



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
(PIAO)
2022-2024

INDICE

PREMESSA

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	pag. 3
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	pag. 4
2.1 valore pubblico	pag. 4
2.2 performance	pag. 6
2.3 programmazione rischi corruttivi e trasparenza	pag. 13
2.4 Piano Azioni Positive	pag. 15
3. STRUTTURA ORGANIZZATIVA	pag. 15
4. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	pag. 15
5. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	pag. 16
6. PIANO DELLA FORMAZIONE	pag. 17
7. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE	pag. 17

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito in Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale con aggiornamento annuale.

Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, Il Piano della performance, Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano triennale del fabbisogno del personale.

Il PIAO dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, in questa prima applicazione, rappresenta un atto ricognitivo di tutti i piani già adottati a livello aziendale e destinati a costituire le specifiche sezioni del PIAO secondo lo schema previsto dal Decreto 30 giugno 2022 n.132, al fine di dare evidenza ed organicità di lettura all'attività di pianificazione integrata aziendale.

A partire dall'anno 2023 sarà attivato un percorso di progressivo superamento dei Piani in vigore, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'Azienda.

Il gruppo di lavoro aziendale PIAO perseguirà l'obiettivo di redigere un testo finalizzato ad assorbire, razionalizzandone la disciplina, in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione, racchiudendoli in un unico atto.

1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 ha sede legale in Tivoli (RM) in Via Acquaregna nn. 1/15, codice fiscale e partita IVA 04733471009.

Logo aziendale



Sito internet: www.aslroma5.it

Indirizzo mail: protocollo.generale@aslroma5.it

Indirizzo pec: protocollo@pec.aslromag.it

Il territorio dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5 si estende per 1.813,7 Km² e comprende 70 comuni con una popolazione pari a 489.468 abitanti (31.12.2020). (fonte: ISTAT)

Il numero del personale in servizio al 31.12.2021 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato suddiviso per ruolo, è così composto:

	RUOLO	N.
001	Ruolo Medico e Veterinario	574
002	Ruolo Professionale	10
003	Ruolo Tecnico	433
004	Ruolo Amministrativo	244
005	Ruolo Sanitario	2005
009	Religiosi	7

2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

Le fondamenta della generazione di valore pubblico sono rappresentate dalla salute organizzativa e legate all’adeguamento dell’organizzazione alle strategie pianificate e all’innovazione delle metodologie del lavoro agile, intesa come l’insieme dei fattori che contraddistinguono il funzionamento della PA: il modello organizzativo, i processi organizzativi, il personale e il suo sviluppo.

L’orientamento al valore pubblico parte dall’analisi dei bisogni pubblici e dall’identificazione degli obiettivi di valore pubblico da declinare in strategie realizzative e in indicatori di impatto sottesi, migliorativi del benessere complessivo e multidimensionale (economico, sociale, ambientale e/o sanitario) di cittadini e stakeholder.

La creazione di valore pubblico si sostiene programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale (reclutando profili adeguati e fornendo competenze utili alle strategie pianificate).

La definizione del PIAO è anche un processo di rafforzamento della capacità amministrativa, un’operazione culturale che spinge le Amministrazioni a riflettere su se stesse, ad autovalutarsi individuando azioni di miglioramento funzionali alla produzione di valore pubblico.

La Asl Roma 5 ha il compito di promuovere, nel territorio di competenza ed in collaborazione con le altre realtà che a vario titolo partecipano al sistema del SSR e/o lo costituiscono, la tutela della salute, sia individuale che collettiva, così come definito dall’Art.32 della Costituzione, garantendo con le più attuali e flessibili forme organizzative e strategie operative, il soddisfacimento dei bisogni assistenziali.

L’Azienda riconosce la necessità di perseguire alcuni obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell’offerta dei servizi sanitari.

L’Azienda, in linea con le indicazioni della Regione Lazio, si trova al centro come protagonista della strategia di riequilibrio dell’offerta del sistema sanitario regionale.

Al centro dell’attività dell’Azienda si colloca la persona con i suoi bisogni di salute nei cui confronti si svolgono tutte le pratiche di medicina preventiva, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative finalizzate al benessere bio-psicofisico, nella logica della presa in carico del paziente finalizzata ad una valutazione personalizzata delle condizioni di salute.

