

---

*Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)*  
*2023 - 2025*

---

---

## INDICE

<b>1</b>	<b>SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA.....</b>	<b>4</b>
1.1	DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA.....	4
1.1.1	<i>Chi siamo.....</i>	4
1.1.2	<i>La Mission.....</i>	4
1.1.3	<i>Come operiamo.....</i>	7
1.2	ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA.....	8
1.2.1	<i>L'Organizzazione aziendale.....</i>	8
1.2.2	<i>L'Amministrazione in cifre.....</i>	12
1.2.3	<i>I Risultati raggiunti.....</i>	18
1.2.4	<i>Valori economici.....</i>	25
<b>2</b>	<b>SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>26</b>
2.1	VALORE PUBBLICO.....	26
2.1.1	<i>Obiettivi Generali.....</i>	26
2.1.2	<i>Obiettivi specifici.....</i>	27
2.1.3	<i>Programmazione finanziaria.....</i>	30
2.2	PERFORMANCE.....	31
2.2.1	<i>Piano della Performance 2022-2024: Obiettivi – Indicatori - Target.....</i>	31
2.2.2	<i>Albero delle Performance.....</i>	33
2.2.3	<i>Obiettivi di accessibilità fisica e digitale.....</i>	43
2.2.4	<i>Obiettivi di digitalizzazione.....</i>	44
2.2.5	<i>Piano Della Transizione al Digitale.....</i>	45
2.3	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2023 – 2025.....	50
2.3.1	<i>Principi e obiettivi strategici.....</i>	50
2.3.2	<i>I Soggetti interni che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'azienda.....</i>	51
2.3.3	<i>Integrazione Tra Il Piano Di Prevenzione Della Corruzione Ed Il Piano Della Performance.....</i>	55
2.3.4	<i>Gestione Del Rischio Di Corruzione.....</i>	56
2.3.5	<i>Il Contesto Esterno.....</i>	57
2.3.6	<i>Il Contesto Interno.....</i>	59
2.3.7	<i>Attività Di Mappatura Dei Processi – Analisi Del Contesto Interno.....</i>	59
2.3.8	<i>Analisi Ed Identificazione Del Rischio.....</i>	60
2.3.9	<i>La Valutazione Del Rischio.....</i>	60
2.3.10	<i>Il Trattamento Del Rischio E Monitoraggio.....</i>	61
2.3.11	<i>Le Misure Preventive Generali.....</i>	63
2.3.12	<i>L'antiriciclaggio.....</i>	77
2.3.13	<i>La Trasparenza.....</i>	78
2.3.14	<i>Norme Di Rinvio.....</i>	81
<b>3</b>	<b>SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>83</b>

---

3.1	PARI OPPORTUNITA' .....	83
3.2	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	85
3.3	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE .....	94
3.3.1	<i>Piano Assunzionale 2022-2024</i> .....	94
3.4	FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	105
<b>4</b>	<b>SEZIONE IV - MONITORAGGIO .....</b>	<b>111</b>
4.1	MONITORAGGIO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE .....	111
4.1.1	<i>Il Ciclo di Gestione della Performance</i> .....	111
4.1.2	<i>Fasi soggetti e tempi del Ciclo di Gestione della Performance</i> .....	112
4.1.3	<i>Cronoprogramma del Ciclo della Performance</i> .....	115
4.2	MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	116
4.3	MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE .....	116
4.4	MONITORAGGIO DEL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE .....	116
4.5	MONITORAGGIO DEL PIANO DELLA TRANSIZIONE DIGITALE .....	116
	<b>Appendice alle sezioni .....</b>	<b>118</b>

---

## 1 SEZIONE I - SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AZIENDA

### 1.1 DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

#### 1.1.1 Chi siamo

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

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

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

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

È coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati. Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Strategica Aziendale, che assicura le funzioni generali di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano per specifica responsabilità e competenza alla gestione dell'Azienda.

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

#### 1.1.2 La Mission

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

Rappresenta un polo erogante prestazioni di emergenza, di alta specialità e costituisce polo ospedaliero di eccellenza.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale, l'equità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, la sicurezza delle cure, degli utenti e degli operatori, l'appropriatezza

---

degli interventi erogati nel corso del processo diagnostico-terapeutico e la promozione del coinvolgimento dei cittadini ai fini della valutazione del servizio reso.

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

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

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

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

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

1. nei confronti dei Cittadini:

- la centralità della persona nei confronti della quale svolgere tutte le pratiche diagnostico-terapeutico-riabilitative finalizzate al suo benessere biopsicofisico nella consapevolezza che ognuno è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute;
- il rispetto della dignità umana;
- l'equità degli accessi ai servizi;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza delle prestazioni;
- l'educazione alla salute intesa come la promozione di stili di vita e comportamenti ispirati alla prevenzione delle malattie e alla lotta al consumismo farmacologico e sanitario;
- il piano della trasparenza, come in seguito dettagliato.

2. nei confronti degli Operatori:

- l'etica professionale;
- il coinvolgimento e la qualificazione continua dei professionisti e del personale tutto, da sostenere attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale.

3. nei confronti della Gestione:

- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Lazio, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, secondo

- criteri di appropriatezza e di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario e dai Piani Operativi Regionali;
- l'innovazione e differenziazione dell'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti;
  - la razionalizzazione del sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini è inserita nel Sistema Sanitario Regionale, in quanto Centro Hub per le reti assistenziali della Regione Lazio con riferimento ai seguenti ambiti:

RETE	RUOLO AZIENDA SAN CAMILLO FORLANINI
RETE EMERGENZA ADULTI	DEA II liv.
RETE EMERGENZA PEDIATRICA	DEA II liv.
RETE EMERGENZA CARDIOLOGICA	E +CC
RETE EMERGENZA CARDIOCHIRURGICA	HUB
RETE ICTUS	UTN II (HUB)
RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA	CTS (HUB)
RETE PERINATALE	LIVELLO II
RETE TRASFUSIONALE	SIMT Area di Produzione

*Legenda:*

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

E+CC = Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica

CTS = Centro traumi di alta specializzazione (HUB)

Il modello Hub & Spoke (letteralmente: mozzo e raggi) trova il suo presupposto laddove situazioni con un alto tasso di complessità richiedano di essere affrontate con un altrettanto alto grado di competenza, concentrato in Centri regionali di alta specializzazione.

---

### 1.1.3 Come operiamo

I principi che ispirano le condotte di tutti i professionisti che operano dell'Azienda e che derivano da quanto riportato in premessa, sono:

- *L'osservanza delle norme che disciplinano lo svolgimento dell'attività aziendale.*
- *La riservatezza, la lealtà e la trasparenza.* I Professionisti dell'Azienda mantengono una condotta personale integra, equilibrata e rispettosa dell'individualità altrui ed ispirano i propri comportamenti a principi di onestà e correttezza, trasparenza e buona fede e responsabilità verso tutti i portatori di interesse e verso gli altri soggetti con i quali entrano in contatto, per qualsivoglia motivo, nello sviluppo delle proprie attività.
- *Il senso di appartenenza,* ovvero, condividere i medesimi obiettivi, essere consapevoli di fare parte di un'organizzazione ed assistersi reciprocamente, fornendo incoraggiamenti e supporto, soprattutto in momenti di difficoltà. I collaboratori dell'Azienda Ospedaliera sono tenuti ad operare con la massima professionalità ad utilizzare in modo oculato i beni e le risorse aziendali. Chiunque operi nell'Azienda Ospedaliera è tenuto a difenderne l'immagine sul posto di lavoro e nella propria vita sociale, manifestando apertamente contrarietà e contrapposizione verso le persone che mettono in atto comportamenti non in linea con i valori dell'Azienda Ospedaliera.
- *L'eccellenza nel servizio.* La soddisfazione dell'utente è il principio ispiratore della nostra attività. Tutti i professionisti hanno il preciso compito di migliorare costantemente la qualità del servizio offerto, ai fini di garantire la salute, il benessere, nonché il progresso scientifico, attraverso l'utilizzo di strumenti di ascolto e di monitoraggio delle aspettative degli stakeholder e dei livelli di soddisfazione da loro espressi, attraverso l'ottimizzazione dei processi interni, garantendo l'appropriatezza e la ricerca di livelli di eccellenza nelle attività, nei servizi e nelle procedure interne, attraverso lo svolgimento della propria attività con professionalità, precisione e rapidità di decisione ed esecuzione.
- *Lavoro di squadra.* Essere e sentirsi parte di un gruppo è un diritto di tutti; formare una squadra vincente è un dovere del dirigente. I dirigenti sono tenuti ad incentivare il lavoro di squadra fra i collaboratori, a motivarli e coinvolgerli, a favorire incontri che sviluppino la socializzazione, a stimolare la costruzione di gruppi di lavoro interfunzionali efficienti ed efficaci. Tutti devono partecipare con professionalità, massima collaborazione e orientamento al risultato, alle attività, alle iniziative, ai progetti per i quali venga richiesto un loro contributo.
- *Capacità, Rispetto ed Eguaglianza.* La capacità di compiere la propria mission, di adempiere correttamente ai propri doveri e quindi erogare prestazioni sanitarie di elevato contenuto qualitativo per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, nel rispetto dei valori e dei principi etici a cui l'Azienda Ospedaliera si ispira, è la più alta definizione ed applicazione dell'uguaglianza, intesa come espressione di garanzia offerta agli utenti in materia di diritti e di pari opportunità.

- 
- *Efficienza ed economicità.* Il rispetto della efficienza e dell'economicità all'interno dell'Azienda Ospedaliera comportano l'attivazione e la semplificazione dei processi d'acquisto di beni e servizi e la individuazione di opportunità di risparmio mediante strumenti di analisi degli acquisiti e dei fornitori.
  - *Comportamento di diligenza, lealtà ed imparzialità.* I dipendenti dell'Azienda sono tenuti al rispetto del codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013 e s.m.i. e alle Linee di Guida ANAC del 20/09/2016 e al Codice di Comportamento Aziendale adottato con deliberazione n. 13 del 5 gennaio 2022.

## 1.2 ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

### 1.2.1 L'Organizzazione aziendale

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

Successivamente, con deliberazione n. 1547 del 14.11.2019, l'Azienda ha approvato la modifica parziale dell'Atto sopra indicato, sostituendo integralmente l'organigramma con la nuova versione allegata alla deliberazione medesima. La modifica di cui trattasi è stata approvata dalla Regione Lazio con DCA n. U00523 del 30.12.2019 (BURL n. 2 del 7.01.2020).

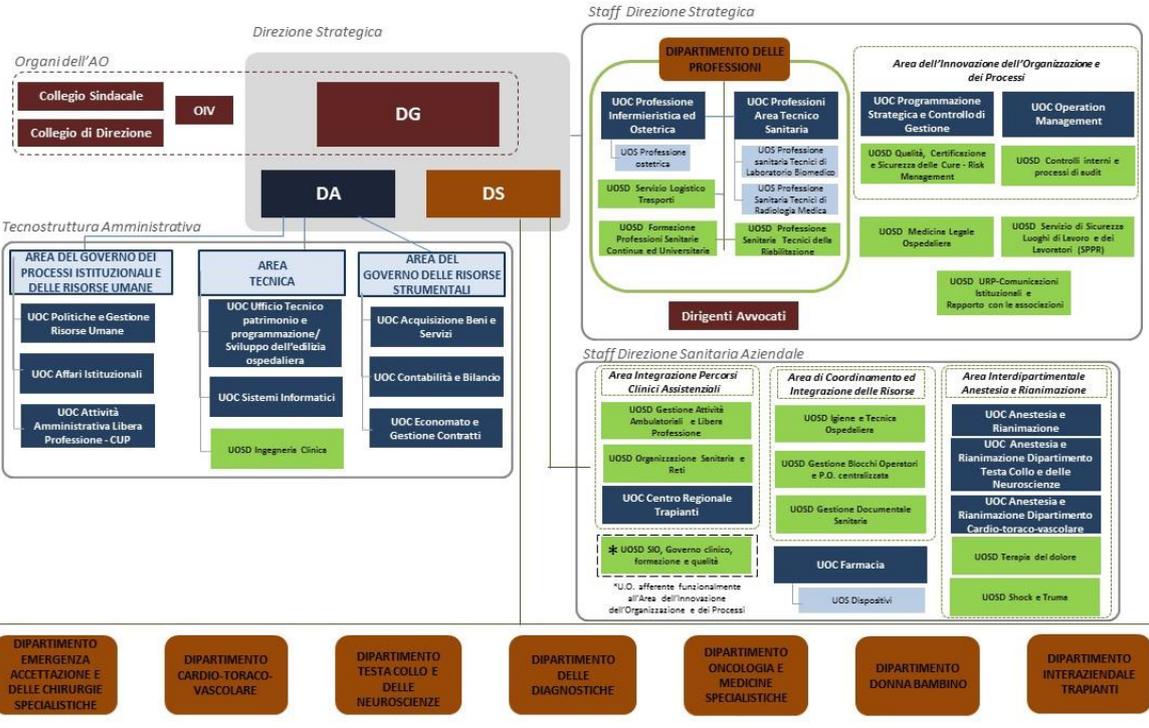
Di seguito si rappresenta sinteticamente *Il modello organizzativo dell'Azienda*

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

Il modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie è assicurato attraverso il Dipartimento.

Il Dipartimento ha natura gestionale ed è identificato come Centro di Responsabilità. "Aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse"

Di seguito si rappresenta l'organigramma aziendale ad oggi vigente.



DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE E DELLE CHIRURGIE SPECIALISTICHE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE	DIPARTIMENTO TESTA COLLO E DELLE NEUROSCIENZE	DIPARTIMENTO DELLE DIAGNOSTICHE	DIPARTIMENTO ONCOLOGIA E MEDICINE SPECIALISTICHE	DIPARTIMENTO DONNA BAMBINO	DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI			
Area delle Chirurgie specialistiche Area dell'Emergenza UOC Urologia UOC Chirurgia plastica e ricostruttiva UOC Chirurgia generale, d'urgenza e delle nuove tecnologie UOS Gineproctologia UOC Ortopedia UOS Traumatologia UOS Riabilitazione intensiva UOSD Chirurgia oncologica della mammella UOSD Urologia Andrologica *UOC Anestesia e Rianimazione *U.O. afferente funzionalmente all'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione	UOC Chirurgia Toracica *UOC Anestesia e Rianimazione Dipartimento Cardio-toraco-vascolare UOC Chirurgia vascolare UOS Chirurgia Fibrologica UOC Cardiocirurgia e Trapianto di cuore UOS Diagnostica e Follow up dello scompenso cardiaco chirurgico UOC Cardiologia UOS LTM PS UOS Scompenso UOS Cardiologia Interventistica UOS Cardioangiologia UOSD Angiologia UOSD Diagnostica Cuore UOSD Servizi Cardiologici Integrati *U.O. afferente funzionalmente all'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione	UOC Neurochirurgia UOC Neurologia e Neurofisiopatologia UOC Otorinolaringoiatria *UOC Anestesia e Rianimazione Dipartimento Testa Collo e delle Neuroscienze UOS Neuroanestesia UOC Maxillo-facciale UOSD Malattie degenerative del sistema nervoso UOSD Stroke Unit UOSD Oculistica *U.O. afferente funzionalmente all'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione	Area Diagnostica di laboratorio UOC Laboratorio genetica medica UOS Genetica clinica UOC Medicina trasfusionale e Culture sterminate UOS Strategie trasfusionali e terapie rigenerative UOS Produzione interaziendale emocomponenti UOS Preparazione del paziente con rischio emotrasfusionale (ESM) UOC Microbiologia e Virologia UOC Patologia Clinica UOS Centro prelievi	Area Diagnostica per immagini UOC Fisica sanitaria UOC Diagnostica per immagini - elezione UOS Diagnostica per immagini in Oncologia e coordinamento dei percorsi assistenziali UOS Diagnostica per immagini - Coordinamento delle attività ambulatoriali UOC Medicina nucleare UOC Neurodiagnostica UOS Diagnostica per immagini in senologia UOSD Telemedicina Risposta e Conservazione legale sostitutive	Area Medicina specialistica UOC Broncopolmonologia UOC Reumatologia UOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva diagnostica ed operativa UOS MIO UOSD Day hospital pneumologico e interistituzionale polmonari UOSD Dietologia e Nutrizione UOSD Terapia subintensiva respiratoria (STIRS) UOSD Dermatologia UOSD Endocrinologia UOSD Diabetologia	Area Oncologica UOC Ematologia e trapianto cellule staminali UOS Day hospital ed attività ambulatoriale UOC Radioterapia UOC Oncologia UOS Oncologia sperimentale UOS Oncologia Urogenitale UOC Anatomia ed Istologia patologica UOS Patologia fetoplacenteraria UOSD Pneumologia ad infanzia oncologica UOSD Oncologia della mammella *UOSD Terapia del dolore *U.O. afferente funzionalmente all'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione	UOC Ostetrica e Ginecologia UOS Patologia Ostetrica UOS Diagnosi e cura dell'infertilità di coppia UOC Chirurgia pediatrica UOC Pediatria UOS Pronto Soccorso pediatrico UOC Neonatologia e T.M. Patologia neonatale UOS Nido e osservazione Rooming in UOSD Interruzioni volontarie di gravidanza - L. 194	UOC Chirurgia generale e dei trapianti d'organo UOS Trapianti rena UOC Malattie del fegato UOC Nefrologia, dialisi trapianto rena UOS Follow up trapianto rena	
5 UOC 3 UOSD 2 UOS	3 UOC 2 UOSD 4 UOS	5 UOC 3 UOSD 6 UOS	5 UOC 3 UOSD 1 UOS	4 UOC 0 UOSD 5 UOS	5 UOC 2 UOSD 2 UOS	3 UOC 6 UOSD 1 UOS	4 UOC 3 UOSD 4 UOS	4 UOC 1 UOSD 4 UOS	3 UOC 0 UOSD 2 UOS
Totali UU.OO nei DAI ▶ 95									
41 UOC 23 UOSD 31 UOS									



---

Il modello organizzativo dell'Azienda vigente nel corso del ciclo performance anno 2021 è articolato in:

1. Dipartimenti Sanitari.
2. Tecnostruttura Amministrativa, organizzata in Aree Amministrative.
3. Staff della Direzione Strategica.
4. Direzione Sanitaria Aziendale, organizzata in Aree Sanitarie.

Il modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie è assicurato attraverso il Dipartimento.

Il Dipartimento ha natura gestionale ed è identificato come Centro di Responsabilità. "Aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse"

**1. Le tipologie di Dipartimento Sanitario sono:**

- Dipartimenti di Produzione.
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

**Dipartimenti di Produzione:**

- Dipartimento Emergenza Accettazione e delle Chirurgie Specialistiche
- Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
- Dipartimento Testa Collo e delle neuroscienze
- Dipartimento Donna Bambino
- Dipartimento Oncologia e Medicine Specialistiche:
  - o a. Area Medicina Specialistica
  - o b. Area Oncologica
- Dipartimento delle Diagnostiche:
  - o a. Area Diagnostica di Laboratorio
  - o b. Area Diagnostica per Immagini

È inoltre presente:

- **Il Dipartimento Interaziendale dei Trapianti**, dipartimento Interaziendale costituito con Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 159/2007.
- **Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie**, partecipa a tale modello organizzativo, con modalità matriciale articolazione posta in Staff alla Direzione Strategica, che ha la responsabilità di indirizzo, direzione, organizzazione e gestione del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, e degli operatori di supporto che operano nell'Azienda Ospedaliera.
- Area Interdipartimentale e Anestesia e Rianimazione

---

## 2. La Tecnostruttura Amministrativa

Il modello ordinario di gestione operativa delle attività amministrative è assicurato attraverso le seguenti articolazioni organizzative organizzate in Aree di Governo.

- Area del Governo delle risorse strumentali:

- a. UOC Economato e Gestione Contratti
- b. UOC Acquisizione Beni e Servizi
- c. UOC Contabilità e Bilancio

- Area del Governo dei Processi Istituzionali e delle Risorse Umane:

- a. UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane
- b. UOC Affari Istituzionali
- c. UOC Attività Amministrativa Libera Professione - CUP

- Area Tecnica:

- a. UOC Ufficio Tecnico, Patrimonio e Programmazione / Sviluppo dell'Edilizia Ospedaliera
- b. UOC Sistemi Informatici
- c. UOSD Ingegneria Clinica

## 3. Le funzioni di Staff della Direzione Strategica

Le funzioni di staff della Direzione Strategica operano in dipendenza gerarchica diretta con la Direzione Strategica e sono organizzate in:

- a) Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- b) UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione
- c) UOSD Controlli Interni e Processi di Audit
- d) UOSD Medicina Legale Ospedaliera
- e) UOSD Servizio di Sicurezza Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori (SPPR)
- f) UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management.
- g) UOSD URP – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni
- h) UOC Operation Management
- i) Dirigenti Avvocati

È inoltre presente l'Area dell'Innovazione dell'Organizzazione e dei Processi.

## 4. Le funzioni di staff della Direzione Sanitaria operano in dipendenza gerarchica diretta con la Direzione Sanitaria e sono organizzate in:

Area di Coordinamento ed Integrazione delle Risorse, a cui afferiscono:

- a) UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera
- b) UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O. Centralizzata

---

c) UOSD Gestione Documentazione Sanitaria

Area di Integrazione Percorsi Clinici Assistenziali a cui afferiscono:

a) UOSD Organizzazione sanitaria e reti

b) UOSD Gestione Attività ambulatoriali e Libera Professione

c) UOC Centro Regionale Trapianti

Afferiscono alla Direzione Sanitaria, inoltre:

- UOC Farmacia

- UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità

### 1.2.2 L'Amministrazione in cifre

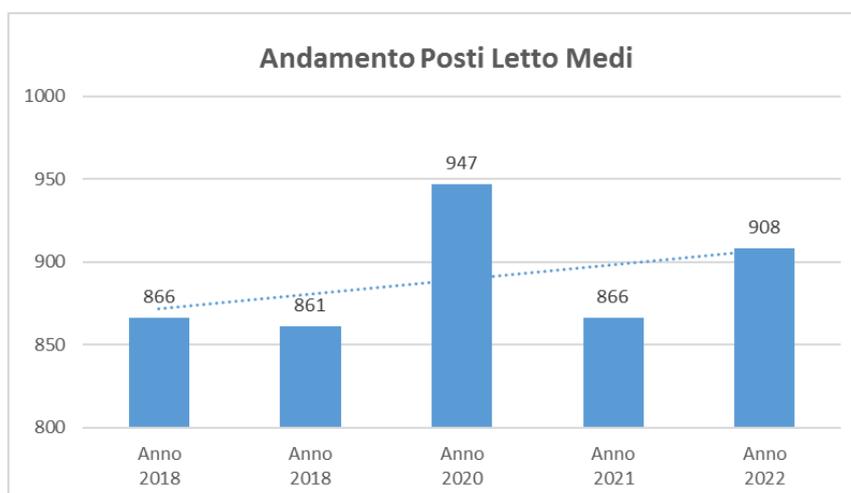
#### **Dotazione posti letto**

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

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO			01/07/2021 -N. 66		
AFO	Codice Disciplina	Descrizione	ORD	DH	TOT
1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		57	57
	05	ANGIOLOGIA			
	08	CARDIOLOGIA	60	6	66
	26	MEDICINA GENERALE	123		123
	29	NEFROLOGIA			
	32	NEUROLOGIA + STROKE	14		14
	40	PSICHIATRIA	15	4	19
	58	GASTROENTEROLOGIA	24		24
	64	ONCOLOGIA + PNEUMONCOLOGIA	20		20
	66	ONCOEMATOLOGIA + CTMO	20		20
	68	PNEUMOLOGIA + STIRS	32		32
	71	REUMATOLOGIA	8		8
<b>Totale</b>			<b>316</b>	<b>67</b>	<b>383</b>
2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	52		52
	09	CHIRURGIA GENERALE	64		64
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	6	3	9
	12	CHIRURGIA PLASTICA + ARTI	8	6	14
	13	CHIRURGIA TORACICA	18		18
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	20	1	21
	30	NEUROCHIRURGIA	20		20
	34	OCULISTICA	2		2
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48		48
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	14		14
	43	UROLOGIA	14		14
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO A TRAPIANTO DI R	6		6
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		25	25
<b>Totale</b>			<b>272</b>	<b>35</b>	<b>307</b>
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	68		68
	50	UTIC - UNITA' CORONARICA	8		8
	51	ASTANTERIA/BREVE OSSERVAZIONE/MEDICINA D'URGENZA)	30		30
	UTN	UTN	14		14
<b>Totale</b>			<b>120</b>	<b>0</b>	<b>120</b>
4-MIP	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	12	5	17
	37	OSTETRICA-GINECOLOGIA	56	15	71
	39	PEDIATRIA	16	2	18
	62	NEONATOLOGIA (DEGENZA SUB-INTENSIVA)	20		20
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	16		16
<b>Totale</b>			<b>120</b>	<b>22</b>	<b>142</b>
6-PA	56	RIABILITAZIONE	20	4	24
<b>Totale</b>			<b>20</b>	<b>4</b>	<b>24</b>
<b>TOTALE</b>			<b>848</b>	<b>128</b>	<b>976</b>

La tabella di seguito indicata rappresenta la dotazione dei posti letto medi di degenza ordinaria e day hospital dell'Azienda (escluse le strutture Nido, UCRI e UGI).

