della propria strumentazione e ferme restando le misure di sicurezza che dovranno essere previste dalla UOC SIETC.

Si informa che la possibilità di usufruire del lavoro agile sarà soggetta alla disponibilità delle risorse/apparati (non è prevista la fornitura di VDT, tastiere, stampanti e mouse).

### **Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione**

La prestazione lavorativa è articolata nelle seguenti fasce temporali:

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

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

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

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

## **Formazione**

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

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

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

### **Attività che possono essere svolte in modo agile - requisiti**

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

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

e che presentino i requisiti di seguito indicati:

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

### **Criteri di assegnazione al lavoro agile.**

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

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

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

- a) personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto a rischi da contatto con altre persone;
- b) lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- c) situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro;
- d) lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151;

- e) lavoratore/lavoratrice con figli di età inferiore ad anni quattordici in caso di disposizione di didattica a distanza da parte della scuola di appartenenza del minore, ovvero di sorveglianza preventiva o di quarantena
- f) esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni;
- g) maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede lavorativa;
- h) tipologia dell'attività da svolgere, favorendo quella più idonea;
- i) esigenze collegate alla frequenza, da parte del lavoratore, di corsi di studio o di percorsi di apprendimento che non danno diritto ad altre agevolazioni;

### **Obiettivi ed indicatori. Modalità di verifica.**

Nell'ambito dell'Accordo tra Responsabile e lavoratore devono essere indicati gli obiettivi da raggiungere e gli indicatori utilizzati per valutare gli obiettivi raggiunti.

### **Durata delle attività in lavoro agile.**

Il responsabile di Struttura e il dipendente concordano la data di inizio, la durata e le modalità dello stesso nell'ambito dell'Accordo individuale.

Il responsabile di Struttura può comunicare il recesso da parte dell'Azienda al lavoro agile, fatto salvo l'eventuale esercizio del potere disciplinare, mediante comunicazione in forma scritta per le seguenti motivazioni:

- a) fine della fase emergenziale e necessità di ripresa dell'attività in presenza;
- b) mutate esigenze organizzative interne alla Struttura;
- c) mancato raggiungimento degli obiettivi concordati;
- d) mancato rispetto dell'obbligo di essere contattabili in alcune fasce orarie durante le giornate di lavoro in remoto;
- e) prolungate disfunzioni dell'attrezzatura e della rete informatica che non consentano il collegamento fra il dipendente e l'Amministrazione e/o gli altri colleghi o utenti;
- f) trasferimento ad altra Struttura, dove eventualmente, qualora possibile, dovrà essere formalizzata una nuova domanda. In tal caso il lavoratore è tenuto a rientrare la settimana successiva nella sede di lavoro aziendale.

### **Tutela assicurativa**

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

### **Caratteristiche della strumentazione informatica.**

La prestazione in lavoro agile è consentita esclusivamente con strumenti messi a disposizione dall'azienda, il che include un pc portatile opportunamente configurato, con accesso limitato alla rete intranet, alle applicazioni strettamente necessarie ed avente le porte USB bloccate, salvo le ipotesi eccezionali precedentemente richiamate e ferme restando le misure di sicurezza che dovranno essere previste medesima OUC SIET.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa devono essere tempestivamente comunicati all'HELP DESK al numero 0633775395 o via e-mail all'indirizzo [hrti@ospedalesantandrea.it](mailto:hrti@ospedalesantandrea.it) affinché venga attivata la soluzione al problema e venga prestata idonea assistenza tecnica. Nel caso non sia possibile risolvere prontamente il problema tecnico che impedisce

lo svolgimento dell'attività lavorativa, il lavoratore e il suo diretto responsabile concorderanno le modalità di completamento della prestazione ivi compreso, ove possibile, il rientro del dipendente nella sede di lavoro per la parte residua della prestazione giornaliera. Se il problema si dovesse protrarre, la prestazione lavorativa in regime agile viene sospesa fino alla sua risoluzione. Tale sospensione deve essere comunicata alla UOC POLITICHE E GESTIONE DEL PERSONALE.

L'Azienda non è in ogni caso responsabile di guasti e malfunzionamenti che dovessero riguardare le attrezzature di proprietà del lavoratore. (si veda anche all'allegato n. 2 POLA)

### **Tutela della salute e sicurezza del lavoratore.**

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

Il Servizio Prevenzione e Protezione fornisce ai lavoratori e ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS), l'informativa relativa ai rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa.

Il datore di lavoro fornisce al lavoratore, avvalendosi della consulenza del Servizio Prevenzione e Protezione, le informazioni circa le eventuali situazioni di rischio, anche in riferimento al corretto utilizzo dell'impianto elettrico e alle relative misure di tutela della salute e sicurezza adottate e da adottare nell'ambito dello svolgimento del lavoro agile. Tale obbligo in capo al datore di lavoro, per i lavoratori in lavoro agile, si intende assolto mediante l'informativa allegata alle presenti linee guida (allegato n. 3 POLA).

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

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

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

### **Diligenza e riservatezza**

1. Il lavoratore è tenuto a trattare con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dall'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa, attenendosi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro.
2. Ai fini del rispetto della disciplina in tema di Privacy si fa riferimento all'Allegato n. 4 POLA.

### **Norme di rinvio**

Per quanto non indicato nelle presenti linee guida trovano applicazione le norme di legge, contrattuali e regolamentari in essere.

## LAVORO DA REMOTO

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

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

a) telelavoro domiciliare, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente;

b) altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite.

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

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

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

Al lavoro da remoto, per quanto compatibili, trovano applicazione le suindicate misure previste per il lavoro agile.

### **3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE**

L'attività di programmazione è strumento imprescindibile di una pubblica amministrazione chiamata a garantire, nell'ottica di perseguimento dell'interesse pubblico, il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Il "Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale" è il nuovo strumento di programmazione delle risorse umane, introdotto dal D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, recante "Modifiche e integrazioni al D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165", caratterizzato dallo stretto legame con l'attività di programmazione complessivamente intesa.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale individua nel medio termine, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi, le risorse umane necessarie all'espletamento delle attività, superando il concetto di dotazione organica.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021-2023 dell'Azienda Ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, di seguito descritto, è stato adottato provvisoriamente con deliberazione n. 159 del 10/02/2022, ed in esecuzione a quanto richiesto dalla Regione Lazio con nota prot. n. 25924 del 10.12.2021 ed è stato trasmesso alla Regione stessa ai fini dell'approvazione, con nota D. G. prot. n. 25924 del 10/12/2021.

L'atto di programmazione viene illustrato con il presente PIAO e sarà cura di questa Azienda provvedere ad eventuali aggiornamenti alla luce delle indicazioni regionali. Si fa presente, inoltre, che questa azienda, tenuto conto del nuovo atto aziendale e delle misure attuative previste dal PNRR, ha già avviato una nuova analisi dei fabbisogni che terrà conto dell'orizzonte temporale fissato dallo stesso PNRR, nonché della nuova programmazione regionale, pertanto, oggetto di aggiornamento annuale.