Considerati i complessi meccanismi che regolano l’ordinamento sociale, l’Azienda indirizza la propria attività in modo da colmare le iniquità nell’accesso e le disparità nell’offerta dei servizi, compensando in tal modo tali differenze e raggiungendo la complessità della domanda di salute lì dove origina e garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

In particolare l’ Azienda Sanitaria Locale Roma 5:

- applica protocolli di prevenzione, diagnostici, terapeutici e riabilitativi nonché procedure sanitarie, assistenziali ed amministrative efficaci, efficienti ed appropriate;
- ricerca modalità di gestione della salute secondo programmi individuali per pazienti che necessitano di interventi preventivi, specialistici o di tipo riabilitativo;
- collabora con i cittadini affinché si possa trovare una risposta qualificata ai loro bisogni sanitari, anche nei casi in cui non possa intervenire direttamente;
- opera per mantenere o restituire all'assistito la migliore qualità di vita possibile;
- sviluppa e modula i propri sistemi di miglioramento continuo dell'offerta sanitaria a partire dall'analisi del bisogno sanitario locale, nel rispetto delle indicazioni regionali, dell'analisi delle attività e delle indicazioni dei cittadini e degli operatori sanitari;
- sviluppa i propri sistemi informativi anche con mezzi informatici, al fine di favorire l'approccio del cittadino al sistema delle prestazioni sanitarie e sociali secondo la più concreta applicazione delle tecnologie elettroniche-informatiche: principio della trasparenza.

L’Azienda, in questi anni, ha posto molta attenzione al consolidamento degli strumenti gestionali già da tempo utilizzati cercando di potenziarli e inserirli in modo organico all’interno delle logiche definite dalla normativa nazionale sul ciclo della performance:

- la valorizzazione delle attività di pianificazione e programmazione pluriennali e annuali inclusi gli strumenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio e il processo di budget;
- l’esigenza di garantire una leggibilità e un utilizzo mirati ai vari strumenti di pianificazione e controllo:
 - a) utilizzo *interno* per orientare l’attività gestionale delle strutture e dei professionisti, definendo e coordinando gli obiettivi e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche definite dalla Regione e declinati ai vari livelli dell’organizzazione;
 - b) utilizzo *esterno* per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse delle suddette priorità strategiche e dei risultati conseguiti (*accountability*).

Tali principi sono fondamentali e mutualmente sinergici, al fine di assicurare che il sistema di performance management possa efficacemente contribuire all’erogazione di servizi sanitari ad alto valore aggiunto, tecnico e sociale.

La complessità del performance management sta proprio nel rendere tra loro coerenti i sistemi di programmazione e controllo con i sistemi di misurazione dei risultati e con i sistemi di retribuzione variabile del personale.

2.2 Performance

Il Piano Triennale della Performance costituisce il documento aziendale di programmazione in cui vengono descritti gli impegni e le azioni che l’Azienda intende perseguire nel triennio, in coerenza con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale. Il Piano della Performance rappresenta la cornice di riferimento per orientare le priorità annuali e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti, in particolare attraverso il percorso di budget.

Il Piano della performance 2022-2024 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 177 del 27/01/2022 ed è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione Trasparente/Performance e vi si rimanda per i contenuti di merito.

2.2.1 Sistema di misurazione della Performance

Il **Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati**, introdotto dal **D.Lgs 150/2009**, recepito a livello regionale dalla **L.R. n.1/2011**, adottato dall’Azienda con deliberazione n. 397 del 4.5.2012 e aggiornato annualmente, costituisce l’insieme, coerente ed esaustivo della metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione della performance, poste in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nel processo e la cui attuazione consente all’Azienda di pervenire, in modo sistemico, a misurare e valutare i risultati organizzativi ed individuali, rendendone quindi conto ai propri portatori d’interesse.

Il documento aggiornato, adottato con deliberazione n. 176 del 27/01/2022, è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione Trasparente/Performance/sistema di misurazione e valutazione della performance e vi si rimanda per i contenuti di merito.

La **performance** rappresenta infatti il contributo prestato da ciascuna equipe organizzata o singola professionalità dell’Azienda per il conseguimento delle finalità aziendali, quindi per la soddisfazione dei fabbisogni di salute per i quali l’organizzazione stessa è costituita. In considerazione sia dell’ampiezza che della profondità del concetto di “performance”, l’Azienda programma, monitora, misura, valuta e porta a conoscenza i propri risultati, in riferimento alla complessità del proprio modello organizzativo ed in relazione ai diversi livelli di governo aziendale (azienda, macrostrutture/aree, unità operative, gruppi/linee di attività, singoli individui). Con l’attuazione di tale logica, l’Azienda è in grado di misurare e rendere pubblica e

trasparente l'efficacia organizzativa rispetto ai propri obiettivi istituzionali (*accountability*), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di responsabilizzazione ed orientamento delle proprie professionalità, dunque opportune politiche del personale.