ANDAMENTO POSTI LETTO MEDI					
	Anno 2018	Anno 2018	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Ordinari	714	706	793	715	771
DH	152	155	154	151	137
<b>Totale</b>	<b>866</b>	<b>861</b>	<b>947</b>	<b>866</b>	<b>908</b>



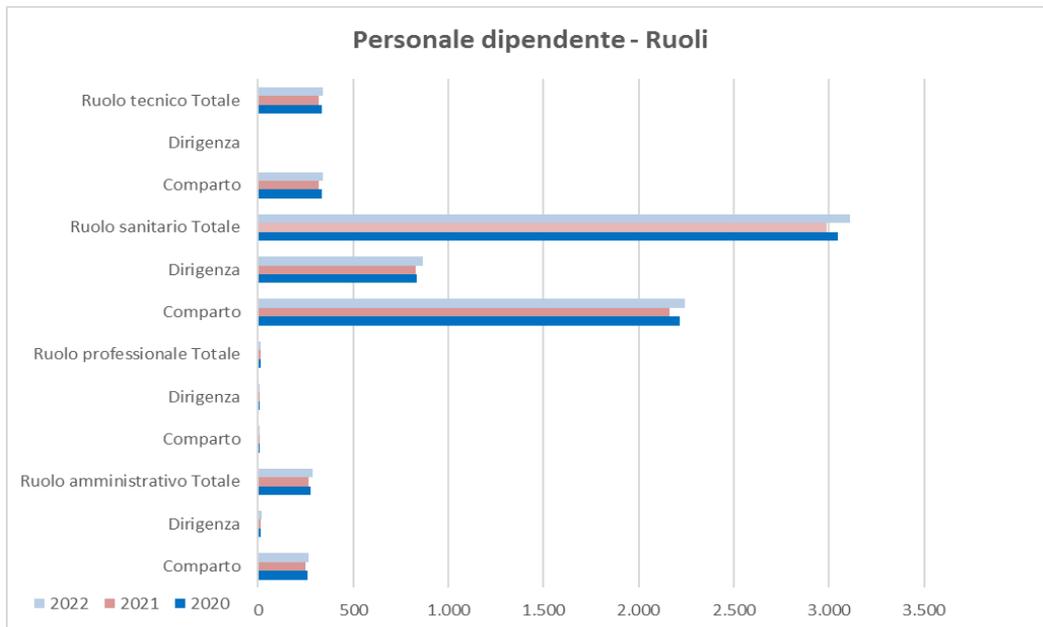
La distribuzione dei posti letto di degenza ordinaria anni 2020 e 2021, nella tabella sopra rappresentata, ha subito un'importante riconfigurazione dell'assetto e della distribuzione dell'offerta assistenziale rispetto all'esigenza di garantire, nell'appropriatezza dei percorsi assistenziali organizzativi definiti, la gestione e la cura dei pazienti affetti da Covid-19 e dei pazienti ordinari.

Per quanto concerne l'anno 2022, il miglioramento delle condizioni relative alla pandemia ha consentito di ripristinare l'assetto organizzativo pre Covid-19.

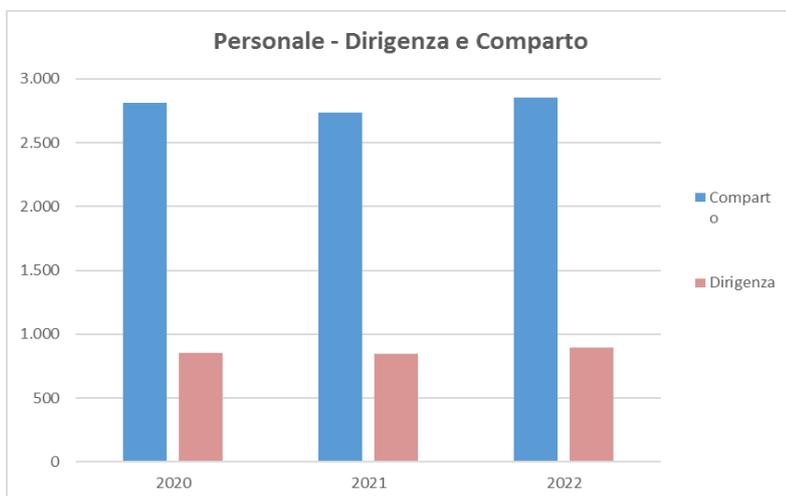
### Distribuzione del personale

Le tabelle successive mostrano, per gli anni 2020 – 2022, il numero del personale dipendente dell'Azienda, suddiviso per ruolo e in base all'appartenenza alla Dirigenza o al Comparto.

Personale dipendente	2020	2021	2022
Comparto	261	252	264
Dirigenza	15	16	21
<b>Ruolo amministrativo Totale</b>	<b>276</b>	<b>268</b>	<b>285</b>
Comparto	7	7	6
Dirigenza	6	6	7
<b>Ruolo professionale Totale</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
Comparto	2.213	2.161	2.242
Dirigenza	831	826	866
<b>Ruolo sanitario Totale</b>	<b>3.044</b>	<b>2.987</b>	<b>3.108</b>
Comparto	334	319	340
Dirigenza	1	1	2
<b>Ruolo tecnico Totale</b>	<b>335</b>	<b>320</b>	<b>342</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>3.668</b>	<b>3.588</b>	<b>3.748</b>



Personale dipendente	2020	2021	2022
Comparto	2.815	2.739	2.852
Dirigenza	853	849	896
<b>Totale complessivo</b>	<b>3.668</b>	<b>3.588</b>	<b>3.748</b>

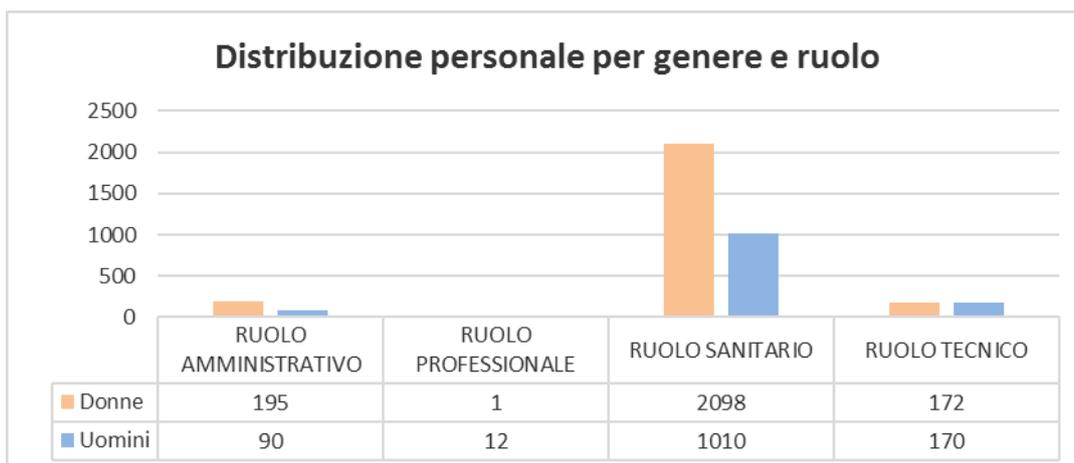


## Analisi di genere

Nell'anno 2022, dei complessivi 3.748 dipendenti di ruolo presenti in servizio presso l'A.O. San Camillo-Forlanini, 2.466 sono donne (66%) e 1.282 uomini (34%), denotando una prevalenza del genere femminile.



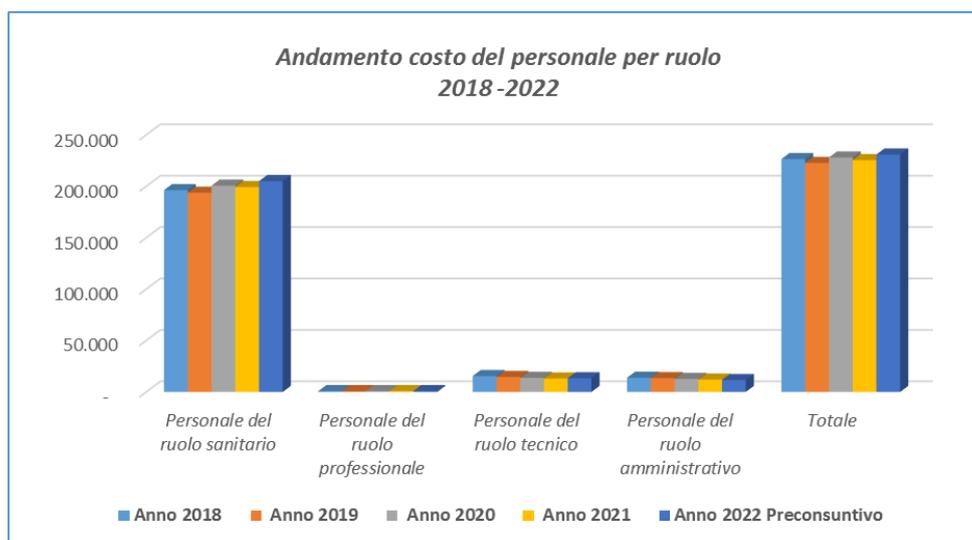
Approfondendo l'analisi di genere, nella tabella seguente si riporta anche una rappresentazione di genere per ruolo.



## Costo del personale

Le tabelle successive mostrano, per il quinquennio 2018 – 2022 (dato di Preconsuntivo), il costo del personale dipendente dell’Azienda, suddiviso per ruolo e in base all’appartenenza alla Dirigenza o al Comparto:

Costo del personale (Valori in migliaia di Euro)	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Personale dirigente del ruolo sanitario	91.588	89.504	92.043	94.824	95.569
Personale comparto del ruolo sanitario	104.745	104.322	108.647	104.575	109.522
<b>Totale Personale del ruolo sanitario</b>	<b>196.333</b>	<b>193.826</b>	<b>200.690</b>	<b>199.399</b>	<b>205.091</b>
Personale dirigente del ruolo professionale	609	605	677	699	687
Personale comparto del ruolo professionale	252	243	220	220	212
<b>Totale Personale del ruolo professionale</b>	<b>861</b>	<b>848</b>	<b>897</b>	<b>919</b>	<b>899</b>
Personale dirigente del ruolo tecnico	94	90	60	101	128
Personale comparto del ruolo tecnico	15.451	14.512	13.648	13.011	13.288
<b>Totale Personale del ruolo tecnico</b>	<b>15.545</b>	<b>14.602</b>	<b>13.708</b>	<b>13.112</b>	<b>13.416</b>
Personale dirigente del ruolo amministrativo	1.490	1.536	1.516	1.388	1.329
Personale comparto del ruolo amministrativo	12.382	12.011	11.248	10.724	10.260
<b>Totale Personale del ruolo amministrativo</b>	<b>13.872</b>	<b>13.547</b>	<b>12.764</b>	<b>12.112</b>	<b>11.589</b>
<b>Totale</b>	<b>226.611</b>	<b>222.823</b>	<b>228.059</b>	<b>225.542</b>	<b>230.995</b>



Costo del personale (Valori in migliaia di Euro)	Anno 2021	Anno 2022 (Preconsuntivo)	Variazioni	
			Euro	%
Personale del ruolo sanitario	199.399	205.091	5.692	2,85%
Personale del ruolo professionale	919	899	-20	-2,18%
Personale del ruolo tecnico	13.112	13.416	304	2,32%
Personale del ruolo amministrativo	12.112	11.589	-523	-4,32%
<b>Totale</b>	<b>225.542</b>	<b>230.995</b>	<b>5.453</b>	<b>2,42%</b>

---

### 1.2.3 I Risultati raggiunti

#### Volumi e valori di produzione

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, DEA di II livello, eroga prestazioni di alta specialità e rappresenta per il territorio, per la Regione Lazio e il centro sud, punto di riferimento per la qualità dell'assistenza e la tipologia delle prestazioni offerte.

Nella tabella sotto riportata si evidenzia l'andamento del **Valore della produzione anni 2018-2022 (dato di proiezione C.E. terzo trimestre)**, dal quale si evince come il trend annuale fino al 2019, correlato al miglioramento dell'efficienza e riqualificazione della produzione di cui ai Piani di rientro attivati e attuati (anni 2016-2018), sia stato in graduale aumento.

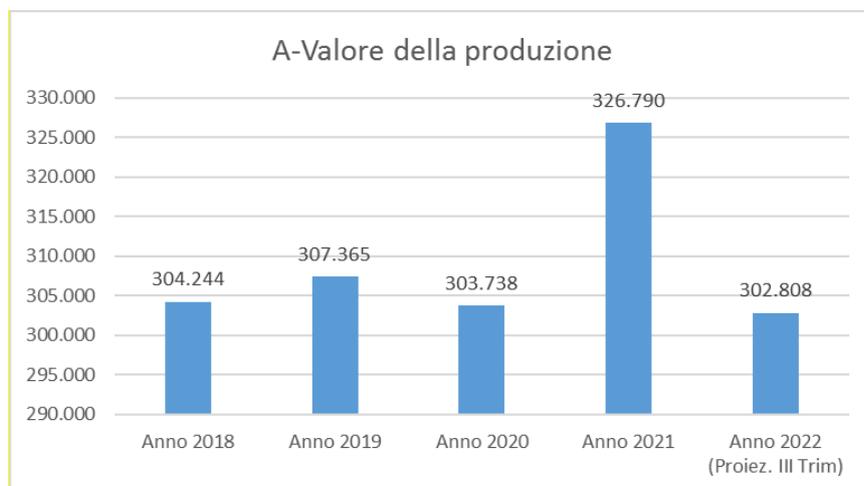
Relativamente agli anni 2020 e 2021, l'andamento dell'emergenza nazionale legata alla diffusione del virus COVID-19 e la conseguente necessità di convertire, secondo le disposizioni regionali, p.l. ordinari in p.l. Covid (degenza ordinaria e terapie intensive), ha comportato una contrazione della produzione ordinaria sia in termini di ricoveri che di prestazioni ambulatoriali. Tale riduzione è stata anche la risultante della messa in sicurezza degli accessi e, con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali, anche della rinuncia/rinvio degli utenti alle prestazioni stesse.

L'incremento di produzione registrato nel 2021 è dovuto essenzialmente ai finanziamenti regionali trasferiti a copertura dei costi sostenuti per la pandemia.

Nell'anno 2022 l'Azienda ha intrapreso il percorso di recupero delle prestazioni ambulatoriali non effettuate, con effetti positivi in termini di valore economico della produzione. **Nella tabella sottostante, non essendo ancora disponibile il dato 2022 consuntivo, è stato inserito il dato di proiezione del CE III° trimestre. Tuttavia, tenuto conto degli andamenti positivi di produzione registrati fino ad oggi, si ritiene che il dato possa essere suscettibile di una valutazione al rialzo.**

Resta il fatto che, come anticipato nella precedente sezione relativa all'andamento dei bilanci, per l'anno 2022, a differenza di quanto avvenuto nell'anno 2021 con particolare riferimento ai contributi regionali, non verranno assegnati all'incirca 14.575.000 Euro di trasferimenti pubblici per copertura costi emergenza pandemica,

Tali dati saranno definitivi in sede di redazione di bilancio d'esercizio



### Volumi di attività e ricavi dei DRG

Dopo aver rappresentato l'andamento generale degli indicatori di sintesi rispetto al valore della produzione totale effettuando un focus sul ricovero ordinario, di seguito vengono rappresentati i dati di attività registrati negli anni 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022 relativi alla produzione nei suoi diversi aspetti:

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

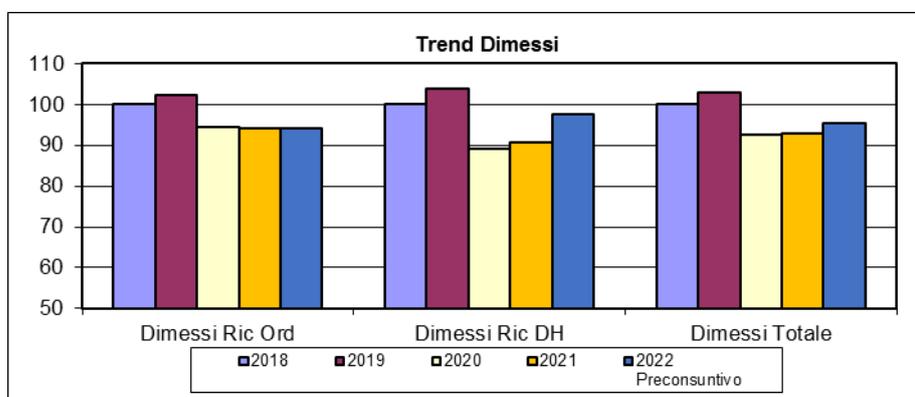
E' doveroso premettere che, come sopra già evidenziato, gli anni 2020 e 2021 sono stati caratterizzati da una gestione aziendale di tipo straordinario in considerazione dell'emergenza nazionale legata alla diffusione del virus COVID-19.

La differenza di impatto del valore dei ricavi rispetto al numero dei dimessi è dovuto al tipo di casistica che, in particolare, in adempimento della normativa nazionale, ha determinato lo slittamento degli interventi non urgenti o in elezione a favore dei ricoveri per pazienti Covid-19.

Nel corso dell'anno 2022 si è assistito ad una normalizzazione della situazione pandemica, con conseguente ripresa delle attività produttive aziendali, sia in termini di ricoveri ordinari e day hospital, sia in termini di produzione ambulatoriale.

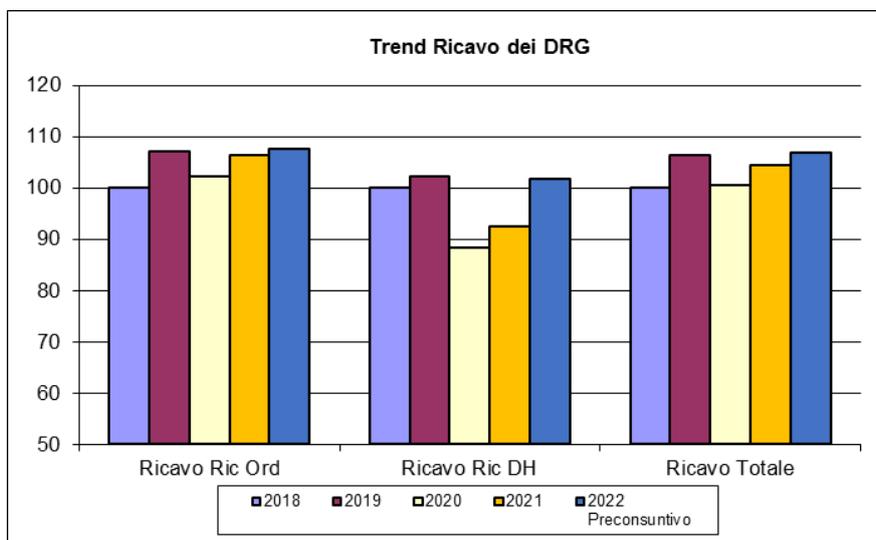
DRG Dimessi*					
	2018	2019	2020	2021	2022 Preconsuntivo
Dimessi Ric Ord	25.115	25.674	23.698	23.604	23.623
Dimessi Ric DH	13.225	13.746	11.777	12.001	12.895
Dimessi Totale	38.340	39.420	35.475	35.605	36.518
Dimessi Ric Ord	100	102	94	94	94
Dimessi Ric DH	100	104	89	91	98
Dimessi Totale	100	103	93	93	95

\* Fonte dati SIO



DRG Ricavo*					
	2018	2019	2020	2021	2022 Preconsuntivo
Ricavo Ric Ord	130.013.859	139.367.325	133.099.984	138.251.472	140.054.556
Ricavo Ric DH	19.527.864	19.974.513	17.267.029	18.050.279	19.852.868
Ricavo Totale	149.541.722	159.286.008	150.367.013	156.301.751	159.907.424
Ricavo Ric Ord	100	107	102	106	108
Ricavo Ric DH	100	102	88	92	102
Ricavo Totale	100	107	101	105	107

\* Fonte dati SIO



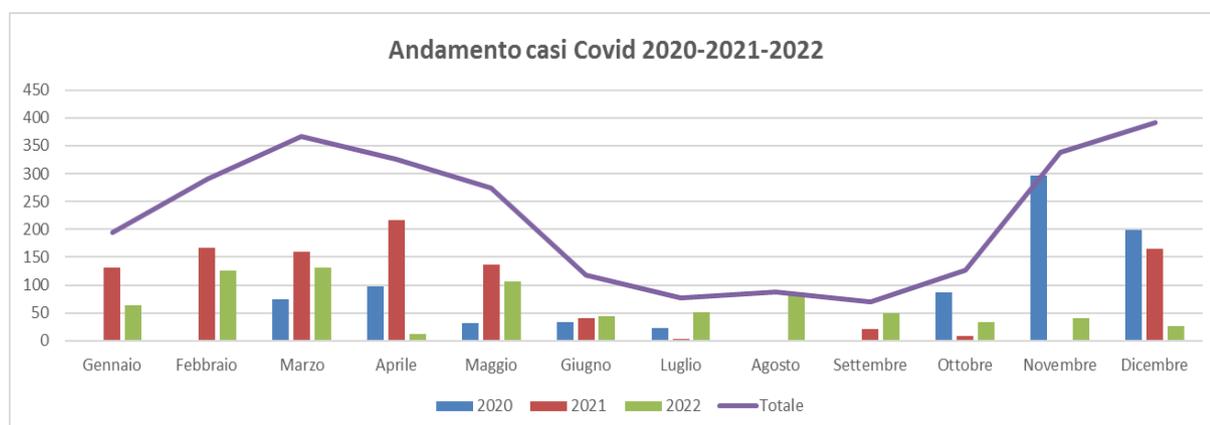
### Dati attività ricoveri pazienti COVID 19

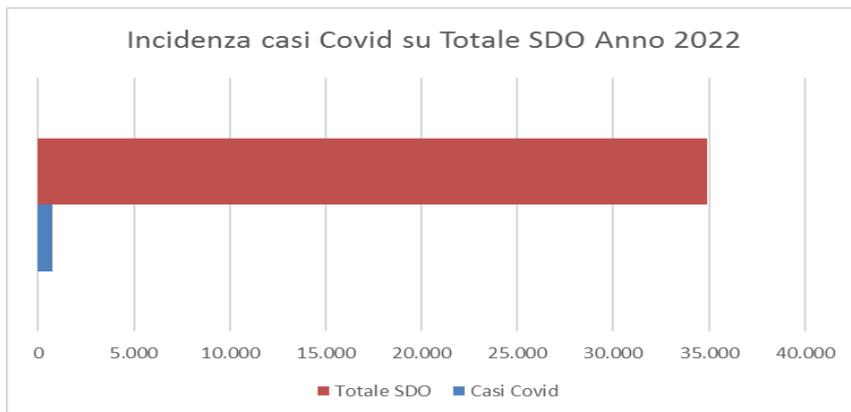
L'Azienda nel corso degli anni 2020, 2021 e 2022, caratterizzati dall'emergenza da pandemia COVID-19, ha dovuto adeguare la propria organizzazione all'evoluzione del quadro epidemiologico rimodulando l'assetto dei posti letto dedicati COVID-19 secondo le direttive emanate dalla Regione.