#### **3.3.1 Fabbisogno per attività ordinaria**

Nella stesura del piano assunzionale per attività assistenziale ordinaria, l'Azienda Ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha preso in considerazione quanto previsto dal paragrafo 7 "Aziende ed Enti del SSN" delle linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle Pubbliche Amministrazioni, approvate con Decreto dell'08 maggio 2018 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 27 luglio 2018.

Precisamente l'Azienda, ha preso in considerazione, quali atti prodromici e alla base del proprio fabbisogno, la programmazione delle proprie attività, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, costituita, per ragioni meglio sopra descritte, dalla spesa sostenuta per il personale nell'anno oltre la spesa effetto del trascinarsi delle assunzioni soprarichiamate.

L'Azienda è stata istituita nell'anno 2000 ed ha intrapreso la propria attività assistenziale progressivamente, sulla scorta di apposito cronoprogramma disposto dalla Regione Lazio di concerto con l'Università La Sapienza, procedendo con le assunzioni di personale necessario nel corso del tempo, compatibilmente con l'avvio delle specialità mediche attivate (l'inserimento dell'Ospedale Sant'Andrea nel circuito dell'emergenza-urgenza è avvenuto soltanto nel corso dell'anno 2005).

Il fabbisogno, rimodulato, predisposto in coerenza con l'Atto Aziendale approvato in data 07.09.2017 con deliberazione n. 842 del 07.09.2017 di presa d'atto del DCA U00247 del 03.07.2017 e con la relativa richiesta in corso di approvazione, tiene pertanto conto delle esigenze delle singole unità operative.

Tale fabbisogno tiene conto dei processi di razionalizzazione e di reingegnerizzazione realizzati attraverso nuove tecnologie. In tale contesto, previa valutazione delle competenze necessarie, si inserisce la necessità di assumere tramite la procedura concorsuale già indetta ed in attesa di pubblicazione, le unità appartenenti al profilo professionale di CPS Tecnico di Radiologia Medica cat. D per assicurare il corretto ed efficace funzionamento delle nuove tecnologie finanziate ed acquistate o in corso di acquisizione. Tali assunzioni risultano obbligatorie per questa Azienda per far fronte alla copiosa richiesta di attività di diagnostica per immagini, contribuendo alla riduzione delle liste di attesa. Il predetto fabbisogno, tiene altresì conto del progresso operativo e formativo sviluppatosi negli anni all'interno dell'Azienda. In tale contesto si inserisce la richiesta dei profili professionali diversi da quelli in servizio quale il CPS Logopedista, il CPS personale della riabilitazione-educatore professionale, il CPS personale della riabilitazione psichiatrica, il tecnico informatico, il programmatore e l'Ortottista per i quali si è in procinto di bandire procedure concorsuali e l'Assistente Informatico per il quale è in itinere un avviso pubblico.

L'acquisizione di tali profili consentirebbe di coadiuvare le figure già presenti rafforzando le strutture in cui sono inseriti in modo da accrescerne l'efficienza, razionalizzare i costi e realizzare la migliore utilizzazione del personale in servizio.

### **3.3.2 Il fabbisogno triennale**

Il presente piano, relativo al periodo 2021 – 2023, aggiorna e ridefinisce la programmazione dei fabbisogni precedentemente adottata.

Tale pianificazione, analogamente alla precedente, interviene a valle:

- Delle modifiche intervenute su governance e funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea;

Essa tiene conto:

- Dei fabbisogni di personale rilevati nel corso degli ultimi anni;
- Delle proposte dei Direttori delle Direzioni, ai sensi dell'art. 16, comma 1, lettera a-bis del D. Lgs. 165/2001;
- Del piano triennale della Performance 2021/2023 predisposto ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 150/2009 e successive integrazioni e modificazioni;
- Del bilancio di previsione decisionale dell'esercizio 2021 e del bilancio pluriennale 2021-2023, nonché del piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio;
- Dell'attuale quadro legislativo, come modificatosi a seguito delle disposizioni normative intervenute con il D. Lgs. 75/2017, con la legge 205/2017 (legge di bilancio 2018), con la legge 145/2018 (legge di bilancio 2019) e con la legge 160/2019 (legge di bilancio 2020) in materia di reclutamento e assunzioni di personale;
- Delle linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 6 ter comma 1 del D. Lgs. 165/2001 e pubblicate nella G.U. 173 del 27 luglio 2018 nonché delle Linee di indirizzo inviate con ultima circolare della Regione Lazio prot. N. U0840623 del 19.10.2021.

Come richiesto dalla Direzione Regionale, il fabbisogno triennale esprime le unità incrementalmente rispetto alla consistenza organica al 01 gennaio 2021 e, pertanto, esprime la differenza tra dotazione organica e consistenza organica al 01 gennaio 2021, garantendo, altresì, il turn over del personale in relazione alle cessazioni.

Pertanto, tutte le assunzioni verificatesi dal 1° gennaio al 31.12.2021 al netto delle cessazioni verificatesi sono inserite nel fabbisogno 2021

Il fabbisogno ricomprende anche il personale universitario che, nel caso della Dirigenza, pur operante su 28 ore settimanali anziché 38 ed è indicato nel fabbisogno come 1 unità pari del dirigente ospedaliero e, di conseguenza, il relativo costo, nonostante sia notevolmente inferiore, in quanto limitato all'indennità di esclusività e alle variabili collegate all'incarico e al raggiungimento degli obiettivi, gravante su quest'ultime sui relativi fondi, è stato conteggiato come costo ospedaliero.

Ne consegue che, a fronte di una unità di personale universitario cessato, è stato conteggiato, come costo dell'unità assunta in sostituzione dello stesso, una unità di personale ospedaliero.

Il fabbisogno del 2021 – 2022 – 2023 è stato determinato prendendo in considerazione:

- a) Le unità già a tempo determinato o in comando da stabilizzare;
- b) Le unità necessarie per incrementare attività di alcuni servizi (es. informatica, logopedista)
- c) Le unità che possono concorrere – seppure in parte – alla riduzione delle prestazioni aggiuntive e all'utilizzo delle nuove tecnologie acquisite (cps tecnici di radiologia);
- d) Le unità necessarie nel rispetto della Legge 68/99.

Il fabbisogno del 2021, 2022 e 2023 è stato determinato prendendo in considerazione il personale attualmente in servizio compreso il personale assunto per l'emergenza e si è provveduto a sostituire solo il personale che si prevede cesserà dal servizio nel prossimo triennio.

Il fabbisogno così determinato tende esclusivamente, considerate le assunzioni già verificatesi sino al 30.09.2021, a garantire il turn over e a stabilizzare il personale a tempo determinato o in comando, e quindi, tende esclusivamente a garantire l'attuale forza lavoro e l'attuale costo sostenuto salvo qualche unità incrementale che si viene a individuare di seguito:

- Anestesia e Rianimazione
- Cardiologia
- Gastroenterologia
- Malattie dell'Apparato Respiratorio
- Medicina Interna
- Neurologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Radiodiagnostica
- Farmacisti
- Psicologo
- Chirurgia Toracica
- Malattie Infettive

Si rappresenta che l'incremento relativo alla figura professionale di Dirigente Medico disciplina Malattie Infettive, è dovuto al fatto che la Regione ha riattivato il Reparto di Malattie Infettive attribuendo a questa Azienda 10 posti letto.