Il Sistema adottato dall'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, costituendo di fatto la sintesi dei contenuti aziendali di programmazione ed orientamento nel percorso di conseguimento della propria *mission*, in linea con la logica del c.d. "albero delle performance", prevede:

- la chiara individuazione delle strategie aziendali cui tutta l'organizzazione è chiamata a far riferimento;
- l'attuazione del ciclo annuale di gestione della performance, declinando le suddette strategie in obiettivi operativi ed individuando il puntuale coinvolgimento dei singoli Centri di Responsabilità aziendali (sistema di budgeting);
- l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei suddetti risultati organizzativi;
- l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità.

In considerazione delle suddette finalità e di quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, la ASL Roma 5 prevede un sistema integrato, che si articola di fatto in sottosistemi aziendali, direttamente o indirettamente correlati alla gestione dei diversi livelli di performance.

Vengono inoltre individuati i soggetti coinvolti ed i relativi livelli di responsabilità, elementi oggetto di sistematica valutazione secondo opportuni e trasparenti percorsi aziendali.

Fanno quindi riferimento al Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati i seguenti sottosistemi e funzioni, ciascuno dei quali disciplinato da apposita regolamentazione aziendale.



ORGANISMI E FUNZIONI:

- **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).**
- **Struttura Tecnica Permanente (STP).**

SOTTOSISTEMI E DOCUMENTI CHE COMPONGONO IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI:

- **Piano della performance.**
- **Sistema di gestione della Performance organizzativa (sistema di budgeting).**
- **Sistema di gestione della Performance individuale (e correlato sistema di incentivazione del personale).**
- **Relazione annuale sulla prestazione e sui risultati.**

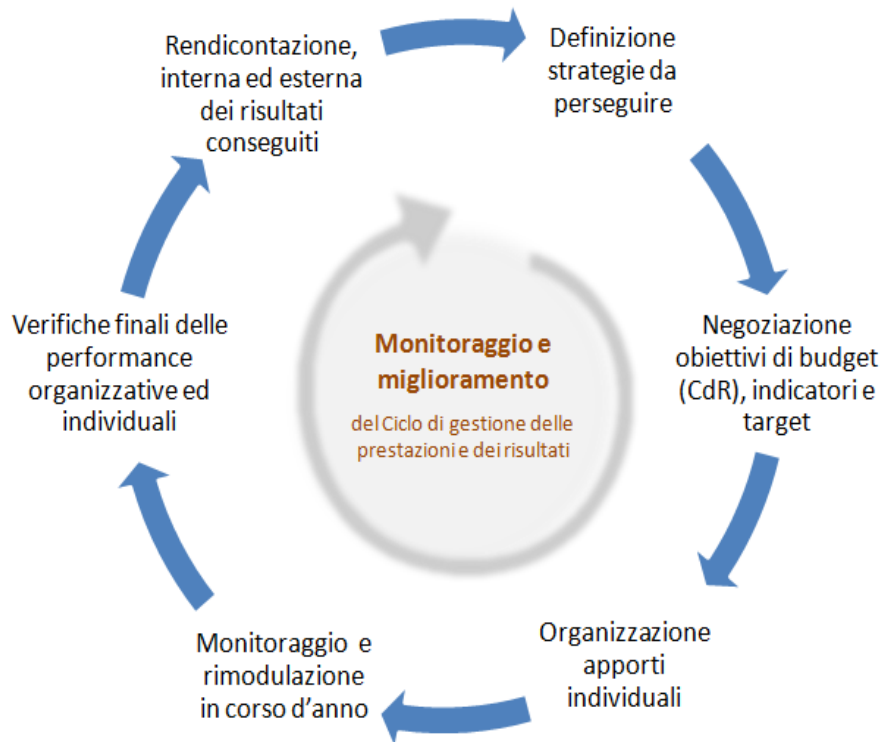
SISTEMI CORRELATI AL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI:

- **Sistema di valutazione permanente degli incarichi.**
- **Piano triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza.**