Le UO coinvolte sono state principalmente la Medicina Interna, la Broncopolmonologia, il Servizio per la Terapia dell'Insufficienza Respiratoria Scompensata (STIRS) e la Rianimazione.

Le successive tabelle rappresentano l'andamento dei casi Covid-19 e l'incidenza rispetto ai Ricoveri Ordinari.

Anno	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
2020			74	97	31	33	22			86	297	199	839
2021	131	166	160	216	137	40	4		21	8	1	165	1.049
2022	64	125	132	12	106	44	51	87	49	33	40	27	770
<b>Totale</b>	<b>195</b>	<b>291</b>	<b>366</b>	<b>325</b>	<b>274</b>	<b>117</b>	<b>77</b>	<b>87</b>	<b>70</b>	<b>127</b>	<b>338</b>	<b>391</b>	<b>2.658</b>



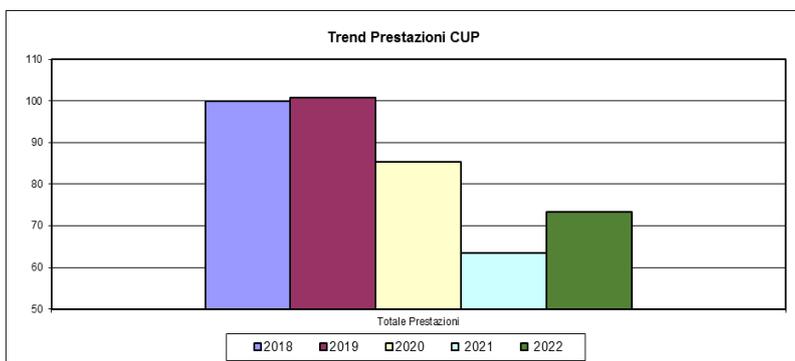


## Prestazioni Ambulatoriali

Relativamente alle prestazioni RECUP, si evidenzia una riduzione nell'anno 2020 rispetto all'anno 2019, in quanto, per effetto della pandemia, alcune prestazioni sono state "sospese" nei mesi di marzo e aprile 2020 e in parte recuperate nei mesi successivi. Conseguentemente anche il ricavo ad esse collegato ha registrato una flessione, dovuta tuttavia anche all'abolizione della quota aggiuntiva di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a partire dal mese di settembre, così come stabilito dalla Legge di Bilancio 2020. Nell'anno 2021 si assiste ad una parziale ripresa del valore della produzione delle attività ambulatoriali che, seppur erogate in numero minore rispetto all'anno precedente, presentano un ricavo medio maggiore. Segnale che l'Azienda, pur contraendo l'erogazione delle prestazioni, ha effettuato attività più appropriate. L'anno 2022, grazie alla normalizzazione della situazione pandemica e all'attività di recupero delle prestazioni non erogate causa covid-19 nel biennio 2020-2021, fortemente perseguita dall'Azienda, ha registrato un rilevante incremento delle prestazioni fornite all'utenza e del valore economico ad esse correlato (+ n. 135.371 prestazioni e + € 4.301.896 rispetto all'anno 2021).

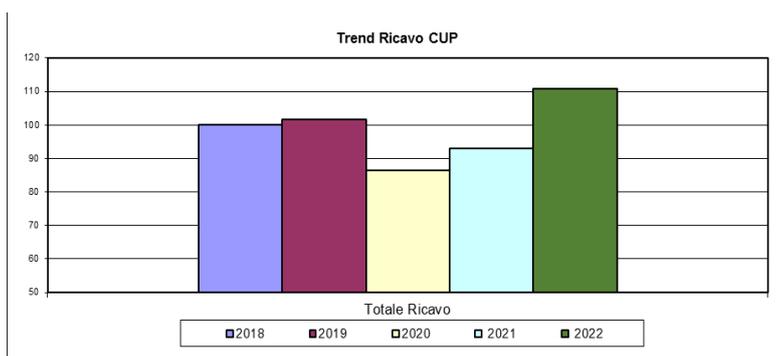
	<b>Prestazioni CUP*</b>				
	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Totale Prestazioni	1.357.041	1.368.323	1.157.955	860.777	996.148
Totale Prestazioni	100	101	85	63	73

\* Fonte dati SIO



<b>Ricavo CUP*</b>					
	2018	2019	2020	2021	2022
Totale Ricavo	24.153.910	24.545.368	20.908.659	22.469.853	26.771.749
Totale Ricavo	100	102	87	93	111

\* Fonte dati SIO



## Accessi in Pronto Soccorso

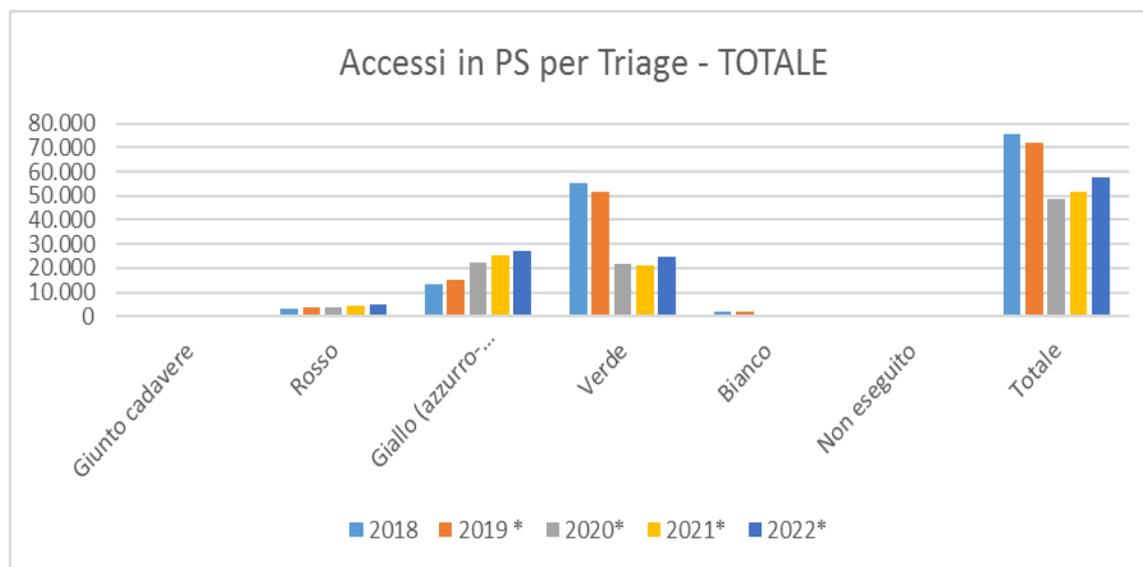
L'Azienda San Camillo Forlanini in qualità di DEA di II livello, è dotata di un Pronto Soccorso Medico Chirurgico, Pediatrico ed Ostetrico. Di seguito si rappresenta sia l'attività del Pronto Soccorso nel suo complesso che in dettaglio.

Le tabelle sottostanti evidenziano come, in anni caratterizzati dalla pandemia, siano complessivamente diminuiti gli accessi, ma risultino in incremento i codici Rosso e Giallo.

### Pronto Soccorso Totale\_Triage

Accessi in Pronto Soccorso per Triage - TOTALE	2018	2019 *	2020*	2021*	2022*
Giunto cadavere	16	19	13	17	22
Rosso	3.205	3.436	3.637	4.498	4.701
Giallo (azzurro-arancione)	13.373	15.275	22.195	25.230	27.276
Verde	55.131	51.513	21.733	20.823	24.424
Bianco	2.047	1.657	991	777	1.008
Non eseguito	24	21	21	12	10
<b>Totale</b>	<b>75.814</b>	<b>71.921</b>	<b>48.590</b>	<b>51.357</b>	<b>57.441</b>

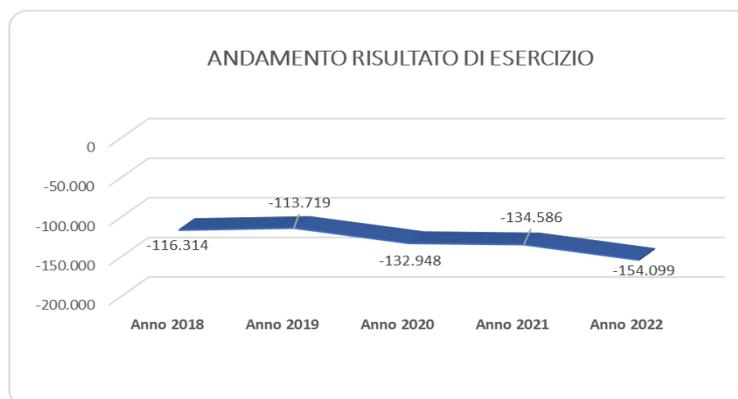
\* Sono stati recepiti ed aggiornati i codici di Triage alla nuova codifica  
 I dati riportati in questo confronto sono stati ricondotti alla codifica antecedente per poter effettuare il corretto raffronto  
 I Codici Arancio Azzurro sono stati sommati alle unità in codice Giallo



## 1.2.4 Valori economici

Di seguito vengono illustrati i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi anni, dal 2018 al 2022 (dato di proiezione C.E. terzo trimestre). E' possibile osservare l'importante risultato raggiunto dall'Azienda in termini di miglioramento del risultato di esercizio fino al 2019. Gli anni 2020, 2021 e parte del 2022, di contro, risentono fortemente delle misure che l'Azienda, in attuazione alle disposizioni regionali, ha adottato per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per consentire che in tale situazione fosse garantita la messa in sicurezza degli operatori e dei pazienti con idonei percorsi e procedure, tuttavia, in alcuni casi, economicamente meno remunerativi. Ciò ha determinato un peggioramento del risultato di esercizio (sia in termini di riduzione della produzione sia in termini di costi della produzione). Si rappresenta inoltre che la perdita presuntiva nell'anno 2022 risulta essere prevalentemente collegata al fatto che, nell'ambito del valore della produzione, con particolare riferimento ai contributi regionali, non risultano assegnati circa 14.575.000 Euro di trasferimenti pubblici per copertura costi emergenza pandemica. Tali dati saranno definitivi in sede di redazione di bilancio d'esercizio

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022 Proiezione CE III trim.
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	-116.314	-113.719	-132.948	-134.586	-154.099



INTEGRARE CON DATI PRECONSUNTIVO 2023 IN CORSO DI DEFINIZIONE

---

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

### 2.1 VALORE PUBBLICO

#### 2.1.1 Obiettivi Generali

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

Per Valore Pubblico in senso stretto si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono poi programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale, nonché di benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro. In particolare, l'Azienda per l'anno 2023 ha affidato alle strutture aziendali competenti specifici obiettivi riguardanti:

- il monitoraggio del benessere organizzativo attraverso somministrazioni di questionari e analisi in focus group;
- il miglioramento della comunicazione all'esterno attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, quali ad esempio, l'aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet, etc.);
- la formazione specifica dei Dirigenti finalizzata ad una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità.

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

Infine, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, ha inserito nel Piano della performance gli obiettivi assegnati da PTPCT che costituiscono obiettivi di budget per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2022 -2024, e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede di budget.

## 2.1.2 Obiettivi specifici

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

Obiettivi relativi a: benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro

CODICE AREA STRATEGICA	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE	INDICATORI	TARGET	UO	DESCRIZIONE UO
F	Area della comunicazione ai cittadini	Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza.	Somministrazione questionari operatori utenti per n. 3 unità operative - N. 1 Report con evidenza dell'attività svolta e dei risultati conseguiti entro il 31.12	1	DG21	URP - COMUNICAZIONI ISTITUZIONALI - RAPPORTO CON LE ASSOCIAZIONI
F	Area della comunicazione ai cittadini	Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda	Aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet)	N. 1 report al 31.12 sugli aggiornamenti effettuati nel corso dell'anno	1	DG21	URP - COMUNICAZIONI ISTITUZIONALI - RAPPORTO CON LE ASSOCIAZIONI
F	Area della comunicazione ai cittadini	Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza.	N. 1 report al 31.12 con evidenza dell'attività svolta e dei risultati conseguiti	1	DG44	CONTROLLI INTERNI E PROCESSI DI AUDIT
F	Area della comunicazione ai cittadini	Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. 1 corso di formazione da organizzare entro il 31.12	1	DG44	CONTROLLI INTERNI E PROCESSI DI AUDIT
F	Area della comunicazione ai cittadini	Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12	1	DS23	SIO, GOVERNO CLINICO, FORMAZIONE E QUALITA'
F	Area della comunicazione ai cittadini	Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza.	N. 1 proposta al 31.12 di modello questionario per il monitoraggio del benessere organizzativo in collaborazione con il Servizio di Psicologia	1	DG44	CONTROLLI INTERNI E PROCESSI DI AUDIT
F	Area della comunicazione ai cittadini	Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. personale medico partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità ≥ 1	1		TUTTE LE UO SANITARIE
F	Area della comunicazione ai cittadini	Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	Garantire la partecipazione del personale aziendale al corso relativo al benessere organizzativo per i posti messi a disposizione dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità ≥ 90%	90	DG35	FORMAZIONE PROFESSIONI SANITARIE CONTINUA ED UNIVERSITARIA

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

CODICE AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	AZIONE	INDICATORI	TARGET	UO	DESCRIZIONE UO
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni di accesso nella struttura di ricovero in pazienti ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri ordinari in regime ordinario. La d	88,60	3601	ORTOPEDIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale dei pazienti dimessi a domicilio, a struttura ambulatoriale	0,85	5101	MEDICINA D'URGENZA - PRONTO SOCCORSO - OSSERVAZIONE BREVE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza ordinarie in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni dell'anno da reparto di medicina generale	10,00	2603	MEDICINA INTERNA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	0,05	1201	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	0,15	3801	OTORINOLARINGOIATRIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	0,36	4301	UROLOGIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	0,69	1202	CHIRURGIA ARTI CENTRO REGIONALE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	0,79	1001	MAXILLO FACCIALE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	0,80	0802	CARDIOLOGIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	1,00	0911	CHIRURGIA ONCOLOGICA DELLA MAMMELLA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	1,50	1301	CHIRURGIA TORACICA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	1,63	3601	ORTOPEDIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	1,78	1401	CHIRURGIA VASCOLARE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	1,98	0914	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA E DELLE NUOVE TECNOLOGIE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	4,00	0905	CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI D'ORGANO
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	4,22	0701	CARDIOCHIRURGIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	5,00	3001	NEUROCHIRURGIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Proporzione di abbandono durante la visita medica, riconoscibili come "paziente si allontana", minore del 5% (così come previsto dai decreti ministeriali)	5,00	5101	MEDICINA D'URGENZA - PRONTO SOCCORSO - OSSERVAZIONE BREVE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Proporzione di abbandono prima della visita medica, riconoscibili come "paziente non risponde a chiamata", minore del 5% (così come previsto dai decreti ministeriali)	5,00	5101	MEDICINA D'URGENZA - PRONTO SOCCORSO - OSSERVAZIONE BREVE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni. Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri	86,30	0905	CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI D'ORGANO
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni. Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri	86,30	0914	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA E DELLE NUOVE TECNOLOGIE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Cardiologia, UOC Medicina d'Urgenza - P.S. - Oss. Breve, UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)	Proporzione di infarti miocardici con soprassollamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti dal	55,91	0802	CARDIOLOGIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Cardiologia, UOC Medicina d'Urgenza - P.S. - Oss. Breve, UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)	Proporzione di infarti miocardici con soprassollamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti dal	55,91	D520	ORGANIZZAZIONE SANITARIA E RETI
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Cardiologia, UOC Medicina d'Urgenza - P.S. - Oss. Breve, UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)	Proporzione di infarto miocardico STEMI trattati con PTCA e dimessi dal PS (misurato come "durata complessiva intervento" su GIPE) entro 45 minuti nei 55,91% degli accessi di tali pazienti	55,91	5101	MEDICINA D'URGENZA - PRONTO SOCCORSO - OSSERVAZIONE BREVE
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Ostetricia e Ginecologia e UOSD Igien e Tecnica Ospedaliera)	Percentuale di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo (target: media Regione Lazio 4,63%) (Dato attuale aziendale 5,85%)	4,63	3701	OSTETRICIA GINECOLOGIA
B	Area della appropriatezza	Performance dell'attività	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOSD Chir. Oncologica della Mammella e UOSD Gestione Documentazione Sanitaria)	Proporzione di nuovo interventi di resezione entro 120 gg. dall'intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (target: standard media regione Lazio 5,39%) (Dato attuale aziendale 6,21%)	5,39	0911	CHIRURGIA ONCOLOGICA DELLA MAMMELLA

Obiettivi relativi a: protezione del Valore Pubblico - prevenzione della corruzione e trasparenza

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

## 2.1.3 Programmazione finanziaria

Con nota n. U1252833 del 9 dicembre 2022, avente ad oggetto: "Linee guida per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2023", la Regione Lazio ha avviato il processo di negoziazione del budget 2023 con le aziende sanitarie e ha fornito gli indirizzi ed i criteri per le principali voci e macroaggregati per la predisposizione del BEP 2023;

L'Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini, a seguito della nota sopracitata, ha formulato le previsioni economiche per l'esercizio 2023 e con deliberazione del Direttore Generale n. 1984 del 30 dicembre 2022 ha approvato il Bilancio Preventivo Economico provvisorio 2022.

Di seguito si riporta la scheda relativa al Bilancio Economico Preventivo concordato per l'anno 2023:

<b>Schema Conto Economico 118 - PREVENTIVO - Azienda: 120901</b>					
<b>Data Competenza: 01-01-2023</b>					
CODI CE MIN	VOCE	Preventivo 2023	Consuntivo 2021	Diff(val. ass) Preventivo 2023 vs Consuntivo 2021	Diff(%) Preventivo 2023 vs Consuntivo 2021
<b>A)</b>	<b>Valore della produzione</b>				
A.1)	Contributi in c/esercizio	68.296.599,79	80.426.023,05	-12.129.423,26	-15%
A.2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-7.767.108,00	-5.518.332,29	-2.248.775,71	41%
A.3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.425.221,15	1.426.398,15	-1.177,00	0%
A.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	229.353.589,23	230.867.885,42	-1.514.296,19	-1%
A.5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	3.779.158,30	3.794.515,58	-15.357,28	0%
A.6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.323.913,83	2.323.913,83	0,00	0%
A.7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	12.582.942,44	12.582.942,44	0,00	0%
A.8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	
A.9)	Altri ricavi e proventi	882.543,02	886.843,02	-4.300,00	0%
	<b>TOTALE A)</b>	<b>310.876.859,76</b>	<b>326.790.189,20</b>	<b>-15.913.329,44</b>	<b>-5%</b>
<b>B)</b>	<b>Costi della produzione</b>				
B.1)	Acquisti di beni	98.454.983,34	92.088.600,11	6.366.383,23	7%
B.2)	Acquisti di servizi sanitari	22.339.436,63	24.733.934,81	-2.394.498,18	-10%
B.3)	Acquisti di servizi non sanitari	44.480.283,61	40.642.961,06	3.837.322,55	9%
B.4)	Manutenzione e riparazione	18.100.092,81	16.019.998,21	2.080.094,60	13%
B.5)	Godimento di beni di terzi	7.955.597,54	5.161.750,10	2.793.847,44	54%
B.6)	Costi del personale	234.781.999,96	225.541.760,93	9.240.239,03	4%
B.7)	Oneri diversi di gestione	1.731.117,60	1.373.588,86	357.528,74	26%
B.8)	Ammortamenti	15.867.605,39	15.867.605,39	0,00	0%
B.9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00	0,00	0,00	
B.10)	Variazione delle rimanenze	0,00	569.063,31	-569.063,31	-100%
B.11)	Accantonamenti	17.207.796,42	22.594.462,69	-5.386.666,27	-24%
	<b>TOTALE B)</b>	<b>460.918.913,30</b>	<b>444.593.725,47</b>	<b>16.325.187,83</b>	<b>4%</b>
	<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>-150.042.053,54</b>	<b>-117.803.536,27</b>	<b>-32.238.517,27</b>	<b>27%</b>
<b>C)</b>	<b>Proventi e oneri finanziari</b>				
C.1)	Interessi attivi e altri proventi finanziari	0,00	15,65	-15,65	-100%
C.2)	Interessi passivi e altri oneri finanziari	140.000,00	46.569,57	93.430,43	201%
	<b>TOTALE C)</b>	<b>-140.000,00</b>	<b>-46.553,92</b>	<b>-93.446,08</b>	<b>201%</b>
<b>D)</b>	<b>Rettifiche di valore di attivita' finanziarie</b>				
D.1)	Rivalutazioni	0,00	0,00	0,00	
D.2)	Svalutazioni	0,00	0,00	0,00	
	<b>TOTALE D)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
<b>E)</b>	<b>Proventi e oneri straordinari</b>				
E.1)	Proventi straordinari	176.850,67	1.932.407,50	-1.755.556,83	-91%
E.2)	Oneri straordinari	45.598,69	3.161.934,78	-3.116.336,09	-99%
	<b>TOTALE E)</b>	<b>131.251,98</b>	<b>-1.229.527,28</b>	<b>1.360.779,26</b>	<b>-111%</b>
	<b>Risultato prima delle imposte</b>	<b>-150.050.801,56</b>	<b>-119.079.617,47</b>	<b>-30.971.184,09</b>	<b>26%</b>
<b>Y)</b>	<b>Imposte sul reddito dell'esercizio</b>				
Y.1)	IRAP	17.102.654,10	15.487.563,33	1.615.090,77	10%
Y.2)	IRES	0,00	18.435,07	-18.435,07	-100%
Y.3)	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00	
	<b>Totale Y)</b>	<b>17.102.654,10</b>	<b>15.505.998,40</b>	<b>1.596.655,70</b>	<b>10%</b>
	<b>Utile (perdita) dell'esercizio</b>	<b>-167.153.455,66</b>	<b>-134.585.615,87</b>	<b>-32.567.839,79</b>	<b>24%</b>

---

## 2.2 PERFORMANCE

### 2.2.1 Piano della Performance 2022-2024: Obiettivi – Indicatori - Target

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

La programmazione dell'Azienda, in particolare, fa riferimento al piano strategico, elaborato secondo le indicazioni della Programmazione Regionale: esso rappresenta la specificazione della configurazione organizzativa dei servizi.