Per quanto attiene l'incremento relativo alla figura professionale di Dirigente Medico disciplina di Chirurgia Toracica, tale incremento scaturisce dall'aumento delle attività di natura neoplastica. Relativamente alla figura professionale di Dirigente Medico disciplina di Radiodiagnostica, l'incremento è dovuto al fatto che nella Radiodiagnostica è ricompreso anche il personale afferente alla Neuroradiologia.

Si precisa, inoltre, che per quanto riguarda il fabbisogno ordinario relativo alle unità da conteggiare quale direttore di struttura complessa che le unità da inserire sono quelle necessarie a garantire il turn over, quelle previste dal vigente Atto Aziendale che si sono rese vacanti e per le quali è in itinere procedura concorsuale:

UOC MEDICINA TRASFUSIONALE – AVVISO 484/97

UOC FARMACIA – AVVISO 484/97

Gli incarichi di struttura complessa in essere alla data di compilazione del file sono ricompresi all'interno del personale universitario. Nella predisposta colonna sono stati inseriti solamente gli incarichi ricoperti dai Dirigenti Medici ospedalieri, in quanto la compilazione di detta colonna incrementa il costo del personale ospedaliero.

Appare opportuno evidenziare che i costi utilizzati per il calcolo della spesa del personale ospedaliero, sono stati elaborati dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea.

Il costo del personale universitario, riportato nell'apposita colonna, è comprensivo degli oneri a carico Azienda.

Con riferimento al personale della Dirigente PTA indicato in tabella appare utile rappresentare:

- 1) Per la dirigenza PTA si è cercato di ridurre al minimo le unità incrementalmente richieste: 1 architetto nel 2021 (già in servizio a tempo determinato) e 4 dirigenti amministrativi nel 2021 e 2022. Per questi ultimi occorre precisare che 2 sono già in servizio a tempo determinato e presidiano strutture e servizi all'interno di strutture complesse quali la UOC Politiche e Gestione del Personale, UOC Bilancio ed una, sarà assunta a tempo indeterminato sul posto lasciato libero nel 2021 da un dirigente amministrativo, con incarico di struttura complessa, che è cessato ad inizio anno 2021. Le due unità previste come direttori di struttura complessa nel 2021 sono state inserite per coprire la vacanza di due strutture complesse, e, pertanto, non costituendo nuove assunzioni, non comportano di conseguenza, nuove spese, se non per la parte relativa all'incarico di struttura gravante sul fondo corrispondente.

Sono, altresì, in itinere le due procedure concorsuali ovvero quella relativo a 1 posto di Dirigente Amministrativo e quella per n. 1 posto di Dirigente Architetto.

Sono, inoltre, in itinere le procedure concorsuali di stabilizzazione art. 20 comma 1 di 1 posto di Dirigente Architetto e 3 posti di Dirigente Amministrativo.

- a) Con riferimento al personale del comparto, sanitario e amministrativo, indicato in tabella si ritiene necessario fare le seguenti considerazioni:

Si è proceduto all'espletamento delle due procedure concorsuali per le figure professionali di Assistente Amministrativo cat. C e Collaboratore Amministrativo Professionale cat. D rispettivamente per n. 20 posti e 12 posti.

- 1) Al numero rilevato e alla conseguente spesa sono comprese le assunzioni obbligatorie ex Legge 68/1999.

A tal proposito questa Azienda si adopererà per chiedere l'assunzione di n. 22 unità di Coadiutore Amministrativo e n. 6 unità di OSS ai sensi della Legge 68/99.

- 2) Per quanto concerne il personale infermieristico:

Con riferimento alla Programmazione triennale del Fabbisogno di Personale per il periodo 2021–2023, si evidenzia che l'assetto organizzativo in essere ha subito un adeguamento dell'offerta assistenziale all'andamento della diffusione del Virus Sars-Cov-2.

Il potenziamento ha richiesto un ampliamento della disponibilità dei posti letto covid e l'avvio di nuovi servizi da dedicare alle attività assistenziali, ovvero implementazione di reparti covid, poli vaccinali e percorso febbre dedicato. Pertanto, l'incremento delle unità di personale infermieristico va da 782 a 850

Per quanto attiene il personale OSS, si tratta di un incremento di 40 unità che saranno assunte contestualmente alla cessazione del personale ausiliario al 31.12.2023, per riequilibrare un rapporto tra OSS e Infermieri per una assistenza qualitativamente migliore.

Pertanto, le unità equivalenti complessive nel piano dovranno essere ridotte di 40 unità.

Inoltre, in riferimento all'avvio del contratto del servizio di pulizia e sanificazione, all'interno delle sale operatorie, l'esecuzione di tali attività sono ricomprese nel canone e quindi effettuate dal personale outsourcing. Tutto ciò determina un recupero del personale proprio dell'Azienda, precedentemente impiegato per le citate attività, in numero di sei risorse che, pertanto, come disposto dal Direttore Generale dell'Azienda, sono da togliere dalla dotazione organica.

- 3) Il numero di personale CPS Tecnico di Radiologia Medica è stato individuato al fine di ridurre progressivamente, a decorrere dal 2021, fino a tendenziale azzeramento delle prestazioni aggiuntive relative alla diagnostica e ai trattamenti radioterapici e utilizzare la nuova strumentazione. Il costo del personale tecnico di radiologia medica cat. D sarebbe parzialmente compensato dalla riduzione al ricorso alle prestazioni aggiuntive gravanti sul bilancio aziendale.
- 4) Per quanto attiene le nuove figure professionali (cps personale della riabilitazione, logopedista, programmatore, tecnico informatico, ortottista) l'Azienda ha indetto ed espletato un avviso pubblico per cps tecnico informatico già espletato e un avviso pubblico per assistente informatico in corso di espletamento, mentre per quanto concerne la figura di logopedista si è in procinto di procedere all'indizione di un concorso pubblico. Tali assunzioni sono finalizzate per accrescere la funzionalità di alcune strutture attraverso un utilizzo più appropriato del personale afferente, lo stesso che, ad oggi, è chiamato ad assolvere anche compiti non pertinenti al proprio profilo di appartenenza.
- 5) Per quanto attiene la Dirigenza Sanitaria: Per la figura professionale di Dirigente Medico disciplina di Anestesia e Rianimazione, vi è un incremento di 5 unità rispetto a quello previsto. Ciò è dovuto ad un incremento strutturale relativo alla UOC di Anestesia e Rianimazione, oltre, naturalmente, almeno per tutto il periodo relativo alla fase emergenziale, all'apertura di un reparto di terapia sub-intensiva, come da programmazione regionale.
- 6) Per quanto riguarda la figura professionale di Dirigente Farmacista, si rappresenta che la UOC Farmacia aveva richiesto la continuità contrattuale di 2 Farmacisti per le straordinarie attività legate all'emergenza Covid 19, che riguardano gestione della Vaccinazione e delle terapie

preventive e curative innovative, autorizzate dagli Enti Regolatori, e dei debiti informativi nazionali e regionali (rendicontazione separata) connessi a queste attività.