2.2.2 Ciclo di gestione della performance

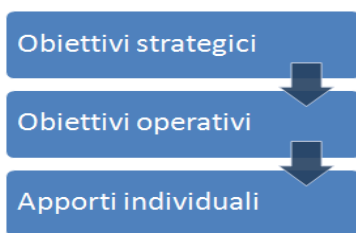
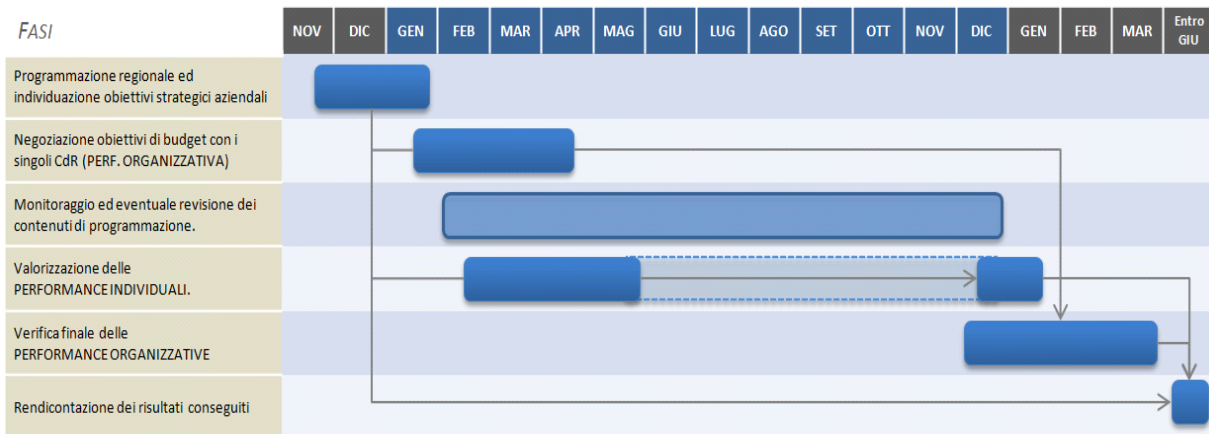
Se il Sistema di gestione delle performance rappresenta la capacità della ASL Roma 5 di programarsi e render conto della propria azione, l'effettiva messa in atto delle procedure annuali di misurazione e

valutazione dei risultati (organizzativi ed individuali) si svolge secondo uno schema logico-temporale, il c.d. ciclo di gestione delle performance, che prevede le seguenti fasi:



- **individuazione delle aree e degli obiettivi strategici** da parte della Direzione aziendale, in attuazione della propria *vision*, in recepimento delle linee programmatiche dettate a livello regionale;
- **attivazione del processo annuale di budgeting**, con la definizione ed assegnazione degli obiettivi operativi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, oltre all'allocazione delle risorse disponibili;
- **monitoraggio ed eventuale rimodulazione dei contenuti della programmazione strategica e/o operativa**;
- **misurazione e valutazione delle performance conseguite nell'esercizio e del correlato grado di perseguimento delle strategie direzionali**;
- **rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organismi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.**

Il timing annuale delle diverse fasi del Ciclo di gestione delle performance già attivato dalla ASL Roma 5, pur condizionabile da fattori “esterni” al governo aziendale, una volta messo a regime è rappresentabile nel seguente cronogramma.



Facendo riferimento alle diverse dimensioni della performance (strategica, organizzativa ed individuale), la ASL Roma 5 dà attuazione al proprio Ciclo di gestione delle performance facendo riferimento alla logica del c.d. “albero della performance”.

Secondo tale impostazione, vengono chiaramente rappresentati i legami fra **gli obiettivi strategici, gli obiettivi a carattere operativo ed i correlati apporti individuali**, fornendo in tal modo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata dei risultati aziendali.

Gli ambiti di programmazione a carattere strategico, ovviamente, forniscono una rappresentazione degli *outcome* perseguiti dall’Azienda, generalmente attraverso un coinvolgimento di tipo trasversale rispetto agli ambiti delineati dall’organigramma, quindi coinvolgendo diverse aree in forma integrata e necessariamente coordinata.

L’attuazione del Ciclo della performance attraverso tale logica, oltre a rassicurare la Direzione strategica circa il confluire dei risultati organizzativi ed individuali verso il perseguimento delle proprie strategie, rappresenta anche un chiaro punto di riferimento e di responsabilizzazione nei confronti degli stessi dipendenti.

2.2.3 Gli obiettivi strategici

Al fine di garantire l’integrazione tra gli strumenti programmatori e, quindi, il collegamento tra *performance*, programmazione economico-finanziaria e di bilancio, processo di *budget*, processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, alla integrità e in generale alla prevenzione della corruzione (*Piano Triennale per la*

Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza), gli obiettivi e gli indicatori sono costruiti in modo tale da facilitare l'integrazione tra i diversi piani e la massimizzazione del raggiungimento delle loro finalità meglio declinate nella stesura degli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

A) AREA GOVERNO CLINICO

A1 – Miglioramento dell'accessibilità delle cure e presa in carico

A2 – Miglioramento della qualità dell'assistenza ed esiti degli interventi

A3- Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale

B) AREA GOVERNO ECONOMICO

B1- Contenimento dei costi diretti e indiretti

C) AREA GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE

C1 – Contributo alla riorganizzazione aziendale

C2 – partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini anticorruzione e trasparenza