La declinazione degli obiettivi strategici è la risultante del **Piano triennale della performance**, documento programmatico che – come detto - individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'Azienda e che tutte le amministrazioni pubbliche debbono adottare ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 150/2009. Il piano individua nella sua interezza la chiara e trasparente definizione delle responsabilità dei diversi attori in merito alla definizione degli obiettivi ed al relativo conseguimento delle prestazioni attese e realizzate;

#### **Aree strategiche**

Nell'albero della performance aziendale sono state rappresentate le cinque Aree strategiche ed i relativi obiettivi strategici:

Gli indirizzi generali che l'Azienda definisce per il triennio 2022 - 2024 sono articolati nelle seguenti Aree Strategiche:

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

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

#### **2) Area strategica B - Area dell'appropriatezza;**

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

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

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

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

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di valutazione dei

---

processi organizzativi e dell'attività sanitaria ed amministrativa sia per adempimento ed allineamento operativo alle normative sia per esigenza di riorganizzazione aziendale finalizzata alla efficienza e continuo miglioramento

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

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

#### **6) Area strategica F – Area della comunicazione ai cittadini**

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire il miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute.

Inoltre vengono inclusi obiettivi di attuazione dei principi di parità e pari opportunità, nonché benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

### **Obiettivi strategici**

La declinazione delle Aree Strategiche in Obiettivi Strategici e Obiettivi Operativi rappresenta il nucleo centrale del presente Piano della Performance. Gli obiettivi strategici, riportati all'interno dell'Albero della Performance esposto nel paragrafo 2.3, rappresentano macro obiettivi che l'azienda intende perseguire nel triennio. Di seguito si evidenziano i principali:

#### **1) Obiettivi Strategici Area dell'efficienza organizzativa**

- Miglioramento delle prestazioni sanitarie
- Monitoraggio dei Debiti Informativi e Controlli
- Miglioramento dell'offerta delle prestazioni sanitarie

#### **2) Obiettivi Strategici Area dell'appropriatezza**

- Efficientamento dei livelli prestazionali delle UO attraverso il corretto utilizzo delle risorse e la saturazione dei livelli di prestazioni erogate
- Performance dell'Attività
- Valore della Produzione
- Valutazione e adempimenti su rischi aziendali

#### **3) Obiettivi Strategici Area della produzione e della gestione economico-finanziaria**

- Miglioramento del risultato economico
- Monitoraggio sull'attività ALPI
- Verifiche e Controlli atti al miglioramento del risultato economico e dello stato patrimoniale

---

**4) Obiettivi Strategici Area della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment**

- Formazione e relazioni con l'utenza interna/esterna
- Potenziamento dell'innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment
- Valutazione della performance; Potenziamento dei processi di verifica e controllo
- Verifica e valutazione dei processi aziendali

**5) Obiettivi Strategici Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità**

- Adempimenti in materia di Trasparenza e Prevenzione alla Corruzione

**6) Obiettivi Strategici Area della comunicazione ai cittadini**

- Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda
- Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

### **Obiettivi operativi**

Il Piano strategico Aziendale individua le azioni finalizzate al riposizionamento strategico dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini nel territorio regionale e nei confronti degli altri *competitors*, così come definito dalle Linee di indirizzo, all'interno dei vincoli previsti dalle disposizioni regionali.

Per ciascun obiettivo strategico vengono individuati i relativi obiettivi operativi.

### **Azioni e indicatori**

Agli obiettivi operativi sono collegate le azioni da intraprendere necessarie al raggiungimento degli stessi.

Ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance vengono individuati numerosi indicatori di risultato, di processo e di esito.

Gli obiettivi operativi, le azioni e gli indicatori sono descritti in dettaglio nel seguente paragrafo relativo all'Albero della Performance.

## **2.2.2 Albero delle Performance**

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

---

Nel presente Piano della Performance 2022-2024 viene riportata la pianificazione degli obiettivi che nel triennio interessano la performance aziendale. La declinazione degli stessi viene rappresentata per l'anno 2022 tenuto conto che per assunto tali obiettivi riguardano anche gli anni 2023 e 2024 e per questi ultimi gli aggiornamenti del Piano annuale consentiranno la loro rimodulazione.

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

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

La Mission fa riferimento alle seguenti n. 5 aree strategiche, per le quali vengono indicati i rispettivi obiettivi:

- 1) Area strategica A - Area dell'efficienza organizzativa;
- 2) Area strategica B - Area dell'appropriatezza;
- 3) Area strategica C - Area della produzione e della gestione economico-finanziaria;
- 4) Area strategica D - Area della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment;
- 5) Area strategica E - Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità;
- 6) Area strategica F - Area della comunicazione ai cittadini.

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

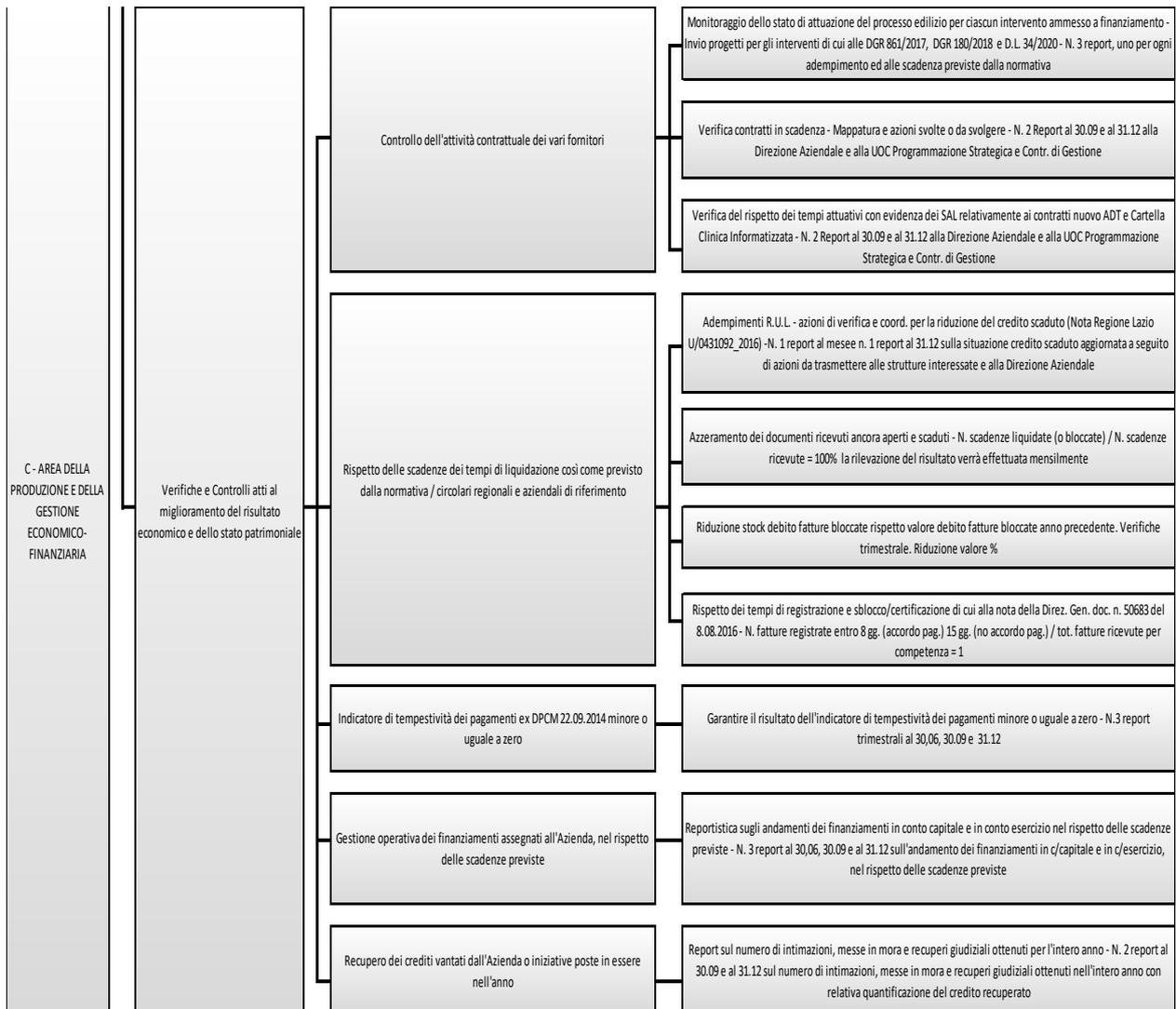
Di seguito la rappresentazione grafica dell'albero della Performance contenuta nel presente Piano.



AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	Miglioramento delle prestazioni sanitarie	Ottimizzazione dell'utilizzo delle Camere Operatorie	Corretto Utilizzo della Disponibilità delle Camere Operatorie - Numero totale interventi
			Corretto Utilizzo della Disponibilità delle Camere Operatorie - Numero totale interventi di Trapianti d'Organo
		Ottimizzazione percorso ricoveri da Pronto Soccorso	Monitoraggio sul rispetto del Piano Debito PL per i Pronto Soccorso Concordato con le UU.OO. e riportato nell'allegato A alla Scheda di budget (fatto salvo il sovrappollamento per situazioni eccedenti ordinario) - Numero Posti Letto Messi a Disposizione Per Debito / N. PL Assegnati per Debito
	Monitoraggio dei debiti informativi e controlli	Rispetto adempimenti debiti informativi flussi Regione Lazio	Monitoraggio caricamento flussi (File F, File R, Flusso DM contratti) sulle piattaforme regionali previste nelle modalità e tempi indicati dalle direttive regionali - N. 2 monitoraggio al 30,06 e al 31.12 dei caricamenti effettuati dalle strutture competenti a partire dal mese di settembre (competenze agosto)
		Assicurare la tempestività dei Flussi Esterni / Interni (File F, File R, Scheda di dimissione ospedaliera, Registrosi CUP, Registrosi prestazioni interne, Registrazione RIS e PACS, Corretta registrazione sul R.O., Flussi alimentanti COAN)	Rispetto delle tempistiche di invio congruità e completezza dei Flussi File R, File F, DM consumi e contratti - N. 3 report al 30,06, 30.09 e al 31.12 con evidenza del rispetto al 100% delle tempistiche normative per l'invio dei dati, nonché della completezza e qualità degli stessi (desumibile dalla congruenza dei citati flussi dal CE e dal flusso Traccia).
	Miglioramento dell'offerta delle prestazioni sanitarie	Attuazione dei programmi di vaccinazione	Monitoraggio indicatori esiti - N. 1 report al 31.12
			Monitoraggio attività di somministrazione vaccini - N. di vaccini effettuate / N. dosi consegnate = 100%
		Miglioramento, definizione ed attuazione dei processi organizzativi	Attivazione Centrale sterilizzazione per PIASTRA - N. 1 Relazione a chiusura lavori
			Attività Nuovo ReCUP - N. 3 Report dati attività (30/06-30/09-31/12)
			Ottimizzazione rapporto: prestazioni erogate / ore lavorate - Report mensili a partire dal mese di ottobre contenenti il numero delle prestazioni erogate / numero ore lavorate
			Ottimizzazione rapporto: prestazioni eseguite/ricieste pervenute - Report mensili a partire dal mese di ottobre contenenti il numero delle prestazioni eseguite / numero richieste pervenute
			Monitoraggio del ciclo di smaltimento dei rifiuti e della raccolta differenziata - Relazione con report sul monitoraggio
			Revisione e monitoraggio panel degli indicatori di attività delle camere operatorie aziendali - N. 1 report al mese alla Direzione Strategica sul monitoraggio effettuato presso le singole camere operatorie con particolare riferimento all'indice di occupazione per UU.OO.
			Monitoraggio camere operatorie aziendali - N. 1 Report al mese sulla gestione delle liste di attesa operatorie per ogni UU.OO. e relative misure correttive adottate.
			Attuazione progetto finalizzato allo sviluppo del nuovo registro Operatorio - N. interventi registrati su nuovo registro operatorio / N. interventi eseguiti a far data dal 7 Settembre.
			Evidenza di attività programmatica/operativa congiunta per quanto attiene l'attività di Camera Operatoria istituzionale e Intramoenia (intraospedaliera ed allargata) con costumerizzazione alle differenti discipline - Predisposizione di n. 2 monitoraggi trimestrali, al 30.09 e al 31.12 di confronto sull'attività di Camera Operatoria istituzionale e Intramoenia per UU.OO. con evidenza delle misure correttive intraprese, specialistiche.
			Monitoraggio delle liste di attesa e stato delle stesse - "Pulizia" delle liste al 2020: N. Interventi al 31.12 gestiti/ N. Interventi lista d'attesa estratte al 31.12
			Elaborazione Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) e Piano Annuale di Risk Management (PARM) entro i termini previsti dalla normativa - N. 2 deliberazioni con con i Piani adottati allegati entro il 15/02 e trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro il 28.02
			Supporto e partecipazione al miglioramento della gestione delle risorse umane. Utilizzo dello straordinario a copertura delle assenze non programmabili - ore di straordinario / assenze non programmabili distribuiti per qualifica <=1
			Supporto e partecipazione al miglioramento della gestione delle risorse umane: Ricognizione incidenza straordinario per qualifica - Report per qualifica delle ore di straordinario effettuate entro il 30 settembre

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
B - AREA DELLA APPROPRIATEZZA	Efficientamento dei livelli prestazionali delle UO attraverso il corretto utilizzo delle risorse e la saturazione dei livelli di prestazioni erogate	Miglioramento appropriatezza delle prestazioni erogate	Esecuzione dell'esame Tc su pazienti con sospetto ictus entro 30 minuti dalla richiesta del Codice Rosso (PDTA) - N.TC su pazienti con sospetto ictus esaminati entro 30 minuti / N. TC su pazienti con sospetto ictus esaminati =1
			utilizzo modulo order entry del sistema operativo cartella clinica informatizzata per richiesta prestazioni/consulenze per interni - n. prestazioni/consulenze per interni erogate e validate su modulo order entry del sistema operativo cartella clinica informatizzata / n. richieste prestazioni/consulenze per interni effettuate con modulo order entry
			Monitoraggio utilizzo cartella clinica informatizzata presso tutte le UU.OO. - N. cartelle cliniche informatizzate / N. totale cartelle cliniche per ciascuna UU.OO.
			Partecipazione alle attività di Hub Rete Trauma ( Codoci Rossi) - Numero di esami TC / pazienti politraumatizzati >= 8
	Efficientamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate	Efficientamento/Incremento delle Prestazioni Interne, ed Erogazione delle stesse nei tempi e in applicazioni ai PDTA aziendali, nel rispetto della loro appropriatezza - N. 1 report indicante la percentuale dei sinistri istruiti per malpractice rispetto alle richieste di risarcimento pervenute (>= 95%)	
		Obiettivo Direttore Generale - Livelli produzione attività ambulatoriale con verifica Agende - N. 4 report di monitoraggio mensili a partire dal mese di settembre_verifica incremento attività ambulatoriale	
	Performance dell'attività	Valutazione della complessità delle TI e Rianimazioni	Report attività produttività aggiuntiva UUOO autorizzate con verifica incremento attività ambulatoriale - N. 2 Relazioni (30/09-31/12)
			Numero dei casi con degenza inferiore a 14 giorni / numero dei casi totali (esclusi i deceduti) - Percentuale Ricoveri con Degenza con degenza inferiore a 7 gg esclusi i deceduti valore uguale o maggiore
			Numero dei casi con degenza maggiore di 7 giorni / numero dei casi totali (esclusi i deceduti) - Percentuale dei Pazienti con Degenza > di 7 gg esclusi i deceduti valore uguale o inferiore
	Valutazione e adempimenti su rischi aziendali	Prevenzione del rischio e diritto di tutela	numero dei casi con degenza minore di 2 giorni / numero de casi totali (esclusi i deceduti - Percentuale Ricoveri con Degenza < a 2 gg esclusi i deceduti uguale o maggiore
			Attuazione degli adempimenti nell'ambito delle attività svolte presso il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) - N. 1 report al 31.12 attestante la partecipazione nell'anno al 100% delle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri nonché esplicativo del contributo apportato
			Consulenza legale nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) aziendale - N. 1 report al 31.12 indicante in numero di sedute effettuate durante l'anno e l'attività di consulenza espletata
	Rispetto degli adempimenti dei Piani di efficientamento e riqualificazione	Indicatori di processo e di esito - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari - P.Re.Val.E.	Monitoraggio situazione Sinistri pertipologia e causa - N. 2 report di monitoraggio al 30.06 e al 31.12
	Valore della Produzione	Efficientamento della Produzione	Grado complessivo di raggiungimento degli indicatori P.Re.Val.E.
Valore economico complessivo delle prestazioni di ricovero U.O.			
Valore economico complessivo delle prestazioni di ricovero Dipartimento			
Efficientamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate		Valore economico complessivo delle prestazioni di ricovero dei trapianti d'organo	
		Razionalizzazione delle risorse disponibili per l'esecuzione delle verifiche agli acceleratori lineari tramite implementazione di un software - Incremento del 20% del numero medio di parametri controllati per accesso: (numero medio parametri da 4 a 5)	
		Numero delle prestazioni ambulatoriali Recup	
Sviluppo e valutazione delle attività per strutture non aziendali	Valore economico delle prestazioni ambulatoriali Recup UU.OO. e Dipartimento		
	Valore economico complessivo delle prestazioni di dialisi		
	Rilevazione delle attività di Convenzioni Attive, Partnership, Progetti, etc. di Strutture Esterne all'Azienda - Valore Economico delle prestazioni per Altre Strutture esterne alla Azienda. (Valore Rilevato per l'Azienda)		
		Incremento dell'attività di raccolta sangue - Incremento del 5% delle raccolte rispetto al valore dell'anno precedente	

AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Miglioramento dello Stato Patrimoniale	Gestione operativa dei finanziamenti per lavori assegnati all'Azienda, nel rispetto dei progetti esecutivi e delle scadenze previste	N. 2 aggiornamenti al conoprogramma al 15.10 e al 31.12 - Ricognizione attività progettuali anni pregressi e riallineamento della situazione investimenti relativi
		Budget degli investimenti	<p>Coordinamento per predisposizione Budget degli investimenti dell'anno successivo (vd. schema D.Lgs. N. 118/2011) - N. 1 Budget degli investimenti complessivo aziendale per l'anno successivo alla Direzione Aziendale entro il 15.11 (Fabbisogno quali-quantitativo)</p> <p>N. 1 Budget degli investimenti per l'anno successivo da trasmettere entro il 31.10 alla UOC Contabilità e Bilancio (Fabbisogno quali-quantitativo)</p>
	Miglioramento del risultato economico	Contenimento della spesa farmaceutica, ospedaliera e ambulatoriale	Invio capitolati tecnici alla UOC Acquisizione Beni e Servizi entro 90 gg. prima della scadenza contratto - N. 4 report mensili, a decorrere dal mese di settembre, con indicazione dei capitolati inviati, del rispetto delle scadenze o delle motivazioni dei mancati invii o ritardi negli invii
			Invio proposta fabbisogni quali-quantitativi e programmazione gare alla UOC Acquisizione beni e Servizi - N. 1 proposta fabbisogni quali-quantitativi e programmazione gare alla UOC ABS entro il 30.09
			Rispetto del budget dei beni assegnato in negoziazione (a livello di struttura UOC/UOSD e di Dipartimento)
			Monitoraggio del consumo di antibiotici in Azienda - N. 2 report al 30.09 e al 31.12 alla Direzione e a tutte le UU.OO. con consumo antibiotici suddiviso per tipologia
		Gestione del Personale - Dotazioni Organiche	Attivazione procedure per istituti Madia - N. 2 procedure attivate al 31.12
		Implementazione della Contabilità Analitica Aziendale (COAN)	Progettazione/implementazione della Contabilità Analitica Regionale - Trascodifica dei centri di rilevazione aziendali vs centri di rilevazione regionali e Trascodifica dei conti gestionali vs fattori produttivi regionali - N. 1 documenti di trascodifica entro il 31.12
			Proseguimento e sviluppo Progetto Contabilità Analitica Regionale - Trasmissione in Regione Lazio Template e CE di reparto - N. 12 invii alla Regione Lazio entro il 31.12
		Gestione emergenza Covid - attività di monitoraggio	Rendicontazione costi legati all'emergenza COVID-19 - N. 4 report trimestrali
		Monitoraggio convenzioni attive e passive	Corretta gestione normo-economica delle convenzioni attive e passive con verifiche periodiche sul rispetto delle scadenze e degli adempimenti economici correlati - N. 2 report al 30.09 e al 31.12 con evidenza del rispetto delle scadenze delle convenzioni attive e passive e con il monitoraggio delle fatture emesse/ricevute per ciascuna convenzione attiva o passiva
		Ottimizzazione della gestione del Ciclo Attivo	Azione di ricognizione sullo stato di avanzamento fatturazione attiva ed impulso verso le strutture deputate a fornire gli elementi necessari alla fatturazione medesima - N. 3 report di ricognizione (al 15.09, al 31.10 e al 31.12) sullo stato di avanzamento fatturazione attiva ed impulso attuato verso le strutture deputate a fornire gli elementi necessari alla fatturazione medesima
	Monitoraggio trimestrale del Budget medicinali, suddiviso tra File F e File R, per UU.OO. - N. 2 report trimestrali al 30.09 e al 31.12 con evidenza, per UU.OO.: - del consumo dei farmaci, suddiviso tra Flusso R e Flusso F, rispetto al budget assegn. - del consumo dei farmaci oncologici / innovativi rispetto al budget assegnato		
	Rispetto del budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto della quota innovativi riconosciuta da AIFA - (Spesa prodotti farmaceutici ed emoderivati - Quota innovativi riconosciuta AIFA) / (Budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati)_obiettivo raggiunto al 100%		
	Rispetto della tempistica dei Flussi Informativi Regionali - 100% del rispetto della tempistica		
Rispetto dei vincoli economici deliberati con il Bilancio Preventivo Economico, in adempimento dei Piani di Efficientamento e Riqualificazione	Supporto alla produzione del Dipartimento di competenza - Entro il 30.09 progetto di reingegnerizzazione linee del Dip.to assegnato (peso 40%). Entro il 31.12 report misure attuative (peso 60%)		
	Verifica periodica dell'andamento del budget assegnato alle strutture attraverso l'attività di monitoraggio - N. 2 report di monitoraggio al 30.09 e al 31.12		
Rispetto delle tempistiche di rilascio dei lavori di ristrutturazione e manutenzione, nonché acquisizione e collaudo attrezzature per impatto su produzione	Report trimestrali su tempistiche.....		
Potenziamento Terapie Intensive	Realizzazione e messa a regime degli elementi necessari per potenziamento utilizzo PACU da parte delle strutture coinvolte. N. Report su procedura per attivazione entro 30,06		
	Incremento produzione e analisi costi correlati al rilascio posti letto di cui al DL 34/2021. N. 2 Report 30/06 e 31/10		
Monitoraggio sull'attività ALPI	Definizione e applicazione di corretti rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività ambulatoriale in libera professione e quelli dell'attività istituzionale	Applicazione Regolamento ALPI - Monitoraggio delle prestazioni rese in libera Profess e Attività Istituzionale da sottoporre alla DS Aziendale e commissione Paritetica ALPI per il controllo del rispetto dell'equilibrio Tra "vol att Istituzionale / ALPI" - N.2 report volumi Alpi al 15.10 e al 31.12 (dati al 30.11) ed entro il 31.03.2019 report di raffronto con volumi istituzionali	



AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
D - AREA DELLA INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELLO EMPOWERMENT	Formazione e relazioni con l'utenza interna/esterna	Miglioramento processi formativi aziendali	Formazione del personale aziendale in materia di di privacy - N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12 in materia di privacy
		Potenziamento dell'attività di formazione e delle azioni di verifica e controllo in tema di qualità ed efficacia dei servizi offerti	Garantire la formazione continua agli operatori sanitari attraverso la conversione in metodologie FAD cartacea/sincrona e Res videoconferenza di corsi considerati prioritari rispetto ai bisogni formativi espressi e/o cogenti - N. 3 corsi da svolgere entro il 31.12
			Individuazione di bisogni formativi 2022 anche in relazione all'emergenza COVID_19 - N. 1 report entro il 31.12
			Sviluppo di Procedura Generale (PG) di gestione delle segnalazioni alla UOSD URP C.I. R.A. e diritto alla tutela dei cittadini secondo matrice di qualità - Gruppo di Lavoro costituito, matrice di qualità della PG completata, validata e deliberata entro 31.12 = 100%
		Miglioramento della qualità percepita dall'utente	Revisione del piano di segnaletica esterna ai padiglioni e produzione piano di aggiornamento della stessa. (N. 2 padiglioni) - N. 1 progetto ed attuazione entro il 31.12 (almeno n. 2 padiglioni)
	Azioni di verifica sulla qualità percepita dall'utente - segnalazioni positive (elogi) e negative (reclami, lamentele, richieste di risarcimento danni, suggerimenti etc.) - N. 2 report con evidenza delle segnalazioni positive/negative degli utenti, suddivise anche per struttura		
	Espletamento audit tra operatori sanitari e famiglie/pazienti - Almeno n. 25 audit entro il 31.12		
	Potenziamento dell'innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment	Inserimento contratti nel modulo Areas Master	Inserimento dei contratti di competenza nello specifico modulo presente in AREAS in ordine alle competenze del DEC successive a quelle del RUP - N. 2 report trimestrali di attività, da trasmettere alla Direzione Aziendale, con evidenza dei contratti inseriti nel modulo AREAS alle date del 30.09 e 31.12
		Miglioramento della performance organizzativa e professionale	Potenziamento attività visite medico legali ambulatoriali collegiali e/o individuali per definizione sinistri malpractice - N. visite medico legali ambulatoriali collegiali e/o individuali convocate entro il 31.12 ≥ 40
		Reti assistenziali	Revisione n. 3 PDTA (delibera e pubblicazione u sito aziendale) - n. 3 delibere una per ogni PDTA
			Monitoraggio indicatori relativi al funzionamento delle reti tempo-dipendenti: Ictus - Ima - Trauma grave - N. 2 report al 30.09 e al 31.12 attestanti il monitoraggio degli indicatori definiti (elaborazione entro 30 gg - 31.01)
			Monitoraggio attività rete ictus - N. 2 report al 30.09 e al 31.12
	Valutazione della performance Potenziamento dei processi di verifica e controllo	Monitoraggio e verifiche Specifiche di Fisica Sanitaria	Monitoraggio e verifica dell'integrità dei DPI , verifica attenuazione dei DPI di nuova acquisizione - M. verifiche di integrità ≥ 100, N. verifiche attenuazione ≥ 8
		Attivazione del modello per Intensità di cure	Riduzione della Degenza Media rilevata sui modelli per intensità di cure - Degenza Media anno in corso / degenza media anno precedente < 1

D - AREA DELLA INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELLO EMPOWERMENT	Verifica e valutazione dei processi aziendali	Adempimento dell'iter di governo e gestione dei contratti aziendali	Partecipazione attiva Progetto AREAS Master Regione Lazio con corretto inserimento e gestione anagrafiche farmaci/dispositivi (Farmadati) nelle gare di riferimento per consentire corretto inserimento in procedura AREAS - Anagrafiche inserite e gestite secondo i criteri regionali AREAS Master = 100%
		Corretta applicazione degli istituti normo-economici entro i termini previsti dalla normativa	Applicazione del regolamento smart-working vigente in Azienda e/o delle disposizioni legislative straordinarie e monitoraggi - N. 1 report di evidenza applicazione del regolamento smart-working e/o delle disposizioni legislative straordinarie e monitoraggi effettuati
			Applicazione della Legge n. 24 del 8.03.2017 - Rispetto dei tempi previsti per la Direzione Sanitaria - N.1 Report su adempimenti effettuati con evidenza: n. pratiche lavorate nei tempi previsti / n. segnalazioni arrivate = 100%
			Applicazione della Legge n. 24 del 8.03.2017: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (c.d. Legge "Gelli") - Elaborazione della procedura aziendale per la convocazione a visita medico legale entro il 31.12
			Messa a regime delle tariffe ALPI a regime ricovero interno inserite nei applicativo e revisione convenzioni esterne - N. 1 report, entro il 31.12, attestante la messa a regime informatizzata delle tariffe ALPI a regime ricovero interno e revisione delle convenzioni
			Realizzazione della procedura di contabilità separata ALPI - N. 1 procedura presentata entro il 30.09 e n. 1 report al 31.12 attestante l'applicazione della procedura
		DCA 292/2013 Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) - Coordinamento delle attività	N. 1 report al 31 dicembre alla Direzione Aziendale e alla UOC Program. e Controllo di Gestione con la descrizione delle attività di coordinamento eseguite e delle attività svolte da ciascuna struttura aziendale coinvolta
		Rispetto degli adempimenti riferiti alla certificabilità dei Bilanci (PAC)	Nota Regione Lazio U0465956 del 28.05.2020 - Attività di ricognizione stato avanzamento PAC area D) Immobilizzazioni ex DCA 297/19 - Adempimenti attività PAC Area Immobilizzazioni di competenza, richiesti da Regione Lazio = 100%
			Nota Regione Lazio U0465956 del 28.05.2020 - Attività di ricognizione stato avanzamento PAC area D) Immobilizzazioni ex DCA 297/19 - Monitoraggio al 30.9 dello stato avanzamento attività PAC area D e verifica impatti su Contabilità Generale = 100%
			Completa messa a regime del sistema di distribuzione informatizzata dei Dispositivi Medici - N. 1 report al 31.12 attestante la completa attivazione
			Inserimento nella procedura aziendale AREAS MASTER della protesi utilizzate entro il mese successivo all'impianto - N. 2 report al 30.09 e al 31.12 con evidenza della tipologia, per ciascuna protesi impiantata, nella procedura AREAS MASTER
			Rispetto nelle sezioni di competenza dei manuali dei cicli deliberati, al fine del rispetto del Piano Attuativo di Certificabilità dei Bilanci - 100% degli adempimenti di competenza eseguiti - Azioni di monitoraggio del Controllo Interno attraverso check list regionale (rendicontazione di competenza UOC Controlli Interni e Proc. Di Audit)
		Predisposizione check periodico per il controllo dei manuali dei cicli deliberati, al fine del rispetto del Piano Attuativo di Certificabilità dei Bilanci - N. 1 report al 31.12 che attesti l'esecuzione del 100% degli audit previsti per il 2021 dalla Regione Lazio	
		Informatizzazione del processo deliberativo	Attivazione gestione informatizzata delle deliberazioni aziendali 100%
		Programmazione delle Gare	N. 1 programma gare di competenza da trasmettere alla UOC Acquisizione Beni e Servizi entro il 30.09
		Corretta gestione dei processi aziendali	Ottimizzazione gestione informatizzata beni.Verifica da procedura Areas utilizzo procedura informatizzata per gestione beni presso i reparti (ordini, scarichi, giacenze) - N. richieste generate da armadietto abilitato/ N. richieste totali effettuate >=60%
		Ottimizzazione dei processi aziendali - Allineamento alla normativa nazionale	Redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ai sensi della normativa e in adempimento alle linee guida nazionali. N. 1 Piano entro il 30/04. Predisposizione da parte delle UU OO coinvolte dalla Direzione Strategica delle Sezioni di competenza
Rispetto adempimenti debiti informativi flussi Regione Lazio	Caricamento flussi DM contratti in allineamento con la UOC Farmacia nelle modalità e tempi previsti dalle direttive regionali - N. 3 caricamenti a partire dal mese di luglio nelle modalità e tempi previsti dalle direttive regionali		
Mappatura dei processi di riorganizzazione e sviluppo	Mappatura dei processi di riorganizzazione e sviluppo da parte delle UU OO coinvolte dalla Cabina di regia strategica. N. mappature da definire sulla base dei processi individuati		
Potenziamento sicurezza informatica aziendale	Analisi fabbisogno hardware e software con valutazione acquisizione. N. proposta fabbisogno e acquisizione al 31.03 Rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa per la sicurezza informatica. N. adempimenti effettuati/N. adempimenti richiesti		
Sviluppo e potenziamento Telemedicina	N. 2 report attività piattaforma informatica utilizzata per Televisita		

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

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
F - AREA DELLA COMUNICAZIONE AI CITTADINI	Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute	Aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet) - N. 1 report al 31.12 sugli aggiornamenti effettuati nel corso dell'anno
	Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Realizzazione di interventi per garantire parità, pari opportunità, benessere organizzativo nonché contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.	Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza - N. 1 report al 31.12 con evidenza dell'attività svolta e dei risultati conseguiti
			Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza - N. 1 proposta al 31.12 di modello questionario per il monitoraggio del benessere organizzativo in collaborazione con il Servizio di Psicologia
			Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza - Somministrazione questionari operatori utenti per n. 3 unità operative: N. 1 Report con evidenza dell'attività svolta e dei risultati conseguiti entro il 31.12
			Formazione specifica per i Dirigenti: Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità - N. 1 corso di formazione da organizzare entro il 31.12
			Formazione specifica per i Dirigenti: Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità - N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12
			Formazione specifica per i Dirigenti: Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità - N. personale medico partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità ≥ 1
Formazione specifica per i Dirigenti: Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità - Garantire la partecipazione del personale aziendale al corso relativo al benessere organizzativo per i posti messi a disposizione dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità ≥ 90%			

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

Appendice 1 – Performance: obiettivi - indicatori - target

- 1.1 Piano della Performance anni 2023-2025
- 1.2 Elenco obiettivi e indicatori assegnati alle singole strutture aziendali (UOC/UOSD) nell'anno 2023

---

### 2.2.3 Obiettivi di accessibilità fisica e digitale

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

L’Azienda Ospedaliera sta orientando i propri progetti al fine di incrementare l’accessibilità digitale; è necessario distinguere due ambiti fondamentali:

- L’accessibilità agli strumenti da parte dei dipendenti disabili
- L’accessibilità alle informazioni da parte degli utenti

Nel primo caso l’Azienda Ospedaliera mette a disposizione del dipendente con disabilità la strumentazione HW e SW e la tecnologia assistiva adeguata alla specifica disabilità. Al momento all’operatore non vedente operante al centralino aziendale è stata assegnata postazione adeguata affinché potesse svolgere il proprio lavoro.

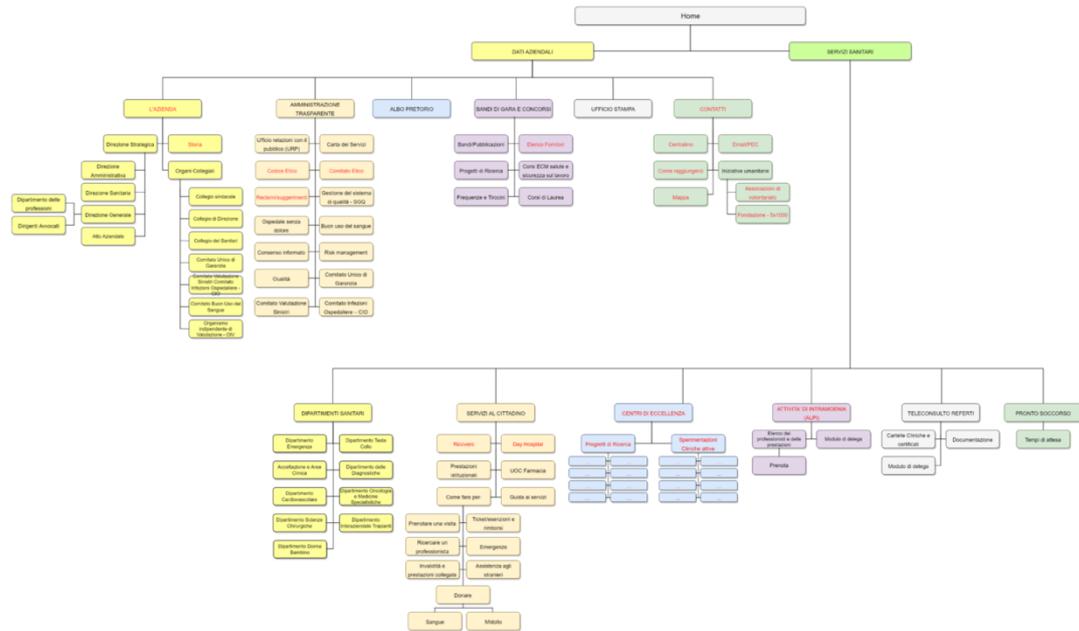
Nel secondo caso, l’Azienda Ospedaliera, pur presentando sul proprio sito aziendale tutte le informazioni necessarie, è in procinto di sviluppare il nuovo portale aziendale secondo le linee guida AGID che si rifanno alle linee guida WCAG previste dallo standard internazionale WAI Web Accessibility Initiative (iniziative per la standardizzazione dei siti WEB).

Rendere un sito accessibile significa consentire a chiunque di accedere *pienamente* ai contenuti ed ai servizi disponibili, indipendentemente dagli strumenti che si utilizzano (dispositivi diversi per tastiera, monitor o sistema operativo, ad esempio). Inoltre deve essere possibile accedere al sito indipendentemente dalla connessione che l’utente utilizza o dal browser preferito; inoltre richiamando la definizione su citata, le informazioni devono essere accessibili a tutti gli utenti anche a coloro con disabilità e che necessitano di strumenti assistivi o particolari configurazioni.

La progettazione del nuovo sito aziendale prevede anche un miglioramento della capacità di adattarsi a qualsiasi dispositivo mobile, con la possibilità di effettuare ricerche dei contenuti di interesse dell’utente, semplificando l’accesso alle informazioni e la navigabilità.

L’evoluzione del portale aziendale verrà eseguita in diversi step, ciò da consentire la verifica della qualità del portale e la conformità agli standard ed alle linee guida citate.

L’Azienda Ospedaliera ha avviato la progettazione del nuovo sito aziendale, definendo l’albero dei contenuti



Inoltre è stato definito il modello delle pagine del portale (home page, interna ed esterna).

## 2.2.4 Obiettivi di digitalizzazione

Nel prossimo futuro l’Azienda Ospedaliera oltre alle linee di intervento riportati di seguito, si pone i seguenti principali obiettivi. Durante gli ultimi anni, pur affrontando la situazione pandemica, l’Azienda Ospedaliera ha adeguato alcuni sistemi informatici. In particolare ha adottato un’unica cartella clinica elettronica per tutti i servizi sanitari: Degenza Ordinaria, Day Hospital, Ambulatori, della quale risulta proprietaria dei sorgenti ed è sviluppata in Open Source (secondo le indicazioni Agid)

I prossimi recenti obiettivi riguardano:

- Firma grafometrica: l’introduzione della firma grafometrica, consentirà all’azienda ospedaliera di poter acquisire i consensi degli utenti con documenti “nativamente” digitali e nativamente allegati alla cartella clinica del paziente

- 
- Firma digitale: l'assegnazione della firma digitale a tutto il personale medico aziendale, consentirà di produrre la documentazione sanitaria completa in formato digitale. I referti di laboratorio e di radiologia, sono già prodotti con firma digitale.
  - FSE. L'evoluzione della cartella clinica elettronica, consentirà l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Regionale
  - Lo sviluppo del nuovo sito aziendale, consentirà:
    - o Richiesta della documentazione on line
    - o Download della documentazione
    - o Integrazione con SPID e TS
  - Assessment ed evoluzione infrastruttura aziendale: consentirà all'Azienda Ospedaliera di migliorare l'accessibilità ai strumenti informatici
  -

L'Azienda Ospedaliera sta proseguendo, seguendo le progettualità regionali, le attività relative all'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico e la dotazione con le firme digitali per la cartella clinica.

## 2.2.5 Piano Della Transizione al Digitale

### Introduzione

Il Piano definisce la strategia per il passaggio al digitale (o suo completamento) dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e descrive per macro obiettivi o linee di attività, da attuare e perseguire in tempi rapidi. La transizione digitale richiede un cambiamento abbastanza significativo nel modo in cui l'Azienda fornisce i servizi e nel modo in cui opera; qualsiasi cambiamento dovrà essere orientato al pieno raggiungimento degli obiettivi: tutti gli uffici e tutto il personale dovranno essere attori del cambiamento e sfruttare l'opportunità di evolvere le proprie modalità di lavoro e la somministrazione di servizi più efficienti ai cittadini.

Le linee di intervento mirano al potenziamento ed alla diversificazione dei meccanismi e degli strumenti della comunicazione digitale per ampliare e diffondere in modo mirato e personalizzato la molteplicità di servizi online e di informazioni disponibili a cittadini e dipendenti.

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

---

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

### **Benefici Attesi**

- Miglioramento e personalizzazione della comunicazione da e verso gli utenti
- Certezza della identità dei soggetti che utilizzano i servizi online
- Risparmio operativo derivato dalla registrazione ai servizi tramite standard e all'applicazione delle regole di compliance AGID (consenso, diritto all'oblio, ...)
- Ottimizzazione dei canali di contatto con gli utenti finali.
- Risparmio di tempo e denaro per adempiere a procedimenti amministrativi
- Trasparenza rispetto al consenso per il trattamento delle proprie informazioni.
- abbattimento dei tempi e dei costi di relazione con l'Azienda Ospedaliera, più evidente se abbinata ad una reale semplificazione dei processi e delle procedure amministrative

Gli obiettivi del PTTD si possono sintetizzare in:

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

### **Aggiornamento dotazione informatica e infrastruttura**

La linea di intervento è focalizzata sull'ammodernamento della dotazione informatica dell'Azienda Ospedaliera, avviando (anche grazie ai fondi PNRR) un aggiornamento delle postazioni di lavoro più performanti ed adeguati ai sistemi oggi in uso ed alla necessità di garantire un accesso sicuro ai sistemi aziendali. L'approccio è coerente con la richiesta di innalzamento della sicurezza informatica (cyber security) e la necessità di mettere a disposizione del personale strumenti adeguati per le attività istituzionali, con la naturale conseguenza di offrire un servizio efficiente ed agile agli utenti.

Inoltre l'Azienda Ospedaliera procederà, a seguito di specifica attività di assessment, ad un miglioramento della infrastruttura di rete; per creare un modello di lavoro digitale efficiente è necessaria la disponibilità di connettività adeguata. Il cablaggio di tipo strutturale ed i sistemi informativi ad uso del personale e dei servizi sanitari prevede una

---

copertura Wi-Fi più ampia possibile, in tal modo l’Azienda Ospedaliera potrà evolvere le attività di assistenza direttamente al letto del paziente (es: somministrazione terapeutica e accesso alle informazioni cliniche del paziente). In questa direzione, nell’ambito dei progetti PNRR, saranno avviati adeguati interventi di tipo infrastrutturale per assicurare la massima copertura possibile di un servizio WiFi integrato con l’infrastruttura fissa.

L’Azienda ha avviato una procedura di acquisizione in noleggio al fine di migliorare la dotazione del personale, in attesa dei progetti PNRR

### **Benefici attesi**

- Abilitare la creazione di un ambiente di lavoro moderno e digitale, attraverso l’adozione di strumenti, tecniche e tecnologie digitali e metodologie innovative
- Organizzare percorsi di apprendimento e aggiornamento del personale
- Avvio delle progettualità di messa in sicurezza delle infrastrutture ICT
- Adozione degli strumenti necessari per facilitare le modalità di lavoro collaborativo e in mobilità

### **API e interoperabilità**

#### **Descrizione**

La linea di intervento è focalizzata sulla adozione di un nuovo modello tecnico di interoperabilità, sia tra i sistemi informativi aziendali che tra le pubbliche amministrazioni (in particolare i Regionali), fondato sull’utilizzo di API (Application Programming Interface) e di glossari standard.

L’approccio è coerente con gli indirizzi evolutivi del Piano Triennale per l’Informatica nella PA e comporterà un progressivo adeguamento delle attuali modalità, determinando la necessità di agire nei vari contesti di interoperabilità esistenti sia a livello normativo, che organizzativo/tecnico.

Adottare un approccio basato su API determina una nuova visione evolutiva del Sistema Informativo aziendale orientata alla sua “apertura”, nel rispetto dei vincoli normativi, a nuove forme di utilizzo di dati e servizi della PA.

---

L'Azienda Ospedaliera sta proseguendo secondo le progettualità del PNRR

### **Benefici Attesi**

- Miglioramento delle applicazioni interne ed esterne grazie all'integrazione di flussi informativi verso i sistemi regionali
- Miglioramento della qualità e disponibilità delle informazioni grazie all'integrazione di flussi informativi verso i sistemi regionali

### **Comunicazione digitale e accesso ai servizi**

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

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

L'Azienda Ospedaliera ha avviato lo studio per aggiornare il portale aziendale, con l'obiettivo di semplificare e migliorare l'organizzazione delle informazioni. La garanzia dell'accessibilità delle informazioni renderà amplierà la platea che potrà accedere direttamente e in modalità mobile ai servizi dell'Azienda (es: richiesta cartella clinica, richiesta di esami e prenotazione visite). Rendere univoco la modalità di accesso e certificate (SPID e TS), garantirà il "riconoscimento" dell'utente nel rispetto della normativa della protezione dei dati (GDPR).

### **Benefici Attesi**

- Miglioramento della comunicazione da e verso gli utenti
- Certezza della identità dei soggetti che utilizzano i servizi online
- Risparmio operativo dettato dalla centralizzazione della registrazione ai servizi e della applicazione delle regole di compliance (consenso, diritto all'oblio, ...)
- Ottimizzazione dei canali di contatto con gli utenti finali.
- Conoscenza diffusa dell'offerta di servizi offerti dall'Azienda Ospedaliera

- 
- Risparmio di tempo e denaro per la richiesta della documentazione sanitaria
  - Trasparenza rispetto al consenso per il trattamento delle proprie informazioni.

#### **4.5 Monitoraggio del piano della transizione digitale**

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

Il Piano della transizione digitale è in fase di lavorazione per la condivisione con la direzione strategica

---

## 2.3 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2023 – 2025

### 2.3.1 Principi e obiettivi strategici

La presente sezione di prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO, per il triennio 2023-2025, si pone come aggiornamento del precedente Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Il presente aggiornamento del PTPCT tiene pienamente conto delle indicazioni dell’Autorità Nazionale Anticorruzione anche specificatamente delle ultime conferite con il documento approvato dal Consiglio dell’ANAC in data 02/02/2022 e del PNA 2022 con particolare riferimento alle misure di prevenzione correlate all’attuazione PNRR. Ulteriormente la presente sezione tiene conto dell’assetto organizzativo dell’Azienda quale da ultimo determinato con la Deliberazione n. 1547/2019 avente ad oggetto “Modifica dell’Atto di Autonomia aziendale di diritto privato approvato con deliberazione n. 1134 del 08 agosto 2019”.

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

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

Attraverso il presente aggiornamento si indicano, inoltre, gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Aziendale rispetto al perseguimento dei quali si individuano nuove misure di prevenzione della corruzione e si migliorano quelle già definite attraverso un’azione coordinata ed integrata con gli altri strumenti strategici dell’Azienda quali costituenti il PIAO.