Superata la situazione emergenziale, le due unità verranno destinate all'attività del Clinical Trial Center ovvero una struttura aziendale che si occupa di supportare da un punto di vista tecnico i medici dell'Azienda che svolgono sperimentazione clinica.

Si avvale quindi di specialisti (medici e farmacisti) che abbiano una formazione per quanto concerne la sperimentazione clinica del farmaco e del dispositivo medico specialmente per gli studi no profit, nei quali l'Azienda è coinvolta per l'impiego di risorse umane e di beni.

I medici e farmacisti del Clinical Trial Center hanno competenze di GCP (Good Clinical Practice ) e GMP (Good Manufacturing Practice); inoltre sono aggiornati sulla normativa degli studi clinici e supportano i Principal Investigator a costruire gli studi, in accordo con gli interessi dell'Azienda e dell'Università nel campo della ricerca clinica.

In applicazione dell'art. 14 bis comma 2 del D. Lgs. 4 del 2019 convertito nella Legge 26/2019, al verificarsi delle cessazioni di personale, anche non previste e non prevedibili e quindi non ricomprese nel piano del fabbisogno, si procederà a compensare le stesse con le dovute assunzioni del medesimo profilo professionale non alterando difatti il costo dell'Azienda.

Per quanto concerne le stabilizzazioni e alle unità interessate al percorso della stabilizzazione nonché delle unità di personale assunte a tempo determinato nelle more del concorso, delle quali si prevede la cessazione di tali rapporti a tempo determinato, si riepilogano di seguito elencate le figure:

#### UNITA' INTERESSATE AL PERCORSO DI STABILIZZAZIONE ART. 20 COMMA 1 già bandite

- 1) N. 1 Dirigente Architetto
- 2) N. 3 Dirigenti Amministrativi
- 3) N. 2 Dirigenti Medici Medicina del Lavoro
- 4) N. 1 Dirigente Chimico
- 5) N. 1 Dirigente Medico Neurologia

Alla luce dell'ultima modifica apportata all'art. 20 comma 1 e 2 per quanto attiene il termine di maturazione dei requisiti stabilito al 31.12.2022, questa Azienda procederà ad una nuova ricognizione di tutto il personale nelle varie qualifiche professionali.

#### UNITA' INTERESSATE AL PERCORSO DI STABILIZZAZIONE ART. 20 COMMA 2 già bandite

- 1) N. 2 Medici odontoiatria (espletata e assunti)
- 2) N. 1 Medico di Dermatologia e Venerologia (indetto e revocato)
- 3) N. 1 Medico Ginecologia e Ostetricia (espletato)
- 4) N. 1 Psicologo – Psiconcologia (in itinere)
- 5) N. 1 Igienista Dentale (in itinere)

PERSONALE ASSUNTO A TEMPO DETERMINATO NELLE MORE DELLE PROCEDURE  
CONCORSUALI O DI STABILIZZAZIONE

- n. 2 unità di Dirigente Medico Oncologia
- n. 2 unità di Tecnici di Radiologia Medica
- n. 1 unità di Dirigente Medico di Medicina Legale
- n. 1 unità di Dirigente Medico di Cardiologia Elettrostimolazione
- n. 1 unità di Dirigente Chimico
- n. 2 unità di Dirigente Medico Medicina del Lavoro e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro
- n. 1 unità di Dirigente Medico di Neurologia
- n. 1 unità di Dirigente Medico Endocrinologia
- n. 1 unità di Dirigente Medico Ginecologia e Ostetricia
- n. 1 unità di Dirigente Medico Neuroradiologia
- n. 2 unità di Dirigente Amministrativo

Sono state bandite (e in parte espletate) le seguenti procedure concorsuali:

ELENCO PROCEDURE CONCORSUALI IN CORSO – FABBISOGNO ORDINARIO

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di 45 posti di Assistente Amministrativo cat. C, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitario Sant'Andrea. – Espletato in itinere scorrimento
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di 20 posti di Collaboratore Amministrativo Professionale cat. D, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitario Sant'Andrea. – Espletato in itinere scorrimento
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 2 posti di Dirigente Chimico, di cui n. 1 riservato ai sensi dell'art. 20 comma 2 del D. Lgs. 75/2017, con la richiesta di aggregazione per un ulteriore posto da parte della ASL RM 1 - in itinere – forse riaprire i termini con la nuova scadenza 31.12.2022
Concorso pubblico per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 2 posti di Dirigente Medico nella disciplina di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero - Area di Sanità Pubblica, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea. – inviata in Regione riapertura termini in attesa di pubblicazione
Concorso pubblico per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Medico nella disciplina di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - Area di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche – in itinere
Concorso pubblico per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 19 posti di Dirigente Medico nella disciplina di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, di cui uno riservato ai sensi dell'art. 20 comma 2 D. Lgs. 75/2017, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, n. 8 posti destinati alla ASL Roma 1 e n. 8 posti destinati alla ASL Roma 2 quali Aziende Sanitarie Locali Aggregate – in itinere
Avviso pubblico, per titoli, prova scritta e colloquio per la copertura a tempo determinato di n. 3 posti di assistente tecnico programmatore cat. C per le esigenze della UOC Sistemi Informativi e Tecnologie della comunicazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea – in itinere

Concorso pubblico per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Medico nella disciplina di Radiodiagnostica - Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea. – in itinere
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Amministrativo - Ruolo Amministrativo, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea. – in itinere
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Architetto - Ruolo Professionale, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea. – in itinere
Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 incarico a tempo pieno e determinato, nella qualifica di Dirigente Medico - disciplina Cardiochirurgia - Area di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche- per le esigenze della UOS di "Cardiochirurgia mininvasiva" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea.
Avviso pubblico di selezione, per il conferimento dell'incarico a tempo determinato di durata quinquennale, eventualmente rinnovabile, per la copertura del posto di Direttore Responsabile della UOC Farmacia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, disciplina Farmacia Ospedaliera - Area di Farmacia
Avviso pubblico di selezione, per il conferimento dell'incarico a tempo determinato di durata quinquennale di Direttore Responsabile della UOC di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, disciplina Medicina Trasfusionale - Area Medica e delle Specialità Mediche
Avviso pubblico, per titolo e colloquio, per il conferimento di n. 1 incarico a tempo pieno e determinato, per la durata di un anno, di Dirigente Psicologo - disciplina Psicoterapia, con particolare esperienza nei settori di psicologia clinica e psicoterapia, per le esigenze della UOC Psichiatria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea
Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo pieno e determinato di n. 1 posto di Dirigente Amministrativo - ruolo amministrativo, per sostituzione di altro Dirigente Amministrativo in lunga assenza non retribuita, per la durata di anni tre e comunque non oltre il rientro in servizio del titolare del posto, per le esigenze della UOC Politiche e Gestione del Personale - Area giuridica - Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea.
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 3 posti di Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico di Radiologia Medica cat. D, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitario Sant'Andrea.