C3 – miglioramento dell'accessibilità ai servizi

C4 – ottimizzazione della produttività specifica e dell'innovazione tecnologica

C5 – miglioramento della puntualità delle prestazioni

C6 – organizzazione del lavoro agile

2.2.4 Performance organizzativa

Il sistema di programmazione e controllo della performance organizzativa deriva logicamente i propri contenuti dalle linee strategiche direzionali e, in linea con quanto disposto dall'ANAC (ex CIVIT) con Delib. n. 89/2010, orienta il proprio focus, in termini di processi, risultati, *input*, *output* ed *outcome*, verso i seguenti ambiti di valutazione dei risultati:

- attuazione delle politiche riferite alla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- attuazione di piani e programmi, ovvero 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;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità di attuazione di piani e programmi;
- 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;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Il Sistema, attraverso l'attuazione delle logiche di budgeting riferite ad ogni Centro di Responsabilità (CdR), mira a perseguire i livelli di efficienza ed efficacia sintetizzate nelle strategie aziendali, oltre a responsabilizzare, secondo opportuni livelli, il personale afferente ai diversi ambiti organizzativi.

Per la gestione del proprio sistema di budgeting la ASL Roma 5 ha come modello di riferimento la c.d. "Balanced ScoreCard" (BSC) in modalità adattata al contesto no-profit dell'organizzazione e finalizzata ad un miglioramento continuo dei processi. Con la BSC l'Azienda ha adottato una visione programmatica multidimensionale che risulta particolarmente efficace nella misurazione e valutazione dell'attività di un'Azienda del servizio sanitario.

Il **processo annuale di budgeting** prende formalmente avvio con la trasmissione delle relative linee di indirizzo a tutti i Direttori di Dipartimento/UOC/UOSD da parte della Direzione strategica aziendale, contenuti verso cui dovrà convergere, in modo integrato, l'impegno operativo di tutta l'organizzazione (strutture e singole professionalità) nell'anno di riferimento.

La Direzione strategica ASL Roma 5 coinvolge tutti i Dirigenti titolari di struttura (CdR) nell'analisi della programmazione da sviluppare in considerazione del contesto e delle risorse effettivamente disponibili. In considerazione di tale passaggio, anche tutto il restante personale dell'Azienda è chiamato a far riferimento ad un'unica matrice organizzativa, all'interno della quale sono individuati gli specifici obiettivi operativi e i relativi indicatori di risultato.

In riferimento a ciascun CdR, sono previsti i seguenti documenti di budgeting:

- analisi di contesto (SWOT);
- report sulla numerosità e tipologia delle risorse umane e strumentali assegnate;
- report riferito ai dati storici di attività e di costo;
- indicazione degli obiettivi strategici di riferimento;
- scheda indicante gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori di risultato;
- piano operativo di budget;
- verbale di negoziazione.

Le schede di budget dei CdR, insieme a quelle riferite ai più complessivi obiettivi strategici, sono annualmente allegate al Piano triennale delle performance.

Oltre alle debite operazioni di monitoraggio e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi in corso d'anno, a partire dal mese di dicembre l'Azienda attiva i percorsi di **verifica dei definitivi risultati di budget conseguiti nell'esercizio**. Le funzioni integrate della STP acquisiscono ed elaborano le informazioni derivanti dai flussi informativi aziendali, dalle relazioni annuali prodotte dai singoli CdR, oltre che dall'ulteriore documentazione utile ad esaminare le prestazioni conseguite dalle singole strutture nell'anno di riferimento.

L'istruttoria derivante da tale fase, ove opportuno può essere trasmessa ai rispettivi titolari di CdR, i quali hanno la possibilità di integrare i suddetti contenuti con debite osservazioni e puntualizzazioni.

Il percorso si conclude con la trasmissione dell'istruttoria così completata all'OIV, ai fini del perfezionamento delle verifiche di propria competenza.

Tenuto presente il Piano triennale delle prestazioni e dei risultati ed in considerazione delle performance annuali verificate, l'Azienda entro il mese di giugno predisponde la **Relazione annuale della performance** riferita all'esercizio precedente, documento in cui vengono evidenziati i risultati raggiunti rispetto a quelli

programmati, quindi il grado di conseguimento delle strategie pluriennali, oltre all'analisi delle opportunità e degli elementi di criticità evidenziatesi nell'esercizio.

La Relazione, analizzata e validata dall'OIV, viene quindi portata a conoscenza degli *stakeholders* aziendali nelle forme previste dalla ASL Roma 5 in termini di trasparenza; inoltre, impostata in tale forma, la Relazione annuale rappresenta il logico punto di riferimento per procedere ad eventuali aggiornamenti del Piano triennale della prestazione e dei risultati.