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

- Miglioramento dell’organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l’esterno: specificatamente l’Azienda implementerà un sistema integralmente informatizzato per l’adozione e la pubblicazione di tutti provvedimenti aziendali (Deliberazioni, Determinazioni) unitamente all’implementazione di un sistema integralmente informatizzato relativo alla gestione del personale dipendente per l’applicazione trasparente di alcuni istituti contrattuali (portale del dipendente);

- 
- Consolidamento del sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
  - Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici;
  - Incremento dell'azione di coordinamento del PTPCT con il Piano della Performance al fine di rendere le misure di prevenzione della corruzione obiettivi organizzativi ed individuali.
  - revisione e miglioramento della regolamentazione interna con specifico riferimento alla gestione del conflitto di interessi relativamente agli appalti pubblici;

### 2.3.2 I Soggetti interni che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'azienda.

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

#### 2.3.2.1 L'organo di indirizzo - il Direttore Generale:

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

---

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

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

- proporre al Direttore Generale la sezione del PIAO dedicata alla strategia di prevenzione della corruzione ed all'attuazione della trasparenza;
- verificare l'attuazione integrale del sistema di prevenzione e la sua idoneità;
- programmare – di concerto con la struttura aziendale competente – la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- proporre modifiche dello stesso sistema di prevenzione anche in corso di vigenza nel caso in cui siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione, a seguito di indicazioni dei responsabili delle diverse strutture;
- segnalare alla Direzione Aziendale, all'OIV e all'ANAC le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente tali misure (art. 1, comma 7, Legge 190/2012; art. 43, comma 1, D.Lgs. 33/2013);
- ricevere e verificare le eventuali segnalazioni di illeciti ed effettuare l'istruttoria finalizzata a verificarne esclusivamente la fondatezza, attivando in caso di esito positivo, gli organismi interni competenti all'esercizio dell'azione disciplinare;
- pubblicare entro il 15 dicembre di ogni anno, o in diversa data eventualmente indicata dall'ANAC, nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmetterla al Direttore Generale (per il 2022 è stata pubblicata nella sezione del sito web "Amministrazione Trasparente" il 10/01/2023 atteso il comunicato dell'Autorità di differimento del termine per la pubblicazione al 15/01/2023);
- riferire sulla propria attività tutte le volte in cui il Direttore Generale lo richieda.

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

- ha completo accesso a tutti gli atti dell'organizzazione, dati e informazioni, funzionali all'attività di controllo;
- può verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono configurare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità;
- può richiedere ai dipendenti che hanno istruito un procedimento di fornire motivazione per iscritto circa le circostanze di fatto e di diritto che sottendono all'adozione del provvedimento finale;

- 
- non può svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dalla Direzione Aziendale e dai Dirigenti competenti, né esprimersi sulla regolarità tecnica o contabile di tali atti.

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

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

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si avvale della collaborazione dei Referenti per la prevenzione della corruzione, individuati nei dirigenti responsabili di tutte le strutture aziendali (o loro delegati).

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

### **2.3.2.3. La Responsabilità dell'RPCT e la revoca dell'incarico**

L'articolo 1 comma 8 della legge 190/2012 prevede che "la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale".

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

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

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

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

---

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

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

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

È quindi richiesto ai Dirigenti di:

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

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

- partecipa al processo di gestione del rischio offrendo, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza;
- esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento aziendale;
- valida la relazione sulla performance;
- attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- verifica che l'integrale sistema di prevenzione della corruzione e attuazione della trasparenza quale sezione del

---

PIAO sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;

- verifica che nella misurazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza;
- fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;

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

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

#### **2.3.2.7 Tutti i dipendenti:**

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

#### **2.3.2.8 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda:**

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

### **2.3.3 Integrazione Tra Il Piano Di Prevenzione Della Corruzione Ed Il Piano Della Performance**

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

---

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

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

1. Verifica ed aggiornamento della mappatura dei processi in collaborazione con il RPCT, anche rispetto alle modifiche organizzative intervenute unitamente alla rilevazione, valutazione ed analisi del rischio e del relativo trattamento nel rispetto delle indicazioni metodologiche indicate entro il 30/06/2023 relativamente a tutte le strutture sanitarie ed amministrative aziendali;
2. Attestazione e rendicontazione al RPCT entro il 30/11/2023 dell'attuazione ed il rispetto delle misure di prevenzione generali e specifiche previste nella presente sezione del PIAO e delle misure dagli stessi Responsabili proposte nella mappatura/analisi dei rischi con esplicitazione delle motivazioni in ipotesi di mancata attuazione;
3. Segnalazione al 30/11/2023 al RPCT di eventuali ulteriori eventi rischiosi e correlate misure di prevenzione con riferimento ai processi mappati dal RPCT e dalle strutture;
4. Assolvimento degli obblighi di pubblicazione attraverso la produzione e diretta pubblicazione dei dati di competenza della struttura sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente" attraverso l'utilizzo del Programma "PA33" nei termini stabiliti dalle disposizioni sulla Trasparenza ed attestazione al 30/06/2023 ed al 30/11/2023 al RPCT dei dati pubblicati e del rispetto dei termini laddove previsti.

## 2.3.4 Gestione Del Rischio Di Corruzione

### 2.3.4.1 La metodologia dell'analisi del rischio

Con la presente sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO viene confermata la metodologia utilizzata con il PTPCT previgente.

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

- Analisi del contesto esterno ed interno finalizzata all'identificazione degli eventi rischiosi a seguito della mappatura dei processi e delle attività di pertinenza dell'Azienda;
- Analisi del rischio volta a comprendere le cause degli eventi rischiosi (fattori abilitanti) per poter calibrare su di esse le misure più idonee a prevenirli;
- Valutazione del rischio, vale a dire stima del livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi di tipo

---

qualitativo, sulla base di motivate valutazione dei soggetti aziendali coinvolti, che tenga conto di specifici indicatori al fine di individuare i processi e le attività su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT. La valutazione del rischio deve essere improntata ad un generale criterio di prudenza, al fine di evitare una sua sottostima. L'utilizzo dei detti indicatori unitamente all'autovalutazione effettuata dai responsabili delle attività determina la classificazione del rischio in tre livelli: **basso, medio e alto**.

- Trattamento del rischio quale fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi e, pertanto, identificare e programmare le misure preventive più idonee ed i relativi controlli.

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

### 2.3.5 Il Contesto Esterno

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini è situata nel territorio del Municipio XII di Roma, ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale Roma 3. Il bacino di utenza dell'Azienda non si limita alla popolazione dei quartieri limitrofi o della città di Roma, in quanto costituisce un centro di riferimento per l'intera Regione Lazio ed il centro sud del territorio nazionale, per l'elevata specializzazione delle prestazioni che eroga.

L'analisi del contesto esterno rileva specificatamente in ragione del settore nel cui ambito la stessa opera, vale a dire la sanità.

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

Nel settore sanitario vengono normalmente allocate ingenti risorse economiche notevolmente incrementate in tale fase storica dai fondi del PNRR. Peraltro, il valore delle risorse coinvolte non è misurabile soltanto in termini monetari, interessando ulteriori aspetti relativi alla tutela effettiva di diritti fondamentali quali quello alla salute. Ad esempio, la posizione nella lista d'attesa per avere accesso a determinate prestazioni, la tempistica o la stessa possibilità di accesso a determinate prestazioni.

---

La criminalità organizzata risulta fortemente interessata al settore sanitario. Le organizzazioni criminali ambiscono a tali risorse attraverso azioni di infiltrazione ed inquinamento del tessuto economico e dell'apparato amministrativo degli attori pubblici (*"Relazione della direzione investigativa antimafia" primo e secondo semestre del 2019 - "Relazione Direzione Nazionale Antimafia e Antiterrorismo anno 2019"*).

Transparency International Italia, nell'ambito della giornata mondiale contro la corruzione ha evidenziato come nei periodi di emergenza e di crisi la corruzione tende a insinuarsi con maggiore facilità inoltre l'arrivo dei fondi legati al PNRR e la loro gestione costituisce un momento cruciale emarginando la necessità di adottare adeguate misure, prima fra tutte, la piena trasparenza dell'assegnazione e gestione dei detti fondi. (*"Corruzione: Transparency 9 Dicembre 2021"*)

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

Le organizzazioni mafiose si fanno impresa sfruttando rapporti di collaborazione con professionisti collusi la cui opera viene finalizzata a massimizzare la capacità di reinvestimento dei proventi illeciti con transazioni economiche. Risultano, pertanto, nevralgiche le attività svolte in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio al fine di arginare l'espansione economico-finanziaria delle mafie (*"Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla direzione investigativa antimafia - secondo semestre 2021"*).

La UIF ha richiamato l'attenzione dei soggetti obbligati sui nuovi fattori di rischio legati alla pandemia e in particolare sulle possibili infiltrazioni da parte della criminalità organizzata. L'attenzione sui possibili utilizzi illeciti di risorse pubbliche è ora rivolta al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella convinzione che i presidi antiriciclaggio devono continuare a rappresentare un argine fondamentale per evitare deviazioni degli interventi di sostegno verso l'economia illegale (*newsletter aprile 2022 – UIF – Unità di informazione finanziaria per l'Italia*).

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

---

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

### 2.3.6 Il Contesto Interno

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

Nella sezione di cui si parla vengono rappresentate le dinamiche economiche aziendali con specifico riferimento ai valori produttivi ed alle azioni strategiche di conduzione e di programmazione.

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

### 2.3.7 Attività Di Mappatura Dei Processi – Analisi Del Contesto Interno

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

Tale attività è stata condotta sulla base della struttura organizzativa quale determinata dal vigente Atto di Autonomia Aziendale ed ha tenuto conto degli esiti delle azioni di monitoraggio quali disposte, nel corso della vigenza del PTPCT 2022 – 2024, con note Doc. n. 91071/2022 n. 93823/2022 e n. 206945/2022.

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

In ragione degli esiti del monitoraggio effettuato in vigenza del precedente PTPCT, nel corso della presente annualità, verrà ulteriormente richiesto ai responsabili delle strutture aziendali un'azione di rivisitazione ed un aggiornamento

---

delle specifiche mappature dei processi nonché l'analisi volta ad individuare ulteriori processi da categorizzare.

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

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

La logica con la quale è stata effettuata la mappatura dei processi, allegata alla presente sezione, si pone in continuità con quella effettuata nel Piano previgente proceduta ad una ricognizione e rielaborazione delle misure di prevenzione specifiche anche con il fine di poterne verificare il raggiungimento da parte del dirigente responsabile in riferimento ai fini della performance individuale.

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

### 2.3.8 Analisi Ed Identificazione Del Rischio

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

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

### 2.3.9 La Valutazione Del Rischio

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

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

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

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

Rischio	Indicatori	Monitoraggio
Basso Medio Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• livello di interesse "esterno": presenza di interessi, anche economici, più o meno rilevanti e di benefici per i destinatari del processo;</li> <li>• grado di discrezionalità: processo decisionale più o meno discrezionale;</li> <li>• livello di partecipazione nella conduzione dell'istruttoria: processi che si sostanziano in procedimenti amministrativi la cui istruttoria risulta implementata con o senza il coinvolgimento di diversi attori aziendali.</li> <li>• inadeguatezza della regolamentazione: livello con cui il processo è vincolato da norme o regolamenti interni;</li> <li>• inefficacia dei controlli: frequenza dei controlli, l'analiticità degli stessi e l'indipendenza dei controllori;</li> <li>• opacità: diffusione e attuazione del principio e degli strumenti di trasparenza.</li> </ul>	<b>Tempistica:</b> Basso: annuale Medio: semestrale Alto: trimestrale

### 2.3.10 Il Trattamento Del Rischio E Monitoraggio

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

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

---

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

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

Il monitoraggio comprende le seguenti attività:

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

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

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

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

### **2.3.10.1 Obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione**

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

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

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

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

---

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

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

La presente sezione del PIAO sarà oggetto di due monitoraggi semestrali e in ragione dell'analisi del rischio e della relativa classificazione del rischio nei tre livelli (**basso, medio e alto**) relativamente ai processi specificatamente mappati **la tempistica del monitoraggio di I livello sarà annuale laddove il rischio è qualificato basso, semestrale laddove è qualificato medio e trimestrale laddove è qualificato alto così come specificato nella tabella di cui al punto n. 9.**

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

A tal fine con Deliberazione n.1953/2022 è stato approvato il Programma degli Audit Interni 2023/2025 il quale, per l'anno 2023, al punto n. 5 prevede l'esecuzione entro il mese di settembre, di Audit interni rispetto all'attuazione della presente sezione che si indica verranno effettuati presso:

- Struttura di Coordinamento PNRR Aziendale – Processo: “Tracciabilità integrale delle operazioni e tenuta di un'apposita codificazione contabile per l'utilizzo delle risorse secondo le indicazioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Atti e relativa documentazione giustificativa conservata su supporti informatici disponibili per le attività di controllo” – **entro il 30/06/2023 - Misura di controllo;**
- UOC Acquisizione Beni e Servizi – Processo: Progettazione – Attività: Procedura negoziata ex art. 63 D.Lgs n. 50/2016 – **entro il 30/09/2023 - Misura di controllo.**

### 2.3.11 Le Misure Preventive Generali

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

#### 2.3.11.1 La rotazione del personale

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

---

competenze professionali trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione stessa.

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

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

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

La Direzione Aziendale avvierà l'attuazione della misura a decorrere dal secondo semestre del 2024.

Tale programmazione è determinata dalle scadenze degli incarichi dirigenziali attualmente conferiti ed in corso di vigenza, conformemente a quanto stabilito nel regolamento di cui alla Deliberazione n. 562/2022.

Pertanto, per quanto attiene ai dirigenti amministrativi, alla scadenza dei primi cinque anni di ciascun incarico dirigenziale, l'Azienda procederà alla successiva rotazione, preliminarmente con riferimento agli incarichi relativi a funzioni attribuite allo stesso soggetto da maggior tempo assegnando ai dirigenti le strutture amministrative - previste dall'organigramma al momento vigente - mediante interpello, fermo restando eventuali infungibilità verificate e **prevedendo, a tale scopo, tale facoltà nell'ambito dei contratti individuali di incarico.**

Il termine sopra indicato verrà dalla Direzione Aziendale anticipato nella circostanza in cui l'Azienda sarà oggetto di una azione di riorganizzazione in ragione dell'adozione di un nuovo Atto di Autonomia Aziendale.

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

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

---

L'Azienda ha proceduto ad una prima rotazione ordinaria del personale nell'ambito della tecnostruttura amministrativa nel febbraio 2015, assegnando a ciascun dirigente di struttura complessa dell'Area PTA un diverso incarico.

Nel corso dell'anno 2019 ha, inoltre, avuto luogo un'ulteriore rotazione ordinaria, sempre nell'ambito della Tecnostruttura Amministrativa, su base volontaria, che ha interessato Dirigenti responsabili della U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi e della U.O.C Affari Istituzionali.

#### **2.3.11.2 La Rotazione del Personale "Straordinaria"**

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

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

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

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

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

#### **2.3.11.3 Protocollo operativo per la segnalazione di condotte illecite - Whistleblowing**

L'art. 54-bis del D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 prevede un regime di tutela del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Istituto da ultimo riformato con la Legge 30 novembre 2017 n. 179 (c.d. whistleblower).

---

## Ambito soggettivo

L'art. 54-bis include espressamente, al comma 2, nella nozione di dipendente pubblico le seguenti tipologie di lavoratori:

- i dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2 del d.lgs. n. 165 del 2001 ivi compreso il dipendente di cui all'art. 3;
- i dipendenti degli enti pubblici economici;
- i dipendenti di enti diritto privato sottoposti a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile;
- i lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

Ai fini dell'applicazione della disciplina del whistleblowing sono considerate le segnalazioni di condotte illecite effettuate solo da questi soggetti come previsto dal comma 1 dell'art. 54-bis.

## Ambito oggettivo

Oggetto della disciplina della legge 179/2017 sono:

- le segnalazioni di condotte illecite di cui il dipendente sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro;
- le comunicazioni di misure ritenute ritorsive adottate dall'amministrazione o dall'ente nei confronti del segnalante in ragione della segnalazione.

Come previsto dall'art 54-bis (art. 1, co. 1), le prime possono essere inviate, a discrezione del whistleblower, al RPCT dell'amministrazione ove si è verificata la presunta condotta illecita o ad ANAC. Il dipendente può anche valutare di inoltrare una denuncia «all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile».

Nel caso in cui la segnalazione pervenga ad un soggetto diverso dal RPCT (ad esempio superiore gerarchico, dirigente o funzionario) tale soggetto dovrà indicare al mittente che le segnalazioni volte ad ottenere la tutela del whistleblower vanno inoltrate al RPCT.

Per quanto riguarda le "comunicazioni di misure ritorsive" le stesse possono essere trasmesse esclusivamente ad ANAC (art 54-bis, art. 1, co. 1).

Nel caso in cui la comunicazione di misure ritorsive pervenga al RPCT verrà fornito il necessario supporto al segnalante rappresentando che la comunicazione deve essere inoltrata ad ANAC al fine di ottenere le tutele previste dall'art. 54-bis.

---

## Tutela del whistleblower e sue condizioni

Il sistema di protezione che la L. n. 179/2017 riconosce al whistleblower si compone di tre tipi di tutela:

- la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante e della segnalazione;
- la tutela da eventuali misure ritorsive o discriminatorie eventualmente adottate dall'ente a causa della segnalazione effettuata;
- l'esclusione dalla responsabilità nel caso in cui il whistleblower (nei limiti previsti dall'art. 3 della L. 179/2017) - sia in ambito pubblico (ex art. 54-bis, d.lgs. 165/2001) che privato (ex art. 6 d.lgs. 231/2001) - sveli, per giusta causa, notizie coperte dall'obbligo di segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico o industriale (artt. 326, 622, 623 c.p.) ovvero violi l'obbligo di fedeltà (art. 2105 c.c.)

Il divieto di rilevare l'identità del segnalante è da riferirsi non solo al nominativo del segnalante ma anche a tutti gli elementi della segnalazione, inclusa la documentazione ad essa allegata, nella misura in cui il loro disvelamento, anche indirettamente, possa consentire l'identificazione del segnalante.

La prima importante conseguenza della tutela della riservatezza è la sottrazione della segnalazione e della documentazione ad essa allegata al diritto di accesso agli atti amministrativi previsto dagli artt. 22 e ss. della legge 7 agosto 1990, n. 241 (co. 4, art. 54-bis, D.lgs. 165/2001).

La tutela della riservatezza del segnalante rileva anche nei procedimenti giudiziari e disciplinari.

Il co. 3 dell'art. 54-bis precisa fino a quale momento nel procedimento penale, nel procedimento dinanzi alla Corte dei Conti e nel procedimento disciplinare deve essere garantita la riservatezza:

- Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 c.p.p. Tale disposizione prevede l'obbligo del segreto sugli atti compiuti nelle indagini preliminari «fino a quando l'imputato non ne possa avere conoscenza e, comunque non oltre la chiusura delle indagini preliminari»;
- Nel procedimento dinanzi alla Corte dei Conti l'obbligo del segreto istruttorio è previsto sino alla chiusura della fase istruttoria. Dopo, l'identità del segnalante potrà essere svelata dall'autorità contabile al fine di essere utilizzata nel procedimento stesso;
- Nell'ambito del procedimento disciplinare attivato dall'amministrazione contro il presunto autore della condotta segnalata, l'identità del segnalante può essere rivelata solo dietro consenso di quest'ultimo. Nel caso in cui l'identità del segnalante risulti indispensabile alla difesa del soggetto cui è stato contestato l'addebito disciplinare, l'amministrazione non potrà procedere con il procedimento disciplinare se il segnalante non acconsente espressamente alla rivelazione della propria identità.

---

Sulla Home page del sito web aziendale, nell'ambito della sezione dedicata ad "Amministrazione Trasparente" sono state pubblicate le modalità per l'inoltro della segnalazione degli illeciti da parte del dipendente come sopra identificato con le indicazioni sulla garanzia di anonimato del segnalante. La segnalazione va inoltrata utilizzando l'indirizzo email [segnalazioneilleciti@scamilloforlanini.rm.it](mailto:segnalazioneilleciti@scamilloforlanini.rm.it) accessibile dalla home page del sito aziendale, il quale è soggetto all'esclusiva accessibilità del RPCT e del suo collaboratore.

Ulteriormente l'Azienda, sempre ai fini della tutela della riservatezza del segnalante, ha avviato le azioni finalizzate all'adozione di un applicativo dedicato.

#### **2.3.11.4 Codice di Comportamento Aziendale dei Dipendenti**

A seguito dell'emanazione della Delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 dell'Anac "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche", così come prescritto nel precedente PTPCT, l'Azienda ha aggiornato il proprio Codice di Comportamento.

Con Deliberazione n. 13 del 05/01/2022 è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, la violazione delle cui disposizioni è fonte di responsabilità disciplinare.

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

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

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

#### **2.3.11.5 Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità o di incompatibilità**

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

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

---

Tali disposizioni costituiscono **misure preventive**.

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

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

**La UOC Gestione Risorse Umane produrrà' entro il 30/11/2023 l'elenco delle dichiarazioni acquisite e pubblicate.**

### **2.3.11.6 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione**

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

- far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici.

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

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati;

- 
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
  - all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

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

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

A tal fine, contestualmente all'accettazione di qualsiasi incarico tra quelli sopra elencati, il dipendente dovrà sottoscrivere una dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 del DPR 445/2000 in cui attestare, oltre all'assenza del conflitto di interessi, l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale (vedi modelli di dichiarazione allegati 9 e 10 PTPC 2014-2016). Gli uffici preposti acquisiscono, prima della costituzione delle commissioni o dell'assegnazione, le dichiarazioni dell'insussistenza delle dette circostanze.

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

### 2.3.11.7 Patto di integrità

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

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

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

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

### 2.3.11.8 Albo dei fornitori

Al fine di stabilire regole di trasparenza e di pari opportunità nell'ambito di procedure di gare per l'esecuzione di lavori che prevedono l'invito di imprese, l'Azienda ha adottato – con deliberazione n.1287 del 12 novembre 2013 (allegato 6 PTPC 2014-2016) – un regolamento per l'istituzione dell'apposito albo fornitori, nel quale – in particolare - all'art. 8 dello stesso si prevede l'utilizzo di detto albo tramite scorrimento con criterio di rotazione, in sintonia con i principi che presiedono alla prevenzione della corruzione. **Il Regolamento di cui sopra dovrà essere oggetto di aggiornamento ad opera della UOC Acquisizione Beni e Servizi entro il 30/06/2023 – Misura di Regolamentazione.**

### 2.3.11.9 Gestione del conflitto di interessi attuale o potenziale, diretto o indiretto

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

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

### Gestione del conflitto di interessi nei contratti pubblici.

Il RUP, i commissari e tutti coloro che partecipano a qualsiasi titolo alle procedure di gara debbono dichiarare l'assenza

---

di conflitto di interesse effettivo o potenziale. La dichiarazione è da intendersi sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Ulteriormente, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 42 del D.Lgs n. 50/2016 e dalle Linee Guida del MEF di cui alla circolare n. 30/2022, tutti coloro che partecipano a qualsiasi titolo alle procedure di gara relative a contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali forniscono un aggiornamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse.

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

il RUP è il soggetto tenuto a:

- acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione ad una procedura di gara; ) sollecitare il rilascio delle dichiarazioni ove non siano state ancora rese;
- effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni controllando che siano state rese correttamente. La verifica sulla dichiarazione del RUP viene svolta in primo luogo dai soggetti che lo hanno nominato o dal superiore gerarchico. Resta fermo che gli uffici competenti dell'amministrazione - nell'ambito dei propri controlli a campione sulle dichiarazioni - possono comunque sottoporre a ulteriore verifica anche le dichiarazioni rese dal RUP;
- vigilare sul corretto svolgimento di tutte le fasi della procedura e, nel caso in cui rilevi un conflitto di interessi, segnalarlo al dirigente dell'ufficio del dipendente o agli uffici competenti per le successive valutazioni.