### 3.3.3 Costi del personale

Alla luce di quanto sopra esposto, la previsione di costo al 31 dicembre 2021, elaborata con l'ausilio del prospetto in formato Excel inviato da codesta rispettabile Regione, stima una spesa complessiva pari a Euro 107.592.742, nel rispetto del limite di spesa del personale fissato dalla Regione Lazio con delibera giunta n.521 del 31/07/2021 che ammonta a Euro 108.776,941.

La previsione di costo al 31 dicembre 2022, sulla base del fabbisogno indicato per l'anno 2022, è pari a Euro 108.661,184.

La previsione di costo al 31 dicembre 2023, ammonta sulla base del fabbisogno indicato per l'anno 2023 a Euro 111.298.687.

Da ultimo corre l'obbligo precisare che questa Azienda, qualora si verificassero nuove esigenze organizzative e/o condizioni tali da determinare mutazioni del quadro di riferimento, che allo stato attuale non è possibile prevedere, provvederà ad adeguare, di conseguenza, il presente fabbisogno dandone tempestiva comunicazione.

### **3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Il Piano della Formazione aziendale (PFA), di seguito illustrato, è stato adottato con deliberazione n. 414 del 31/03/2022.

#### **3.4.1 Premessa**

L'attuale scenario sanitario, in continua evoluzione, determina la necessità di nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali capaci di garantire un elevato livello di qualità delle prestazioni in risposta ai bisogni sanitari oggi sempre più complessi.

Le competenze professionali, a fronte del crescente volume di conoscenze/evidenze scientifiche e della rapida introduzione di nuove tecnologie, diventano velocemente obsolete e devono quindi essere ridefinite e/o aggiornate con molta frequenza.

La formazione continua assume, in questo contesto, un ruolo centrale: per la valorizzazione del capitale umano attraverso l'adeguamento delle competenze e delle performance dei professionisti, che richiedono maggiori e qualificate competenze scientifiche, tecnologiche, relazionali ed etiche e per l'innovazione del sistema sanitario attraverso la promozione di nuovi modelli organizzativi ed operativi conformi alle aspettative dell'utenza ed attenti alla qualità ed agli esiti delle cure.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea attraverso il piano formativo annuale, intende sostenere l'innovazione organizzativa e tecnologica; favorire lo sviluppo di conoscenze su "buone pratiche"/evidenze scientifiche; migliorare le competenze relazionali degli operatori per un migliore approccio all'utenza, al gruppo di lavoro e all'umanizzazione dell'assistenza; tutto ciò nella convinzione che rafforzare e migliorare le conoscenze e le competenze interne all'organizzazione influisce positivamente sulle performance dei professionisti, sugli standard qualitativi e sulla sicurezza ed efficacia delle prestazioni erogate.

#### **3.4.2 Analisi del contesto**

Lo stato di emergenza sanitaria, in atto da febbraio 2020 per la pandemia da Covid 19, che ha arrecato gravi danni alla salute e la necessità di un ripetuto e repentino cambiamento nelle organizzazioni sanitarie, ha dimostrato come il sistema sanitario deve potersi riadattare ed innovare per trovare soluzioni appropriate ad una domanda di salute sempre più fluida.

Per questo anche la formazione, elemento determinante per il cambiamento, attraverso lo sviluppo del patrimonio professionale, deve applicare strategie in grado di adattarsi ai diversi contesti e garantire adeguati processi di apprendimento.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Governo Draghi, sottolinea nella Missione 6 denominata "Salute", l'importanza, resa ancora più evidente dalla pandemia Covid-19, di sviluppo delle tecnologie e delle competenze digitali, professionali e manageriali nel sistema salute prevedendo, nel punto M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO, investimenti specifici in particolare per lo Sviluppo delle competenze tecniche,

professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario in favore del progresso scientifico e l'innovazione tecnologica degli operatori sanitari affinché siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN. In relazione a ciò l'Azienda ha aderito al progetto "Competenze digitali per la P.A." proposto dal Dipartimento della funzione pubblica allo scopo di formare/sviluppare competenze digitali in un gran numero di dipendenti.

Notevoli cambiamenti nella organizzazione e nello svolgimento delle attività di formazione aziendali, dovuti alla pandemia da Covid 19, si sono determinati nel corso dell'anno 2021.

A causa delle misure di prevenzione del rischio di trasmissione del virus Covid 19 (Delibera emergenza epidemiologica da Covid-19 del 10 giugno 2020) e delle conseguenti disposizioni regionali, nel 2021 lo svolgimento degli eventi in presenza è stato sospeso e le attività formative sono state svolte prevalentemente in modalità FAD, ad esclusione di alcuni eventi per lo più sulla sicurezza dei lavoratori (D.Lgs.81/08) che, con le dovute misura di sicurezza è stato necessario svolgere in modalità residenziale. Tale condizione e la mancanza di un adeguato sistema per lo svolgimento di attività formative e-learning hanno ridotto notevolmente lo svolgimento di eventi accreditati ECM.

L'acquisto di alcuni moduli informatici, per l'adeguamento nel corso dell'anno 2022 della piattaforma e-learning aziendale, e la maggiore possibilità di svolgere eventi in presenza (in relazione all'ordinanza del Ministro della Salute, del 2 dicembre 2021, con cui sono state recepite le nuove Linee Guida per la ripresa delle attività economiche e sociali, approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome) consentiranno nel corso dell'anno 2022 una programmazione più variegata che prevede eventi svolti in diverse modalità: residenziale, FAD e formazione sul campo.

### 3.4.3 Individuazione del fabbisogno ed eventi PFA 2022

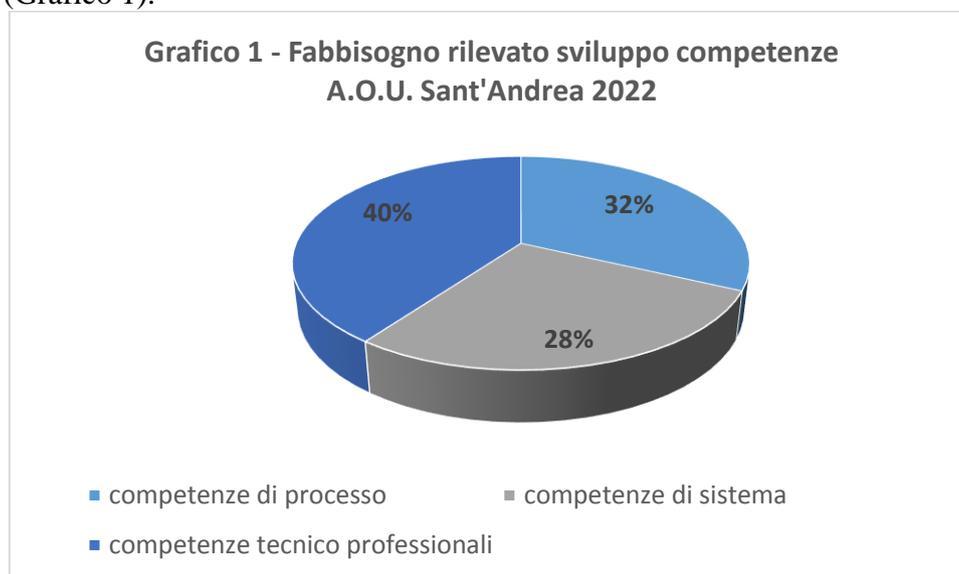
Una efficace elaborazione del Piano formativo aziendale capace di incidere sull'adeguamento delle competenze e delle performance aziendali necessita di una rilevazione puntuale del fabbisogno formativo per evidenziare le aree di intervento e le attività da mettere in campo per raggiungere obiettivi formativi utili allo sviluppo professionale ed al raggiungimento degli obiettivi aziendali in coerenza con le linee di intervento formativo indicate a livello regionale e gli obiettivi formativi nazionali prefissati dalla Commissione Nazionale ECM.