2.2.5 Performance individuale

Sempre in linea con il modello dell'albero della performance, la programmazione e verifica della performance individuale è necessariamente collegata alla dimensione della performance organizzativa, quale contributo organizzato dei singoli dipendenti ai fini del conseguimento dei risultati d'equipe. A tal proposito la ASL Roma 5, nel rispetto dei debiti passaggi di contrattazione integrativa, ha disciplinato in appositi protocolli applicativi la metodologia di analisi delle performance individuali effettivamente prestate e le correlate modalità di calcolo degli incentivi individuali.

L'OIV monitora costantemente la validità della metodologia adottata, nonché la corretta applicazione della stessa in corso d'anno.

A partire, quindi, dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Azienda, ai fini della massima trasparenza e partecipazione, richiede ai propri direttori di CdR, nonché alle Posizioni Organizzative ed alle Funzioni di Coordinamento del Comparto, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori. In tale fase tutto il personale viene coinvolto nel conseguimento degli obiettivi di struttura, procedendo all'analisi delle modalità attraverso cui organizzare i necessari apporti individuali (qualitativi e quantitativi).

In relazione a ciò, vengono individuati e condivisi i criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali, esplicitando per ciascuno di questi il significato oggettivabile del livello di apporto individuale in una scala a cinque livelli.

Al termine dell'esercizio il relativo responsabile è chiamato a compilare le schede di valorizzazione individuale con il coinvolgimento del personale interessato, per poi trasmettere le stesse agli uffici amministrativi per i successivi adempimenti legati al calcolo degli incentivi.

Alla luce della complessità del modello organizzativo aziendale, nel calcolo degli incentivi sono tenuti in debita considerazione anche i diversi livelli di responsabilizzazione nel conseguimento degli obiettivi.

Il sistema di calcolo è inoltre impostato secondo un'analisi di tipo multidimensionale, che tiene in considerazione i diversi elementi d'analisi in chiave moltiplicativa, quindi riuscendo a valorizzare il merito individuale sia in base alla quantità del servizio prestato, che in considerazione della qualità dei suoi contenuti.

2.3 Programmazione rischi corruttivi e trasparenza

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) è uno strumento di programmazione a valenza triennale, con aggiornamento annuale, che si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Azienda e si pone in stretta correlazione con il Piano della Performance.

Il Piano individua la strategia di prevenzione della corruzione e il grado di esposizione al rischio dell'Azienda.

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 ha adottato il **Piano triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022 – 2024 (di seguito indicato come PTPCT)** su proposta del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, facendo proprie le indicazioni di A.N.AC. basate sulla normativa vigente, sul PNA 2019-2021 approvato da ANAC con Delibera n. 1064/2019 (e successivo aggiornamento approvato dal Consiglio di ANAC nella seduta del 21 luglio 2021), nonché sulle indicazioni contenute nel documento "Sull'onda della Semplificazione e Trasparenza - Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza" approvato dal Consiglio dell'Autorità in data 2/02/2022.

Il PTPCT è stato costruito avvalendosi del fattivo apporto dei responsabili delle strutture aziendali coinvolte nelle misure preventive e nei processi a rischio. Sono state applicate, in concreto, le indicazioni metodologiche indicate da A.N.AC. per la gestione dei rischi corruttivi e per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo" attraverso:

- la revisione del processo di gestione del rischio,
- la realizzazione e monitoraggio della mappatura dei processi

L'analisi dei processi:

-si è avvalsa di un metodo partecipativo attraverso l'integrazione di competenze (conoscenze, capacità e comportamenti) diversificate attraverso contatti personali, interviste qualitative individuali, colloqui e riunioni collettive. Dopo averli identificati, al fine di comprenderne le modalità di svolgimento, i processi sono stati descritti attraverso le fasi e attività che li compongono e l'individuazione delle responsabilità e dei soggetti che intervengono nel processo;

-la valutazione del rischio con l'innovativo approccio qualitativo che utilizza indicatori di rischio (*key risk indicators*) in grado di fornire delle indicazioni sul "livello di esposizione al rischio" del processo o delle sue attività componenti, parametrando ogni singola attività mappata ai fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti e/o fatti integranti fenomeni corruttivi (cosiddetti "fattori abilitanti") ed alle variabili definite come "indicatori di stima del livello di rischio";

- la conferma delle misure di prevenzione in atto e l'adozione di misure ulteriori individuate o implementate prevedendone i tempi di attuazione, nonché i sistemi di monitoraggio;
- l'attività di monitoraggio.

Il tema dell'etica, dell'integrità e della prevenzione della corruzione è stato individuato tra i temi strategici che la Direzione Strategica ha posto anche a fondamento del proprio mandato, affinché potessero costituire il riferimento dell'agire professionale ai diversi livelli organizzativi.