In sede di autorizzazione ai propri dipendenti per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali, come previsto dal vigente regolamento aziendale approvato con deliberazione n. 1016 del 20/07/2017, i soggetti ivi indicati, verificano l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (commi 7 e 9 dell'art.53 del D. Lgs. 165/2001).

Particolare attenzione deve essere dedicata al rilascio di dette autorizzazioni in relazione alla partecipazione del dipendente a procedure di gara. Pertanto, la richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali deve essere integrata da una dichiarazione del dipendente di non far parte attualmente nè in futuro di procedure di gara in cui partecipi/parteciperà il soggetto che gli affida l'incarico extra impiego.

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

Ad ogni buon conto, al fine di prevenire situazioni di conflitto di interessi o fenomeni corruttivi, le ditte partecipanti alle

---

---

gare in sede di offerta, i soggetti aggiudicatari in sede di aggiudicazione definitiva ed i subappaltatori in sede di autorizzazione al subappalto dovranno obbligatoriamente sottoscrivere - presso le strutture competenti dei relativi procedimenti - preventiva apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 del DPR 445/2000 in cui attestino l'inesistenza di rapporti di parentela o affinità con dirigenti o con i dipendenti con posizione di responsabilità all'interno dell'Azienda, nonché di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti, impegnandosi contestualmente a denunciare – tra l'altro - qualsiasi richiesta illecita di denaro o altra utilità o comunque ogni illecita interferenza nelle procedure di aggiudicazione o nella fase di esecuzione dei lavori o fornitura, pena la rescissione del contratto (vedi schema di dichiarazione allegato 8 PTPC 2014-2016).

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

Il Comitato Etico è tenuto ad utilizzare la medesima procedura e la sottoscrizione del medesimo modello di dichiarazione da parte dei responsabili delle sperimentazioni cliniche.

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

Nell'ambito della sponsorizzazione di attività:

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

#### 2.3.11.10 Divieti post-employment (pantouflage)

L'art. 1, comma 42, lett. l) della L. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla c.d. **"incompatibilità successiva" (Pantouflage)**, introducendo all'art. 53 del d.lgs.165/2001 il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti

---

privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Le conseguenze della violazione del divieto di Pantouflage attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati indicati nella norma.

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica innanzitutto ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, individuate all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001; sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo.

Le **strutture competenti** sono tenute a **inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento** di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del D.lgs. n. 165/2001. Quale misura volta ad implementare l'attuazione dell'istituto, viene previsto l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage.

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

- l'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

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

#### **2.3.11.11 Comodati d'uso**

Le modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'Azienda, diverse rispetto agli ordinari canali di

---

---

approvvigionamento, quali i comodati d'uso o le donazioni devono presupporre la valutazione dei costi a carico dell'Azienda connessi all'uso del bene ed, in particolare, l'accertamento che non prevedano corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o donante o comunque di un soggetto predeterminato, in quanto tale vincolo attribuirebbe all'operazione la natura di contratto d'appalto gestito senza le ordinarie procedure di gara.

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

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

La UOC Economato entro il 30/06/2022 propone per l'adozione alla Direzione Aziendale il "Regolamento per la gestione dei dispositivi in conto deposito" ed il "Regolamento per l'acquisizione di beni concessi in comodato d'uso e per l'autorizzazione all'ingresso di apparecchiature/attrezzature a titolo di visione o prova" – Misura di controllo.

#### **2.3.11.12 Individuazione dei termini per la conclusione dei procedimenti**

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

Ai Dirigenti referenti **verrà richiesto, entro il 30/06/2022, l'aggiornamento della mappatura dei procedimenti amministrativi (All. n. 5 e n. 6) ai sensi dell'art. 35 del d.lgs. n. 33/2013 e la realizzazione della misura generale del monitoraggio dei tempi procedurali – Misura di controllo.**

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

---

### 2.3.11.13 La formazione

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

Per l'anno in corso è stata prevista l'effettuazione, per due edizioni, dei seguenti corsi:

- Il Codice di comportamento quale misura di prevenzione della corruzione – il Conflitto di interessi;
- La mappatura dei processi e l'individuazione del rischio corruttivo.

Per ottemperare agli obblighi di formazione del personale in tema di prevenzione della corruzione, l'attività di formazione è strutturata su due livelli così come indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione:

- generale: rivolto a tutti i dipendenti;
- specifico: rivolto ai referenti della prevenzione della corruzione.

L'attività di formazione sopra qualificata avverrà su due livelli uno di carattere generale rivolto alla generalità dei dipendenti, l'altro specificatamente rivolto ai referenti anticorruzione come di seguito specificato:

- La mappatura dei processi e l'individuazione del rischio corruttivo: Dirigenti referenti anticorruzione e collaboratori;
- Il Codice di comportamento quale misura di prevenzione della corruzione – il Conflitto di interessi: tutti i dipendenti individuati dai responsabili della struttura di appartenenza.

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

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

Ogni stazione appaltante è, infatti, tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici (BDNCP) presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016).

---

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

### 2.3.11.15 Misure di regolamentazione nel settore degli acquisti

1. Nell'ambito della fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni **entro il 30/06/2022 la UOC Acquisizione Beni e Servizi** propone per l'adozione, alla Direzione Aziendale, la procedura interna per l'elaborazione, l'analisi e la validazione del fabbisogno per l'acquisizione di Beni e Servizi.

### 2.3.12 L'antiriciclaggio

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

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

All'interno dell'Azienda, la quale è anche soggetto realizzatore nell'ambito delle azioni del PNRR, è necessario procedere ad individuare le attività e le responsabilità ai fini della collaborazione nei confronti delle autorità competenti per il contrasto al fenomeno del riciclaggio e finanziamento al terrorismo.

A tal fine **la Direzione Aziendale provvederà, entro il 31/03/2023**, a nominare "gestore" un dirigente aziendale quale delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni di cui all'art. 10 del D.Lgs n. 231/2007 all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF).

**Il "Gestore" nominato provvederà entro il 30/04/2023** a proporre, per la relativa adozione, alla Direzione Aziendale un regolamento avente ad oggetto la disciplina per l'individuazione delle procedure per la rilevazione e segnalazione delle operazioni sospette secondo gli indicatori di anomalia e in conformità alle disposizioni legislative vigenti ed alle successive linee operative emesse.

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

**Il RUP, pertanto, dovrà acquisire dagli operatori economici i dati del titolare effettivo e la dichiarazione del medesimo**

---

---

titolare effettivo circa l'assenza di conflitto di interessi da conservare agli atti del fascicolo del procedimento di acquisizione.

### 2.3.13 La Trasparenza

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

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

Con la presente sezione del PIAO si è provveduto ad aggiornare lo strumento della trasparenza di cui All. 1 relativamente alla sezione dei Contratti Pubblici, così come indicato nel PNA 2022.

#### 2.3.13.1 Le finalità e gli obiettivi

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

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

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

I compiti fondamentali del RPCT in tema di trasparenza:

- Attività di monitoraggio degli adempimenti di pubblicazione segnalando all'OIV ed alla Direzione Generale eventuali inadempienze e, nei casi più gravi, all'UPD;
- assicurare il regolare svolgimento dell'accesso civico e civico generalizzato segnalando all'OIV i casi di inadempienza.

---

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

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

Le informazioni contenute nell'area Amministrazione Trasparente relative ad ogni struttura aziendale sono sottoposte ad aggiornamento tempestivo (orari, personale, nuovi servizi,...).

### **2.3.13.3 La modalità di pubblicazione dei dati**

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

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

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

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

- 
- predisposizione ed invio automatico all'ANAC nel formato richiesto, dei dati previsti dalla normativa.

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

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

#### 2.3.13.4 L'accesso civico e l'accesso civico generalizzato

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

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

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

Il responsabile della trasparenza, accertata la mancata pubblicazione del documento, informazione o dato, dovrà:

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

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

---

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

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

L'istanza può essere presentata cartaceamente via posta o tramite consegna Protocollo Generale o per via telematica alla pec aziendale. Detta istanza è indirizzata direttamente all'ufficio che detiene i dati, le informazioni ed i documenti, sulla base del funzionigramma allegato al Regolamento aziendale per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, disciplina dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato, adottato con deliberazione n. 1583 del 22/12/2016. Nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, alla voce *Altri contenuti – Accesso Civico* è possibile scaricare il modulo per la richiesta di accesso civico generalizzato.

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

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

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

### 2.3.14 Norme Di Rinvio

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

Allegati sezione 2.3:

Allegato n.1 Trasparenza - Obblighi di Pubblicazione

Allegato n. 2 Misure Specifiche

Allegato n. 3 Scheda mappatura processi

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

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

- 
- Allegato n. 6 Scheda Monitoraggio di II livello
  - Allegato n. 7 Scheda articolazione strutture sanitarie
  - Allegato n. 8 Scheda articolazione strutture amministrative

### 3 SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### 3.1 PARI OPPORTUNITA'

Il principio delle pari opportunità è un concetto noto sia sotto il profilo socio-antropologico che giuridico, ma tanto rimane ancora da realizzare per un'effettiva e sostanziale uguaglianza di genere; una riflessione, questa, che riguarda il mondo del lavoro nella sua generalità, ed anche il settore sanitario.

L'eliminazione delle disparità nella formazione, nella riqualificazione e nelle progressioni di carriera significherebbe parità di inserimento delle donne in attività, settori professionali e ruoli apicali.

Nello specifico, lo scenario dell'A.O. San Camillo Forlanini, in merito alla caratterizzazione di genere del personale dipendente, vede una forte prevalenza della popolazione femminile, pari al 65%, rispetto al 35 % di quella maschile.

Contestualmente, i dati immediatamente rilevabili (si veda la Tabella n. 1) evidenziano come il personale femminile presenti un indice di scolarizzazione più elevato.

#### DISTRIBUZIONE STIMATA PER TITOLI DI STUDIO

	UOMINI	%	DONNE	%	TOTALE
Inferiore al Diploma superiore	152	50%	151	50%	303
Diploma di scuola superiore	62	43%	83	57%	145
Laurea	226	29%	559	71%	785
Laurea magistrale	396	28%	1024	72%	1420
SPECIALIZZAZIONE POST LAUREA / DOTTORATO DI RICERCA	378	48%	405	52%	783
ALTRI TITOLI POST LAUREA	3	50%	3	50%	6

Tabella n.1: indice di scolarizzazione del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini\*\*

Ad una analisi approfondita, che pone il proprio accento sui ruoli apicali del personale medico, si evidenzia tuttavia una percentuale di affidamento degli stessi in favore della popolazione maschile (si veda il Grafico n. 1 riportante il confronto tra incarichi di direzione suddivisi tra uomini e donne del personale medico).

L'analisi dei dati relativi al personale infermieristico evidenzia una situazione di sostanziale equilibrio (si veda il Grafico n. 2).

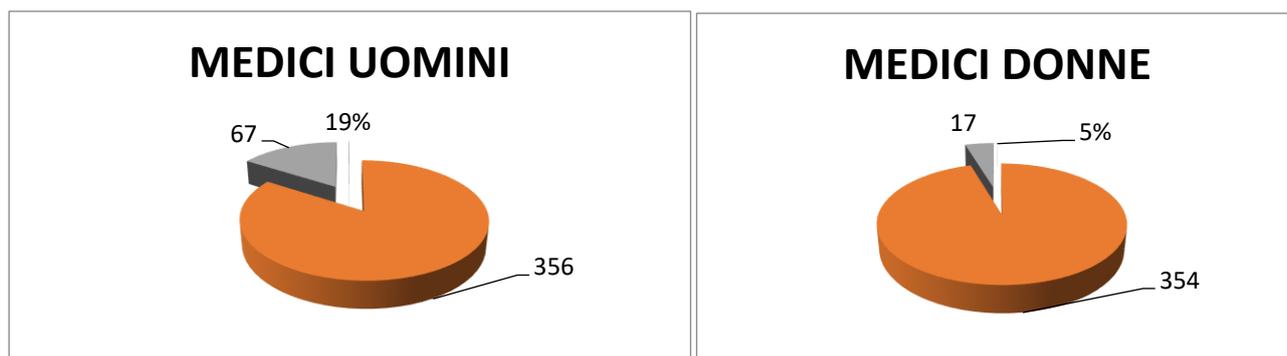


Grafico n.1: Suddivisione di genere del personale medico dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini per incarichi di Direzione.\*\*

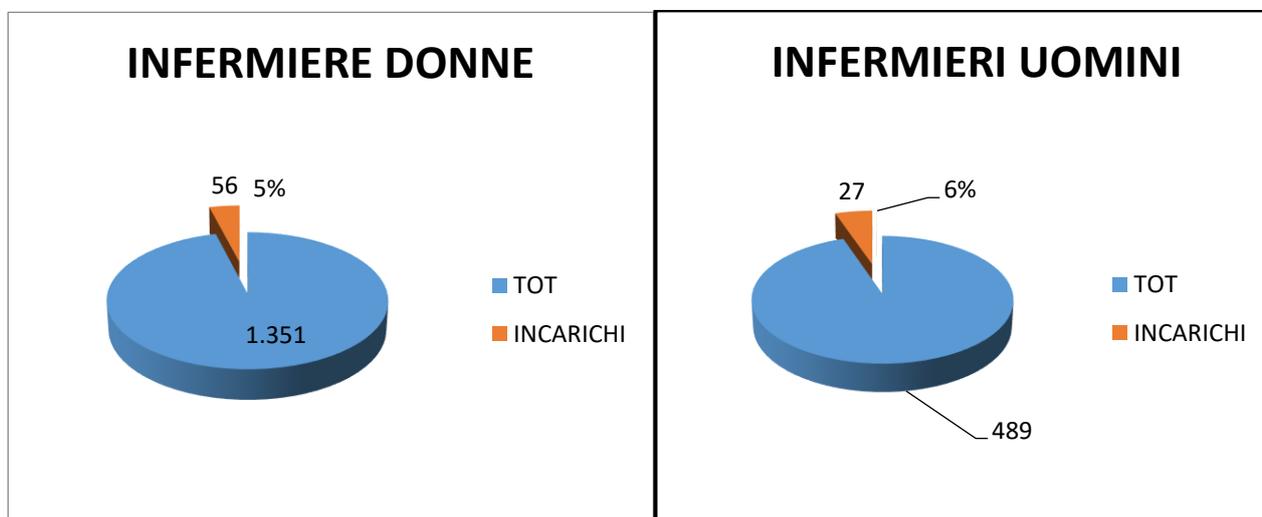


Grafico n.2: Suddivisione di genere del personale infermieristico con incarichi dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.\*\*

\*\*Dati estratti dalle schede relative al conto annuale 2021

Nella prospettiva di raggiungere la parità di genere, diviene fondamentale rimuovere tutti gli ostacoli che possono determinare qualsiasi disparità, attraverso un programma mirato di azioni e interventi che restituiscano alla realtà esistente la piena aderenza ai relativi principi che ne costituiscono il fondamento.

---

A tale scopo, *Il Piano di Azioni Positive*, posto ad integrazione del presente *Piano Integrato di Attività e Organizzazione*, vuole essere lo strumento operativo attraverso cui realizzare questa volontà di allineamento: avrà cura del Benessere Organizzativo, ponendo massima ed effettiva attenzione alle condizioni di integrazione e implementando una formazione che garantisca piena consapevolezza in tutto il Personale, con l'obiettivo di innescare un processo virtuoso per il pieno raggiungimento delle pari opportunità.

## 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### LIVELLO DI ATTUAZIONE E SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

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

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

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

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

2 COMMESSI,

13 COADIUTORI AMMINISTRATIVI

61 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-

38 COLLABORATORI AMMINISTRATIVI-

6 DIRIGENTI AMMINISTRATIVI

3 AVVOCATI

2 DIRIGENTI FARMACISTI

7 DIRIGENTI MEDICI

3 FISIOTERAPISTI

25 CPS INFERMIERI

1 AUSILIARIO

---

## 5 PROGRAMMATORI

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

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

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

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

1 COMMESSO,  
9 COADIUTORI AMMINISTRATIVI  
45 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-  
25 COLLABORATORI AMMINISTRATIVI-  
2 DIRIGENTI AMMINISTRATIVI  
4 DIRIGENTI MEDICI  
2 FISIOTERAPISTI  
22 CPS INFERMIERI  
4 PROGRAMMATORI

---

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

2 COADIUTORI AMMINISTRATIVI

12 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-

3 COLLABORATORI AMMINISTRATIVI-

3 DIRIGENTI MEDICI

1 ASSISTENTE TECNICO

9 CPS INFERMIERI

3 PROGRAMMATORI

#### MODALITA' ATTUATIVE LAVORO AGILE

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

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

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

#### Organizzazione del lavoro

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

- individuare, in collaborazione con gli altri direttori, i criteri per la tipologia di attività che possono essere svolte da remoto, anche in un'ottica di sviluppo ed ampliamento futuro delle stesse e, parallelamente, definire quelli utili alla valutazione del grado di autonomia necessario per lo svolgimento delle attività da remoto;

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

#### Spazi di lavoro

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

#### Dotazione tecnologica

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

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

#### Formazione e competenze

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

#### Monitoraggio del Lavoro Agile

---

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

#### SOGGETTI COINVOLTI

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

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

La Direzione Strategica dà impulso alla politica di cambiamento con l'introduzione delle nuove modalità di lavoro agile. Il Direttore della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane cura il coordinamento delle attività riferite al lavoro agile. Raccoglie le istanze di accesso al lavoro agile debitamente approvate dai Responsabili di struttura. Inserisce nella procedura di rilevazione presenze il codice riferito all'attività svolta dal dipendente in modalità agile.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

#### Strumenti

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

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

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

#### MISURE ORGANIZZATIVE:

CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA IN MATERIA DI LAVORO AGILE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORI PER IL PERSONALE DI COMPARTO IN MATERIA DI SVILUPPO ABILITA' IN MATERIA INFORMATICA , DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE TECNOLOGICA.

ACQUISIZIONE DI IDONEA DOTAZIONE DI COMPUTER PORTATILI E TELEFONI MOBILI AZIENDALI DA DESTINARE AL PERSONALE CHE RICHIEDE DI ACCEDERE AL LAVORO AGILE E MESSA A DISPOSIZIONE DI INTERNET E VPN IN ARMONIA CON IL PIANO TRIENNALE DELL'INFORMATICA

---

ATTIVAZIONE DEL FLUSSO DOCUMENTALE E DELIBERATIVO CON FIRMA DIGITALE E COMPLETA DEMATERIALIZZAZIONE DELLO STESSO.

ATTIVAZIONE DEL PORTALE DEL DIPENDENTE E RIDEFINIZIONE DELL'ARCHIVIO DOCUMENTALE

#### INDICATORI DI PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

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

la gestione delle attività programmate e i compiti assegnati (assumendo come riferimento i servizi resi e la mappatura dei processi e delle attività dell'unità di afferenza, e la job description del lavoratore);

la declinazione di obiettivi specifici e organizzativi riportati nel Piano della performance e nei diversi strumenti di programmazione, in attività su cui il singolo lavoratore è responsabilizzato.

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

di prevedere orizzonti temporali differenziati (obiettivi mensili, bimestrali, semestrali, ecc.);

di integrare/modificare quanto inizialmente previsto in funzione delle esigenze strategico-organizzative dell'amministrazione.

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

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

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

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

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

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

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

### 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

#### 3.3.1 Piano Assunzionale 2022-2024

Il piano assunzionale 2022-2024, fatti salvi i dovuti reintegri rispetto a collocamento in quiescenza degli operatori sanitari di varie qualifiche, è stato predisposto in considerazione dell'attuale scenario e della prospettiva di attività che caratterizza la specifica realtà. Le proposte presentate sono quelle attinenti alle diverse linee di attività presenti e da implementare nel futuro prossimo:

Ripresa ed incremento delle attività post-covid

Incremento del numero delle linee di attività o di incremento dello spessore tecnico delle stesse, per disponibilità di grandi apparecchiatura all'interno della pianificazione e riqualificazione regionale degli ospedali

Attivazione di nuove aree di assistenza sanitaria

Funzioni tecnico-amministrative imprescindibili;

Nell'ambito del Piano triennale del Fabbisogno sono state valutate altresì le necessità assunzionali già espresse nei Fabbisogni degli anni precedenti- con riproposizione delle unità laddove sussistenti le condizioni e le necessità assunzionali.

Inoltre si evidenzia che l'attuazione di detto Piano triennale dovrebbe comportare - in prospettiva - la riduzione delle prestazioni aggiuntive ad oggi erogate essenzialmente per consentire la copertura dei turni di servizio

Rappresentazione della consistenza del personale al 31 dicembre 2022

DISCIPLINA/QUALIFICA	TEMPO IND. AL 31/12/22	TEMPO DET.AL 31/12/22	incarichi direttore struttura complessa al 31/12/2022
ANATOMIA PATOLOGICA	9		1
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	130	6	2
ANGIOLOGIA	8		
CARDIOCHIRURGIA	14		1
CARDIOLOGIA	47	1	1
CHIRURGIA GENERALE	31	2	2
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	5		1
CHIRURGIA PEDIATRICA	6	3	1
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	12		1
CHIRURGIA TORACICA	9		1
CHIRURGIA VASCOLARE	11		1
DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	2		
DIREZ. MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	8	2	
EMATOLOGIA	15		1
ENDOCRINOLOGIA	3		
FARMACIA OSPEDALIERA	2	1	1

FISICA SANITARIA	1		1
GASTROENTEROLOGIA	16		1
GENETICA MEDICA	6		1
GERIATRIA	1		
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	28		1
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	25		
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	2		
MEDICINA E CHIR.D'ACCETTAZIONE E URGENZA	29		1
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	5		
MEDICINA INTERNA	49	1	2
MEDICINA LAV. SICUREZZA AMBIENTI LAVORO	3		
MEDICINA LEGALE	2		
MEDICINA NUCLEARE	4		
MEDICINA TRASFUSIONALE	14		1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1	1	
NEFROLOGIA	11		1
NEONATOLOGIA	4	1	1
NEUROCHIRURGIA	12		
NEUROLOGIA	16		1
NEURORADIOLOGIA	1		
ODONTOIATRIA	2	1	
OFTALMOLOGIA	12		
ONCOLOGIA	13	1	1
ORGANIZZAZ. DEI SERV. SANITARI DI BASE	1		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	1	1
OTORINOLARINGOIATRIA	13		1
PATOLOGIA CLINICA(LAB.AN.CHIM.CL.MICR.)	10	11	
PEDIATRIA	20	2	1
RADIODIAGNOSTICA	52		2
RADIOTERAPIA	6		
REUMATOLOGIA	6		
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	4		
UROLOGIA	8		1
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	106	16	
ASSISTENTE RELIGIOSO	6		

ASSISTENTE TECNICO	10		
AUSILIARIO SPECIALIZZATO SERVIZI SOCIO SANITARI	33		
AUSILIARIO SPECIALIZZATO SERVIZI TECNICO ECONOMICI	2		
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	48		
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	1		
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	75		
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE SENIOR	2		
COLLABORATORE PROFESSIONALE ASSISTENTE SOCIALE	1		
CPS - AUDIOMETRISTA -	2		
CPS - DIETISTA -	10		
CPS- FISIOTERAPISTA -	43	1	
CPS - INFERMIERE -	1778	18	
CPS - INFERMIERE PEDIATRICO -	8		
CPS - LOGOPEDISTA -	1		
CPS - MASSAGGIATORE NON VEDENTE	2		
CPS- ODONTOTECNICO -	1		
CPS - ORTOTTISTA -	2		
CPS - OSTETRICA -	45		
CPS - TECN. FISIOP. CARD. PERFUS. CARDIOV.	12		
CPS - TECNICO DELLA PREVENZ. AMBIENTE LUOGHI LAVORO	1		
CPS - TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA -	4	2	
CPS- TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMED.	114	4	
CPS - TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA -	98	4	
CPS SENIOR - FISIOTERAPISTA	3		
CPS SENIOR - INFERMIERE	70		
CPS SENIOR - OSTETRICA	2		
CPS SENIOR - TECN.PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE	1		

CPS SENIOR - TECNICO SANIT. LABORATORIO BIOM.	8		
CPS SENIOR - TECNICO SANIT. RADIOLOGIA MEDICA	5		
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	3		
COMMESSE	14		
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	10	2	5
ANALISTA	2		
AVVOCATO	3		
BIOLOGO	49	8	
CHIMICO	1		
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITRIE			1
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AREA DELLA RIABILITAZIONE	2		
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITRIE OSTETRICHE	1		
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AREA PREVENZIONE	1		
FARMACISTA	8	1	
FISICO	6		
INGEGNERE	2		1
PSICOLOGO	5		
OPERATORE SOCIO SANITARIO	23	49	
OPERATORE TECNICO	150		
OPERATORE TECNICO ADD. ASSISTENZA	18		
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	27		
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO SENIOR	14		
PROGRAMMATORE	8		
PUERICULTRICE	1		
Totale complessivo	3543	139	39
TOTALE	3721		

Riveste particolare interesse della Direzione Aziendale il potenziamento dei profili tecnici/informatici attesa la strategicità che riveste la struttura informatica e l'ingegneria nell'accompagnare i processi di cambiamento, innovazione

---

ed efficientamento e di attuazione del PNRR sia nell'ambito sanitario che amministrativo. In tal senso pertanto si è previsto il reclutamento di n. 5 assistenti tecnici di cui 1 assistente tecnico geometra, 1 assistente tecnico perito industriale e n.3 assistenti tecnici programmatori nonché n. 4 collaboratori tecnici professionali ingegneri .