La rilevazione dei fabbisogni formativi effettuata a partire dal 23 novembre 2021 si è protratta, a causa della quarta ondata pandemica che ha determinato ulteriori difficoltà operative, fino al 31 gennaio 2022. Nonostante ciò le UU.OO./Servizi che hanno partecipato alla rilevazione del fabbisogno formativo sono state solo 22 (16 di area sanitaria e 6 di area amministrativa) mentre nel 2020 avevano partecipato alla rilevazione 33 strutture aziendali (Tab. 1).

Tabella 1- Unità operative partecipanti alla rilevazione del fabbisogno formativo 2022	
	<b><i>Area Sanitaria</i></b>
1	Professioni Tecnico sanitaria e riabilitativa
2	Direzione professioni sanitarie
3	Professioni sanitarie area assistenziale - 8° est
4	Professioni sanitarie area assistenziale - Dipartimento chirurgico

5	Professioni sanitarie area assistenziale - Endoscopia digestiva
6	Professioni sanitarie area assistenziale - Area Emergenza
7	UOD Psiconcologia
8	UOC Risk Management
9	UOC Urologia
10	Direzione sanitaria
11	UOC Ematologia
12	UOC Psichiatria
13	Professioni sanitarie area assistenziale cardio vascolare respiratoria
14	Professioni sanitarie area assistenziale - Malattie infettive
15	Professioni sanitarie area assistenziale - Medicina interna e medicina d'urgenza
16	UOC Ginecologia
	<b><i>Area Tecnico Amministrativa</i></b>
1	UOC Ingegneria ospedaliera e Patrimonio
2	UOC Tecnologie biomediche
3	UOC Formazione ricerca e coord. amm. DAI
4	UOSD Libera professione
5	UOC Affari generali
6	SPP - EM

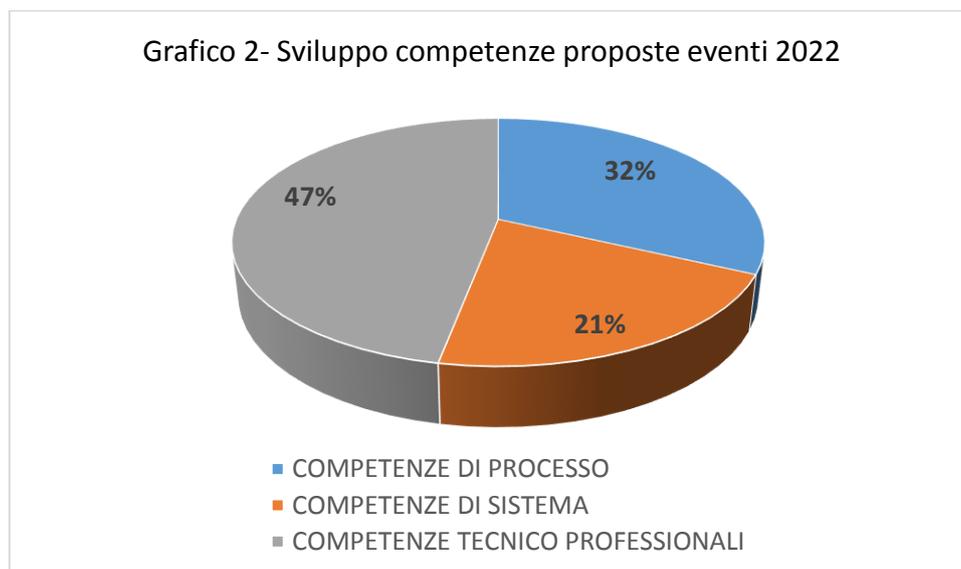
Le tematiche oggetto di formazione/aggiornamento, evidenziate dalle strutture aziendali nella rilevazione del fabbisogno (Allegato n. 1 PFA - sintesi fabbisogni pervenuti) hanno come finalità formativa lo sviluppo di competenze tecnico professionali, di processo o di sistema. In percentuale maggiore è emersa, da più aree, la necessità di una formazione utile allo sviluppo di competenze tecnico professionale ovvero di aggiornamento su conoscenze e competenze specifiche di ciascuna professione (Grafico 1).



Sono anche pervenute all'UOC Formazione ricerca e coord. amm. DAI, per la realizzazione nell'anno 2022, n. 47 proposte di formazione residenziale od in house (di cui 10 che riguardano la formazione per la sicurezza sul lavoro D.Lgs. 81/08) e 10 proposte di formazione esterna.

La realizzazione di tali proposte formative nel corso dell'anno 2022 consentirebbe il raggiungimento di altrettanti obiettivi utili allo sviluppo di competenze tecnico professionali, di processo o di sistema.

(Grafico 2). Anche le proposte presentate dalle diverse U.O./Servizi tendono in percentuale maggiore allo sviluppo di competenze tecnico professionali.



Il Comitato scientifico per la formazione aziendale deputato all'esame ed alla validazione degli eventi da presentare alla Direzione strategica per l'inserimento nel PFA 2022, ha operato una valutazione delle proposte formative pervenute dalle diverse U.O. aziendali tenendo conto delle esigenze rilevate attraverso l'indagine sul fabbisogno formativo condotta a livello periferico aziendale, degli obiettivi strategici dell'organizzazione e della loro coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla Commissione Nazionale per la formazione continua (Accordo Stato Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute") e con le linee di indirizzo regionali per la formazione del personale del SSR triennio 2019-2021 (Decreto Commissario ad Acta del 28 novembre 2019 U.00485).

Al termine delle due riunioni, svolte nel mese di febbraio, sono stati selezionati, tra quelli proposti, gli eventi da inserire nel PFA ed introdotte altre iniziative che derivano da esigenze aziendali come la formazione sui procedimenti disciplinari per il personale dirigente e con funzioni organizzative o da esigenze non soddisfatte nell'anno 2021. Tra gli eventi approvati vi sono anche eventi da svolgere in formazione obbligatoria non ECM, o eventi, che per la loro particolarità si dovranno svolgere in house attraverso il ricorso a Società esterne. Nel Prospetto riportato nell'Allegato n. 2 PFA vi è una sintesi degli eventi da inserire nel PFA 2022.

Sarà cura dell'UOC Formazione ricerca e coordinamento amministrativo DAI la programmazione, organizzazione, gestione e controllo degli eventi; in questo compito l'UOC sarà coadiuvata dai responsabili scientifici dei singoli eventi a cui è affidata la responsabilità dei contenuti dell'evento e della realizzazione del programma formativo proposto.