Tale strategia può essere ricondotta ai seguenti principali obiettivi:

- promuovere la trasparenza quale principale misura anticorruzione;
- contribuire a creare sempre più un clima sfavorevole alla corruzione e una cultura dell'integrità;
- ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi;
- favorire l'emersione di casi di corruzione.

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 812 del 28/04/2022, è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente - Disposizioni Generali e vi si rimanda per i contenuti di merito.

2.4 Piano Azioni Positive

Il Piano triennale delle Azioni Positive (PAP), in fase di approvazione, grazie anche all'ampliamento delle garanzie non solo di Genere (*art. 21 della legge 183/2010*), rappresenta lo strumento operativo per l'applicazione concreta, dei principi di parità, di non discriminazione diretta ed indiretta, per età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento e alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni in carriera e alla sicurezza.

Ai sensi della Direttiva n.2 /19 *"Misure per promuovere le Pari Opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"* emanato dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e sottosegretario delegato alle Pari Opportunità, la promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti indispensabili per rendere più efficiente e più efficace l'azione amministrativa. Gli obiettivi sono stati rappresentati attraverso tabelle delle quali si riportano di seguito gli ambiti di intervento:

1. Analisi dell'organizzazione in ottica di diffusione della cultura di genere;
2. Ottimizzazione degli strumenti di flessibilità lavorativa in ottica di conciliazione vita-lavoro;
3. Pari Opportunità;
4. Qualità dell'ambiente lavorativo;
5. Benessere Organizzativo;
6. Formazione.

3. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è descritta nell'Atto Aziendale pubblicato sul portale aziendale che rappresenta la carta d'identità dell'Azienda.

Per i contenuti di merito si rimanda alla sezione di Amministrazione Trasparente/disposizioni generali/atti generali.

4. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, adottato in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 sta sviluppando alcune linee di azione orientate alla valorizzazione e allo sviluppo professionale del personale dipendente, anche attraverso la promozione di modalità organizzative che garantiscano una maggiore flessibilità della prestazione lavorativa, al fine di:

-Valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;

- Diffondere modalità di lavoro orientate ad una maggiore autonomia e responsabilità professionale promuovendo una cultura orientata ai risultati, più che allo svolgimento di singole attività;
- Contribuire alla razionalizzazione della mobilità e conseguente riduzione dell'impatto ambientale attraverso la riduzione degli spostamenti casa-lavoro;
- Promuovere e diffondere la trasformazione digitale dei processi organizzativi interessati, allo scopo di migliorare produttività e trasparenza, ridurre tempi e distanze con gli utenti e contribuire al processo di semplificazione amministrativa.

Già nella fase emergenziale da Covid 19 è stato intrapreso il percorso di definizione organizzativa per la gestione dello smart working, che ha portato a considerazioni e riflessioni significative ed utili per la messa a regime dell'istituto del Lavoro Agile in modalità ordinaria.

La prima riflessione si riferisce all'impatto organizzativo del Lavoro Agile, sia con riferimento agli investimenti tecnologici che alle modalità di coordinamento e direzione diversi dal tradizionale controllo a vista basato sulla presenza fisica del dipendente. La seconda si riferisce alle dimensioni sociali e relazionali dell'attività lavorativa, da qui la necessità di alternare il Lavoro Agile al lavoro in presenza, per evitare il rischio dell'isolamento domestico dei lavoratori. Infine, il graduale superamento delle rigidità tipiche della compresenza spazio-temporale dei lavoratori dovrà svilupparsi in un contesto diretto a sostenere azioni virtuose di cooperazione e condivisione costante delle informazioni tra i lavoratori, sempre più necessarie per raggiungere gli obiettivi propri di organizzazioni complesse, dinamiche e in continua evoluzione.

Su tali basi si sviluppa il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2022 – 2024 che è lo strumento di programmazione del Lavoro Agile, delle sue modalità di attuazione e di sviluppo e costituisce **una delle sezioni del Piano della Performance** di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza pluriennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

Il Piano Operativo Lavoro Agile 2022-2024 redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34/2020 che ha modificato l'art. 14 Legge n. 124/2015, **costituisce una delle sezioni del Piano della Performance 2022-2024 dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, adottato con delibera n. 177 del 27/01/2022 e pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente/Performance.**

5. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (PTEP)

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è previsto dall'articolo 6, comma 2, del Dlgs. n. 165/2001 allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter.

Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà di assunzione previste a legislazione vigente. Costituisce allegato al Bilancio di previsione. È stato introdotto dal D.Lgs.75/2017 (Decreto Madia), ha valenza triennale con aggiornamento annuale e viene redatto sulla base

di Linee guida nazionali che sono state pubblicate nella G.U. serie generale n. 173 del 27 luglio 2018 e vengono aggiornate annualmente a livello regionale.