I destinatari degli eventi formativi sono tutti i dipendenti aziendali a tempo indeterminato e determinato. Il criterio di coinvolgimento del personale nelle attività formative è relativo alla specificità/priorità individuata dai responsabili scientifici in base agli obiettivi formativi dell'evento, all'area/ruolo di appartenenza. Prerogativa dell'azione formativa è garantire un accesso equo a tutto il personale delle diverse categorie professionali e pari opportunità di crescita professionale. In alcuni eventi può essere prevista la presenza di partecipanti esterni all'azienda qualora sia importante il contributo di professionisti del territorio e/o di altre strutture sanitarie per il confronto e lo scambio di esperienze.

Gli eventi organizzati e svolti in azienda, prevedono l'utilizzo di docenti interni ed esterni iscritti all'Albo aziendale. Su richiesta del Responsabile scientifico del corso ed in ottemperanza al regolamento aziendale per la sponsorizzazione di eventi formativi, può essere attivata la procedura per la ricerca di contributi economici erogati da terzi a favore della realizzazione del progetto formativo inserito nel PFA 2022 nel rispetto di criteri di eticità, efficienza, efficacia e trasparenza.

Gli interventi formativi saranno sottoposti a valutazione, da parte dell'UOC Formazione ricerca e coordinamento amministrativo DAI al fine di valutare il gradimento degli utenti e la qualità del servizio erogato.

La realizzazione delle attività formative sarà oggetto di verifica annuale su base quantitativa e qualitativa.

Per la verifica quantitativa dell'azione formativa saranno utilizzati criteri che tengono in considerazione l'organizzazione e gestione degli eventi formativi come il numero di eventi formativi e i partecipanti raggiunti con l'azione formativa. Gli indicatori minimi da raggiungere sono:

- Percentuale di almeno il 50% di eventi svolti al 31 dicembre 2022, rispetto al programma
- Percentuale >70% numero partecipanti effettivi per evento rispetto ai partecipanti previsti

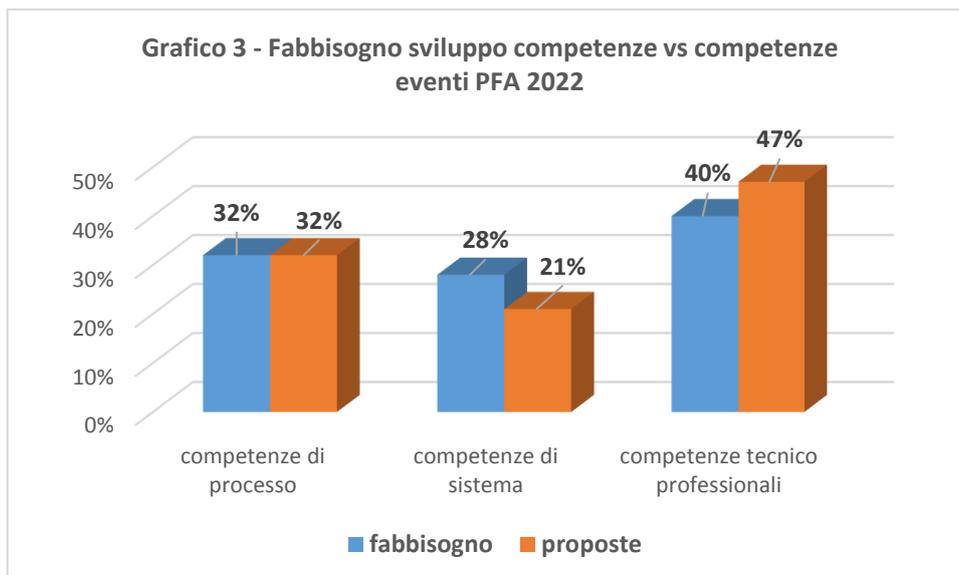
Per la valutazione qualitativa verranno invece utilizzati criteri che evidenziano le competenze/conoscenze sviluppate attraverso l'azione formativa ed il gradimento generale registrato dai discenti. Gli indicatori minimi da raggiungere sono:

Percentuale di operatori che hanno superato il test di valutazione finale per evento >90%

Gradimento utenti per evento (range da 1 a 5) valutazione media >4 per almeno l'80% dei partecipanti nell'80% dei corsi.

#### **3.4.4 Iniziative di formazione esterna**

La comparazione tra il bisogno di sviluppo di competenze evidenziato dalla rilevazione del fabbisogno condotta in azienda e gli obiettivi formativi degli eventi proposti per il PFA da realizzare in azienda nel 2022 (grafico 3) evidenzia un piccolo GAP soprattutto in ordine allo sviluppo di competenze tecnico professionali e di sistema.



Ciò è dovuto anche alle necessità formative espresse per il personale amministrativo per cui non sono stati presentati eventi formativi aziendali utili. Tali necessità potranno essere colmate, ove possibile, prevedendo la partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni organizzati da società private o da altre istituzioni pubbliche (INPS, SNA ecc.) ma soprattutto attraverso il ricorso alla formazione proposta gratuitamente dal dipartimento della funzione pubblica (Presidenza del Consiglio dei Ministri) attraverso il progetto “Competenze digitali per la P.A” , cui la A.O.U. Sant’Andrea ha aderito, che consentirà una rilevazione individualizzata del fabbisogno formativo e garantirà una formazione specifica, per ogni dipendente che parteciperà al progetto, in ordine a 5 particolari tematiche (Dati, informazioni e documenti informatici; Comunicazione e condivisione; Sicurezza; servizi on line; Trasformazione digitale) nell’obiettivo di elevare il livello di competenza ed uniformare le conoscenze di tutto il personale della P.A.

L’UOC Formazione ricerca e coordinamento amministrativo DAI curerà l’implementazione di tale iniziativa in azienda e ne seguirà le evoluzioni ed i risultati favorendo la partecipazione più ampia possibile del personale aziendale.

Le richieste di formazione esterna così come le tematiche evidenziate durante la rilevazione del fabbisogno (elenco in tabella 2) per cui non è stato possibile dare seguito con eventi proposti nel PFA 2022, in quanto molto specifiche e destinate ad un numero esiguo di dipendenti; oppure perchè comportano l’intervento di esperti di settore non facilmente reperibili nell’albo docenti aziendali, saranno ritenute prioritarie in fase di autorizzazione di eventi in aggiornamento obbligatorio esterno.

Tabella 2 - Tematiche prioritarie per la formazione esterna 2022

Normativa sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture
Trasparenza pubblicità degli atti e compilazione del bando
Attività dei professionisti tecnici alla luce della vigente normativa
Corso di progettazione BIM (building information modeling)
Codice dei contratti - aggiornamenti
Sicurezza sale operatorie
Telemedicina
Aggiornamento normativa sperimentazione e privacy
Procedure e metodi per la qualità della formazione
Digitalizzazione
Codice di comportamento

Performance
Trasparenza - prevenzione della corruzione
Privacy e diritto di accesso
Corso di perfezionamento per RSPP e ASPP
Gestione della sicurezza negli appalti e predisposizione del DUVRI
La sicurezza antincendio, nei luoghi di lavoro
Corso di formazione per i formatori della sicurezza
Comunicazione efficace per coordinatori e Funzioni Organizzative
Corso di perfezionamento formatori di primary nursing
Congresso SMIDI
Forum Risk Management

### 3.4.5 Spese per la formazione

Le spese per la formazione del personale previste per l'anno 2022 ammontano a €. 350.000,00 e riguardano l'organizzazione di:

- eventi formativi residenziali (organizzati dall'azienda),
- eventi in house (realizzati in azienda ma organizzati da altri organismi pubblici o privati) partecipazioni individuali a formazione esternalizzata da pubblico o privato.
- spese varie per contributo Agenas, materiali, strumentazioni ed altro.