Si compone di tabelle che proiettano l'andamento della spesa, sia in termini di personale effettivamente presente (FTE), che di dotazione organica e di una relazione sintetica del Direttore Generale che rappresenta le strategie di sviluppo del personale nel triennio di riferimento.

Viene approvato con Delibera dopo che i contenuti sono stati validati dall'Amministrazione Regionale.

La proposta aziendale di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2020-2022 è stata trasmessa in Regione con nota del Direttore Generale prot. 34403 del 28/10/2020 , l'adozione definitiva del PTFP è stata formalizzata con Delibera n. 158 del 26/01/2022 a seguito dell'approvazione regionale con determinazione n. GR3906 – 000003 del 18/08/2022.

Il documento è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente/ Personale/Dotazione organica e vi si rimanda per i contenuti di merito.

6. PIANO DELLA FORMAZIONE

La formazione, l'aggiornamento continuo del personale, l'investimento sulle conoscenze, sulle capacità e sulle competenze delle risorse umane sono allo stesso tempo un mezzo per garantire l'arricchimento professionale dei dipendenti e per stimolarne la motivazione e uno strumento strategico volto al miglioramento continuo dei processi interni e quindi dei servizi alla città.

In quest'ottica, la formazione è un processo complesso che risponde a diverse esigenze e funzioni, tra cui la valorizzazione del personale e, conseguentemente, il miglioramento della qualità dei processi organizzativi e di lavoro dell'ente.

Nell'ambito della gestione del personale, le pubbliche amministrazioni sono tenute a programmare annualmente l'attività formativa, al fine di garantire l'accrescimento e l'aggiornamento professionale e disporre delle competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi e al miglioramento dei servizi.

Soprattutto negli ultimi anni, il valore della formazione professionale ha assunto una rilevanza sempre più strategica finalizzata anche a consentire flessibilità nella gestione dei servizi e a fornire gli strumenti per affrontare le nuove sfide a cui è chiamata la pubblica amministrazione.

L'Azienda ha adottato il Piano Formativo Aziendale con deliberazione n. 1846 del 27/10/2022.

Il documento, è pubblicato sul sito internet aziendale <https://www.aslroma5.info/web/staff-direzione-strategica/uos-formazione-del-personale-ed-universitaria> e vi si rimanda per i contenuti di merito.

7. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE

Il monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi dell'art. 6, comma 3 del Decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, nonché delle disposizioni di cui all'art. 5 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) sarà effettuato secondo le

modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, per quanto attiene alle sottosezioni “Valore pubblico” e Performance”.

Il monitoraggio si sviluppa nelle Aziende attraverso una serie di strumenti già attivi e normati e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l’Azienda (Centri di Responsabilità). Tale processo è orientato a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso dell’anno considerato, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali o delle disposizioni nazionali.

Il Budget viene definito con un processo “a cascata annuale” rispetto al Piano della Performance, che ne rappresenta la sua fonte superiore, trovandosi in esso gli obiettivi strategici che devono essere declinati in obiettivi operativi assegnati alle macro articolazioni aziendali attraverso indicatori e risultati attesi; gli obiettivi di budget fanno inoltre riferimento alle Linee di programmazione regionali annuali e ad altri Piani e obiettivi aziendali specifici definiti annualmente, oltre che a diversi ulteriori aspetti di natura più operativa o strumentale. In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra gli obiettivi strategici e quelli operativi, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

Il budget rappresenta dunque il principale strumento di programmazione operativa aziendale annuale, poiché in maniera esplicita e formale vengono definiti i programmi di azione dell’Azienda, se ne verifica la fattibilità tecnica e finanziaria e si allocano le risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire.

Il processo si sviluppa in un percorso di negoziazione tra le macrostrutture, articolate per i Centri di Responsabilità, e la Direzione aziendale.

La formalizzazione annuale degli obiettivi dei centri di responsabilità sono riportati nella scheda che viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno.

Importante strumento di monitoraggio aziendale è costituito dalla **Relazione sulla performance**, prevista dal D.Lgs. 150/2009 (pubblicata sul sito aziendale in Amministrazione Trasparente/Performance).

La relazione sulla performance è un documento annuale orientato sia verso l’esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate nel Piano della performance, che verso l’interno, per rendere conto ai vari livelli organizzativi dell’esito dell’attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione.

La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel Piano della performance.

la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (pubblicata sul sito aziendale in Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione), redatta sulla base delle indicazioni dell’ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell’efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall’Azienda relativamente alla sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”. Infine, l’Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV), di cui all’articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, su base triennale effettua il monitoraggio relativamente alla Sezione “Organizzazione e capitale umano”, con riferimento alla coerenza con gli obiettivi di Performance.