Nella previsione delle spese per la formazione aziendale, da sostenere nell'anno 2022, si dovrà anche prevedere un apposito fondo destinato alla formazione esterna del personale dirigente afferente ai DAI ed alle Direzioni aziendali (Allegato n. 3 PFA) così come istituito nell'anno 2022 per intento della direzione strategica allo scopo di sostenere finalità utili a far conseguire ai professionisti il più alto grado di operatività in relazione alle funzioni assegnate con particolare riguardo:

- ai processi di innovazione tecnologica ed organizzativa;
- ai processi di ristrutturazione e riorganizzazione dei servizi;
- al rafforzamento della cultura manageriale e della capacità dei Dirigenti di gestire iniziative di miglioramento e di innovazione dei servizi in termini di dinamismo, competitività e qualità dei servizi erogati.

Ulteriore iniziativa intrapresa nell'anno 2021 ed in via di definizione è la convenzione con "Sapienza" Università di Roma – Facoltà di Medicina e Psicologia, il cui costo stimato per l'abbonamento alle banche dati e la tassa di sottoposizione alla CRUI è di circa €50.000,00, che consentirà ai dipendenti aziendali l'accesso ad alcune risorse on line della biblioteca per consentire la ricerca e le attività di autoformazione dei professionisti dell'A.O.U. Sant'Andrea.

Nella Tabella 3, a seguire, viene indicato per ogni autorizzazione di spesa il dettaglio delle previsioni ed i relativi fondi di riserva destinati a soddisfare l'insorgenza di ulteriori esigenze aziendali o regionali di formazione obbligatoria interna/esterna da pubblico o da privato.

**Tabella 3 - Previsione di spesa 2022 (programmazione PFA)**

Attività	Previsto	Fondo riserva	Totale
Formazione esternalizzata e non da pubblico	€ 27.000,00	€ 1.000,00	€ 28.000,00

(conto 502020301000)			
Formazione esternalizzata e non da privato	€ 25.000,00	€ 5.000,00	€ 157.000,00
Fondi DAI (conto 502020302000)	€ 127.000,00		
Formazione sicurezza D.L.gs 81/08 in house (Delib. n° 25 del 13/01/2022) ed interna (conto 502020301999)	€ 62.000,00	€ 1.000,00	€ 63.000,00
Contributo provider ECM/altri oneri (conto 509030203000)	€ 15.000,00		
Acquisto attrezzature, strumentazioni e piattaforma FAD (del.103 del 27/1/2022) (conto 509030203000)	€ 36.000,00	€ 1.000,00	€ 102.000,00
Convenzione Biblioteca Sapienza (conto 509030203000)	€50.000,00		
<b>Totale anno 2022</b>	<b>€ 342.000,00</b>	<b>€ 8.000,00</b>	<b>€ 350.000,00</b>

## **SEZIONE 4**

### **MONITORAGGI**

#### **4.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE**

L'Azienda procede a monitorare il valore pubblico generato per mezzo delle proprie azioni strategiche misurando i risultati raggiunti negli ambiti delineati in questo Piano 2022 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance. Con particolare riferimento alle Performance, come già evidenziato nel paragrafo “Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi” nella sezione “Performance” di questo Piano, l'Azienda attraverso un monitoraggio periodico verifica che l'efficacia e l'efficienza aziendale, nonché le componenti gestionali, siano in linea con i programmi definiti nel Piano delle Performance e nel Documento di Programmazione Annuale. In tale attività, la Direzione Strategica è coadiuvata dalla U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione. In relazione alla Sezione “Organizzazione e Capitale Umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

#### **4.2 MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI**

In riferimento alla Prevenzione della corruzione, come indicato nel paragrafo “Misure di controllo e monitoraggio” nella sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” di questo Piano, ogni unità organizzativa è competente sui controlli di primo livello ed è tenuta a relazionare al RPCT sulle attività rese per le misure indicate nelle tabelle sui processi specifici e sulle misure generali che ne vedono un coinvolgimento.

I monitoraggi periodici sono effettuati dai dirigenti responsabili delle UU.OO. e sono pubblicati nella versione prodotta da ogni singola struttura in formato PDF nell'area amministrazione trasparente della sezione altri contenuti/dati ulteriori.

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

A prescindere dalla classificazione del rischio, permane in capo ai dirigenti il dovere di procedere al costante monitoraggio, controllo ed alla verifica sulla correttezza dei procedimenti amministrativi intrapresi nonché sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

Permane altresì l'obbligo di procedere alla segnalazione nei confronti del RPCT di episodi corruttivi, mediante l'utilizzo della scheda “Modello per la segnalazione di eventi corruttivi” che costituisce l'Allegato n. 4 del PTPCT. La predetta segnalazione non esime tuttavia il dirigente dall'avvio di eventuali procedure disciplinari e, nei casi più gravi, dagli obblighi di denuncia alle Autorità Giudiziarie.

## **ALLEGATI PIAO 2022 – 2024**

Gli allegati di seguito elencati sono parte integrante del presente documento

### **Allegati al PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA:**

Allegato n. 1 PTPCT - Tabella degli obblighi di pubblicazione

Allegato n. 2 PTPCT - Misure di prevenzione oggetto di adozione

Allegato n. 3 PTPCT - Scheda per l'effettuazione del monitoraggio periodico dei procedimenti a rischio corruzione;

Allegato n. 4 PTPCT - Scheda utilizzata per la segnalazione di eventi corruttivi

Allegato n. 5 PTPCT - Anagrafica dei rischi

### **Allegati al POLA:**

Allegato n. 1 POLA - Accordo individuale per la prestazione lavorativa in modalità lavoro agile tra il dipendente e il responsabile della struttura/servizio

Allegato n. 2 POLA – Norme di comportamento nell'utilizzo delle dotazioni informatiche per i dipendenti in lavoro agile

Allegato n. 3 POLA – Informativa sulla salute e sicurezza dei lavoratori in lavoro agile

Allegato n. 4 POLA – Addendum Privacy Protezione dei dati personali lavoro agile

### **Allegati al PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE:**

Allegato n. 1 PTFP– Piano del Fabbisogno 1° foglio

Allegato n. 2 PTFP– Piano del Fabbisogno 2° foglio

Allegato n. 3 PTFP– Dotazione Organica

Allegato n. 4 PTFP– Relazione Fabbisogno

### **Allegati al PIANO DELLE FORMAZIONE AZIENDALE:**

Allegato n. 1 PFA - Fabbisogno 2022

Allegato n. 2 PFA - Progetti Piano III stesura 2022

Allegato n. 3 PFA - Elaborazione Fondi