Si prevede inoltre, di reclutare ai sensi dell'art. 15 septies comma 2 D.Lgs 502/92, un ingegnere informatico con elevate competenze professionali.

Ulteriori considerazioni

Nell'ambito del Piano triennale del Fabbisogno sono state valutate altresì le necessità assunzionali legate alle procedure di stabilizzazioni che si riportano di seguito:

-Stabilizzazioni ai sensi della Madia c. 1: sono stati previsti nel Piano, in quanto in possesso dei requisiti previsti alla data del 31.12.2022, n. 1 assistente amministrativo e n. 1 Collaboratore amministrativo professionale.

-Stabilizzazioni ai sensi della Madia c. 2: sono stati previsti nel Piano, in quanto in possesso dei requisiti previsti alla data del 31.12.2021, n. 1 dirigente Medico Disciplina Cardiochirurgia e n.1 Dirigente Medico Disciplina Anatomia Patologica.

Il personale a tempo determinato ad oggi presente titolare dei requisiti Legge 234/21 alla data del 31/12/2022 è il seguente:

Titolari Requisiti L. 234/2021 art. 1 c. 268 (al 31/12/2022)	n. unità
Dirigente Medico disciplina Anestesia e Rianimazione	2
Dirigente Medico disciplina Medicina Interna	1
Dirigente Medico disciplina Patologia Clinica	4
Dirigente Biologo Patologia Clinica	3
Dirigente Farmacista	1
C.P.S. Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	4
C.P.S. Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	4
C.P.S. Tecnico Sanitario di Neurofisiopatologia	2
Operatore Socio Sanitario	21

Il personale assunto a tempo determinato , titolare dei requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lettera b) della Legge 234/2021 sarà oggetto di specifica proroga fino al 31.12.2023, nelle more delle procedure di stabilizzazione.

Il personale assunto a tempo determinato nelle more della copertura da tempo indeterminato dei corrispondenti posti previsti nel piano del fabbisogno assunzionale è il seguente:

Discipline/Profili professionali	Tempi determinati nelle more concorso (al 31/12/2022)	Di cui unità già titolare Req. L. 234/2021	Di cui unità interessate dal percorso di stabilizzazione anno 2023	Di cui unità interessate dal percorso di stabilizzazione anno 2024
Dir Medico Chirurgia Generale	1			1 (Madia c. 1) Req. maturati nell'anno 2024
Dir Medico Medicina Interna	1	1		
Dir Medico Chirurgia Pediatrica	2			2 (Madia c. 1) Req. maturati nell'anno 2024
Dirigente Farmacista	1	1		
C.P.S. Tecnico Radiologia Medica	3	3		
C.P.S. Tecnico Laboratorio Biomedico	1	1		
C.P.S. Infermiere	14			
O.S.S.	40	12		

Il personale a tempo determinato titolare di contratti attivati per l'esigenza Covid alla data del 31/12/2022 risulta essere il seguente:

Discipline/Profili professionali	Tempi determinati COVID (al 31/12/2022)	Di cui unità già titolare Req. L. 234/2021	Di cui unità interessate dal percorso di stabilizzazione anno 2023	Di cui unità interessate dal percorso di stabilizzazione anno 2024
Dirigente Medico Patologia Clinica	4	4		
Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione	2	2		
Dirigente Biologo Patologia Clinica	8	3		
C.P.S. Tecnico Radiologia Medica	1	1		
C.P.S. Tecnico Laboratorio Biomedico	3	3		
C.P.S. Tecnico Neurofisiopatologia	2	2		
O.S.S.	8	8		
Assistente Amministrativo	17	1 (Madia c 1)		16 (Madia c 1) Req. maturati nell'anno 2024

Sintesi procedure di reclutamento in corso:

PROCEDURE DI RECLUTAMENTO IN CORSO
Concorso per n. 2 Dirigenti Medici disciplina Cardiologia
Concorso per n. 1 Dirigente Medico disciplina Chirurgia Vascolare
Concorso per n. 2 Dirigenti Medici disciplina Chirurgia Pediatrica
Concorso per n. 4 posti di Dirigente Medicodisciplina Neurologia
Avviso pubblico per n 1 Dirigente Ingegnere Informatico (15 septies)
Avviso pubblico per n 12 Collaboratore Professionale Santario Ostetrica/o
Avviso pubblico per n. 2 Collaboratore Tecnico Professionale - Informatico
Avviso pubblico per n. 2 Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere
Avviso pubblico per n. 2 Assistente Tecnico /Perito Industriale
Avviso pubblico DSC UOC Neurochirurgia
Avviso pubblico DSC UOC Neuroradiologia
Avviso pubblico DSC UOC Patologia Clinica
Avviso pubblico DSC UOC Reumatologia
Avviso pubblico DSC UOC Medicina Nucleare
Avviso pubblico DSC UOC Microbiologia e Virologia
UOC Direttore Centro Regionale Trapianti Lazio
Procedura di stabilizzazione per n. 4 Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica (L 234/2021)
Procedura di stabilizzazione per n. 4 Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (L234/2021)
Procedura di stabilizzazione per n. 2 Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Neurofisiopatologia (L 234/2021)
Procedura di stabilizzazione per n. 21 Operatori Socio Sanitari (L 234/2021)
Procedura di stabilizzazione per n. 1 Dirigente Medico disciplina Medicina Interna (L 234/2021)
Procedura di stabilizzazione per n. 2 Dirigente Medico disciplina Anestesia e Rianimazione
Procedura di stabilizzazione per n. 4 Dirigente Medico disciplina Patologia Clinica

Procedura di stabilizzazione per n. 3 Dirigente Biologo disciplina Patologia Clinica
Procedura di stabilizzazione per n. 1 Dirigente Farmacista
Procedura di stabilizzazione per n. 1 Dirigente Medico disciplina Anatomia Patologica (D.Lgs 75/2017 art. 20 co. 2)
Procedura di stabilizzazione per n. 1 Dirigente Medico disciplina Cardiochirurgia (D.Lgs 75/2017 art. 20 co. 2)
Procedura di stabilizzazione per n. 1 Assistente Amministrativo (D.Lgs 75/20017 art. 20 co. 1)
n. 29 Ausiliari Specializzati (Avviamento iscritti Centro per l'impiego)
n. 10 Coadiutore Amministrativo (Collocamento obbligatorio disabili)
Avviso di mobilità nazionale per n. 3 posti di Dirigente Medico disciplina Urologia
Avviso di mobilità nazionale per n. 5 posti di Dirigente Medico disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
Avviso di mobilità nazionale per n.1 posto di Dirigente Amministrativo per la UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane

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

Elenco procedure di reclutamento per le quali SCF è Aggregata a concorsi di altre Aziende	n. unità
CONCORSO PUBBLICO DIR. MEDICO NEUROCHIRURGIA A.O. S. GIOVANNI ADDOLORATA	1
CONCORSO PUBBLICO DIR. MEDICO RADIOTERAPIA A.O. S. ANDREA	1
CONCORSO PUBBLICO C.P.S. INFERMIERE ASL ROMA 2	30
CONCORSO PUBBLICO OPERATORE SOCIO SANITARIO POLICLINICO TOR VERGATA	45
CONCORSO PUBBLICO ASSISTENTE AMMINISTRATIVO ASL ROMA 1	30
CONCORSO PUBBLICO C.P.S. ASSISTENTE SOCIALE ASL ROMA 2	2

---

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

Il Piano triennale riferito al triennio 2021-2023 è stato trasmesso in regione Lazio con nota prot. 41897 del 30/11/2021 e lo stesso è stato oggetto di approvazione con determinazione regionale n. G14246 del 20/10/2022 nella quale si è disposto di considerare come espressione del fabbisogno di personale per l'anno 2021 quello indicato e rappresentato da ciascuna Azienda, con l'espressa previsione che per l'annualità 2022 l'Azienda può procedere esclusivamente nel pieno rispetto dei vincoli economico finanziari e della delibera di Giunta N. 589 del 19/07/2022 e che relativamente all'anno 2023 il piano del fabbisogno è funzionalmente collegato all'approvazione del concordamento di budget per il medesimo anno in materia di programmazione del fabbisogno di personale.

Il Piano triennale riferito al triennio 2022-2024 è stato redatto secondo le Linee guida trasmesse dalla regione Lazio con nota prot. n. U1213568 del 30/11/2022 che prevedono che la predisposizione dello stesso sia basata sulla rilevazione del fabbisogno incrementale rispetto al personale a disposizione alla data del 31.12 dell'anno precedente a quello di riferimento.

Con nota a prot. n. 972 del 10/01/2023 questa Azienda ha trasmesso quindi alla Regione Lazio il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2022-2024, redatto secondo il format regionale, unitamente alla correlata relazione tecnica previa presentazione al Collegio di Direzione e alle OOS dei dati contenuti nello stesso.

Con nota prot. n. U1266918 del 13/12/2022 ad oggetto "Linee Guida per la redazione del Bilancio Economico Preventivo 2023" la Regione Lazio ha comunicato tra l'altro che in questa prima fase, nelle more della definizione del FSR, per questa Azienda il valore da iscrivere per la voce costo del personale non possa superare la somma pari a Euro 234.782.000,00.

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

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

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

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

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

Invecchiamento cronico delle risorse disponibili, con età medie superiori ai 55 anni per i diversi ruoli e profili;

---

In conseguenza dell'invecchiamento, si è determinato un peggioramento delle complessive condizioni di salute del personale dipendente, con riflessi diretti in ordine alla fruizione di specifici benefici di legge (cause di servizio, malattie professionali, legge 104, prescrizioni e limitazioni allo svolgimento di compiti inerenti le mansioni svolte, ...) e quindi sulla percentuale complessiva di assenze, nonché sulla possibilità di utilizzare il personale in servizi con turnazioni in h 24;

Indisponibilità in ragione di quanto esplicitato ai punti precedenti di utilizzo di tutto il personale in aree critiche.

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

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

Tutt'oggi menzione specifica merita la questione delle risorse amministrative, tecniche e professionali di comparto e dirigenza, che proprio in ragione della necessità di dover prioritariamente allocare risorse nelle funzioni direttamente connesse all'assistenza ha risentito in maniera particolare dell'assenza di turnover.

A rendere ulteriormente complessa la situazione è intervenuta la grave situazione di emergenza sanitaria Covid che ha, da un lato, obbligato l'Azienda a dover approntare soluzioni organizzative volte a fronteggiare l'emergenza e, dall'altro, ha inibito per gli anni 2020 e rallentato per l'anno 2021 la possibilità di espletare le ordinarie procedure concorsuali volte al reclutamento di figure professionali necessarie anche all'assistenza.

In appendice è allegato il Piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2022/2024 redatto secondo il format e le indicazioni fornite dalla competente direzione Regionale.

### **3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE**

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

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

Si vuole con ciò garantire tanto l'ambito della Formazione Trasversale/strategica, che supporti i nuovi modelli organizzativi, la promozione dell'interculturalità e l'utilizzo del benchmarking, che la Formazione Specialistica

---

/operativa, volta al miglioramento delle competenze professionali, con criteri evidence-based, ed alla standardizzazione dei percorsi su livelli qualitativi elevati.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'attività formativa nell'Anno in Corso 2022 è stata ancora condizionata parzialmente dall'emergenza COVID e dalla conseguente applicazione delle disposizioni promulgate in materia a livello nazionale, regionale, e dall'AGENAS, nonché dall'impatto assistenziale che la pandemia ha imposto sui servizi sanitari aziendali.

Al termine della fase emergenziale sono ripresi i corsi in presenza e, comunque, in relazione delle disposizioni in merito di Agenas e della Regione Lazio, si è provveduto al mantenimento della tipologia dei corsi formativi in Res-Videoconferenza o in modalità FAD.

### Elenco eventi formativi ECM realizzati

#### AREA DELLA DIRIGENZA

	TITOLO
1	INCONTRI DI FORMAZIONE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA RES
2	S.CAMILLO CONFERENCES RES
3	INCONTRI CONGIUNTI IN CHIRURGIA GENERALE RES
4	NEWS TRASFUSIONALI RES_VIDEOCONF
5	GESTIONE DEL TRAUMA GRAVE: I PRIMI 30' FSC
6	CRITICITA' NELLA PAZIENTE OSTETRICA RES VIDEOCONF
7	DISCUSSIONE CASI..TUMORI APPARATO GI RES-VIDEOCONF
8	CASI CLINICI IN EMATOLOGIA RES-VIDEO
9	AUDIT CLINICO ASSISTENZIALI IN PEDIATRIA RES-VIDEO
10	HOSPITAL MEETING TRASFUSIONALE RES-VIDEO
11	LA PATOLOGIA ONCOLOGICA MAMMELLA RES-VIDEO
12	CASI CLINICI IN ANESTESIA ED AREA CRITICA RES-VIDEO
13	ADVANCED LIFE SUPPORT RES
14	CONFRONTI IN NEONATOLOGIA RES
15	INCONTRI IN CHIRURGIA TORACICA RES
16	EV. INCONTRI DELL'AREA PEDIATRICA 22 RES
17	LA GESTIONE DELLA QUALITA' NEI LABORATORI DI ANALISI RES
18	IL TRATTAMENTO DATI IN AMBITO SANITARIO RES
19	GESTIONE DEL TRAUMA GRAVE: L'IMPORTANZA DELLA PRIMARY SURVEY 4 ED FSC

20	TRAPIANTO DI RENE: INCONTRI MULTISPECIALISTICI 2022 (videoconf)
21	INCONTRI ITINERANTI. LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI
22	SEMINARI LANCISIANI NEUROLOGICI (RES)
23	IL PERCORSO DELLA DONAZIONE D'ORGANI
24	CONSENSO INFORMATO: IL DOCUMENTO DI INDIRIZZO GALLO-MARCELLI
25	EV PBM NELLA AO SCF:NECESSITA', SCELTA, OPPORTUNITA'
26	RUOLO DIAGNOSTICO DEI MARCATORI BIOCHIMICI

#### AREA DEL COMPARTO

	TITOLO
1	BLS-D 2022
2	BLSD non sanitari
3	PBLS-D 2022
4	BLS-D RETRAINING
5	ILS
6	VENTILAZIONE NON INVASIVA (NIV). CORSO BASE SULLA GESTIONE PRATICA DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA IN CORSO DI INFEZIONE DA COVID-19
7	PREVENZIONE E GESTIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO IN OSPEDALE. <b>FAD</b>
8	IL RISCHIO BIOLOGICO, CHIMICO, CANCEROGENO E MUTAGENO( CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI) NELLE ATTIVITA' SANITARIE. <b>FAD</b>
9	LA FIGURA DEL PREPOSTO NEL SISTEMA DI PREVENZIONE AZIENDALE. <b>FAD</b>
10	COVID-19: VESTIZIONE , SVESTIZIONE E USO DEI DPI <b>FAD</b>
11	LA SICUREZZA DEL LAVORO E IL RUOLO DEI DIRIGENTI <b>FAD</b>
12	LAVORO SICURO IN OSPEDALE ( FORMAZIONE GENERALE LAVORATORI ART.37 DGLS 81/2008) <b>FAD</b>
13	LA BRONCOSCOPIA: COMPETENZE E RUOLO DELL'INFERMIERE TRA RIGORE PROCEDURALE, ASSISTENZA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE <b>FAD</b>
14	MANTENIMENTO DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE INTENSIVOLOGICHE PER EMERGENZA COVID-19 - seconda edizione <b>FAD</b>

15	INCONTRI PER LA REVISIONE DEI PROTOCOLLI NUTRIZIONALI SULLA BASE DELLE NUOVE EVIDENZE SCIENTIFICHE
16	IDENTITA' DI GENERE E PERCORSO DI TRANSIZIONE PER LE PERSONE TRANSGENDER
17	LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE NELLA GESTIONE INF. DEL PORT VENOSO E DEL PICC-PORT
18	UP TO DATE IN MEDICINA TRASFUSIONALE : CORSO DI ADDESTRAMENTO PER TSLB
19	UP TO DATE INFERM. SULLA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE IN MED. TRASFUSIONALE
20	APPROPRIATEZZA IN MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA: REQUISITI MINIMI E PERCORSI DI DIAGNOSTICA MOLECOLARE AVANZATA
21	CORSO TEORICO/PRATICO DI ADDESTRAMENTO AL POSIZIONAMENTO DI CATETERI PICC E MIDLINE
22	UP TO DATE INFERMIERISTICI IN AREA CRITICA
23	GESTIONE DEI CVC TIPO PICC NEL PAZIENTE EMATOLOGICO SOTTOPOSTO A CHEMIOTERAPIA E A TRAPIANTO DI CSE: CRITERI DI APPROPRIATEZZA SU IMPIANTO, GESTIONE E RIMOZIONE
24	IL PROGRAMMA PBM PER IL CONTENIMENTO DEI CONSUMI DEGLI EMOCOMPONENTI. RUOLO E COMPETENZE DEL TFPCP
25	PROCEDURA DELL'IGIENE DELLE MANI: CORSO DI ADDESTRAMENTO PER OSSERVATORI
26	LE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITA': IMPLEMENTAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LAZIO DEL SERVIZIO TOBIA E DELLA RETE REGIONALE TOBIA
27	L'IMPORTANZA IN TC DELLA DOSE RADIANTE AL PAZIENTE IN RELAZIONE AL RISULTATO DIAGNOSTICO OTTENUTO
28	LA GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE PORTATORE DI DISPOSITIVO IMPELLA IN UTIC
29	FORMAZIONE AL NUOVO REGISTRO OPERATORIO
30	PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO E PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO. ----- FAD
31	CORSO DI AGGIORNAMENTO SULLE TECNICHE AVANZATE DI POSIZIONAMENTO ACCESSI VENOSI CENTRALI DI TIPO PICC E FICC
32	DIFFERENTI APPROCCI RIABILITATIVI NEL TRATTAMENTO DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA

33	NUOVE COMPETENZE AVANZATE INFERMIERISTICHE PER IL PAZIENTE AFFETTO DA LEUCEMIA ACUTA
34	LA PROGRAMMAZIONE NEUROLINGUISTICA (PNL) NELLE RELAZIONI ASSISTENZIALI E DI TEAM
35	AFFRONTARE IL CONFLITTO IN PS
36	CARTELLA CLINICA INTEGRATA E PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA
37	SOMMINISTRAZIONE IN SICUREZZA: RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA NEL PROCESSO DI TERAPIA
38	CORSO DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) NELLE STRUTTURE SANITARIE
39	MOVIMENTARE PAZIENTI E CARICHI IN OSPEDALE

Oltre ai Corsi sopracitati, svolti in Azienda, la Formazione non trascura di garantire la partecipazione dei dipendenti anche ad iniziative formative esterne, necessarie per il conseguimento di qualificazioni essenziali o competenze di rilevanza strategica, quali, tra quelle già fruite :

- REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI E PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E DI ORGANIZZAZIONE (PIAO)-
- CORSO BASE DI FISIOTERAPIA RESPIRATORIA organizzato dalla ARIR (Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria-
- LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO
- LO SCENARIO E LO STATO DELL'ARTE DEL CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO- PROGETTO BUSSOLA organizzato dal Network Italiano Sanitario
- CORSO DI FORMAZIONE per la Procreazione Medicalmente assistita
- 
- La sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano si completa con la documentazione allegata in appendice al presente Piano, come di seguito riportato:

### **Appendice 3.1 Regolamento Lavoro Agile – Format Accordo individuale**

### **Appendice 3.2 Piano triennale del fabbisogno di personale triennio 2022/2024**

## 4 SEZIONE IV - MONITORAGGIO

### 4.1 MONITORAGGIO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

#### 4.1.1 Il Ciclo di Gestione della Performance

In attuazione del D. Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, così come modificato dal D.L. n.74 del 25 maggio 2017 e s.m.i. e della Legge Regionale n. 1/2011, le delibere CIVIT (ora ANAC) n.105/2010 e n.112/2010 nonché le Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance n. 2/2017 emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica la Direzione strategica aziendale, con l'adozione del Piano triennale della performance 2022 - 2024, dà avvio all'intero ciclo che prevede la successiva emanazione delle linee guida per il processo di budget per l'anno di riferimento e la conseguente contrattazione di budget con tutti i Centri di Responsabilità previsti nel Piano dei Centri di Costo al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione lavorativa, nell'ottica della valorizzazione del merito.



---

#### 4.1.2 Fasi soggetti e tempi del Ciclo di Gestione della Performance

Il processo di negoziazione del budget, misurazione e valutazione è impostato secondo uno schema logico-temporale che prevede le seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- 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 dell'amministrazione, agli organi di controllo, agli operatori coinvolti, nonché ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi attraverso la comunicazione dei documenti e delle diverse fasi sostenute.

Gli attori del ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) sono i seguenti:

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

Sono considerati, inoltre, titolari di budget:

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

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

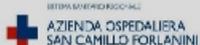
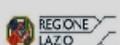
Per il restante personale del Comparto, il processo si realizza attraverso l'assegnazione di obiettivi alla Struttura Organizzativa a cui afferisce lo stesso. Tutto il personale della Struttura concorre al raggiungimento degli obiettivi.

L'Azienda attua il principio della distinzione tra le attività di indirizzo, programmazione e controllo di competenza della Direzione Generale e le attività di gestione di competenza dei Dirigenti nell'ambito delle attribuzioni proprie e delle deleghe ricevute.

Nell'ambito delle funzioni gestionali assegnate e nel rispetto degli indirizzi della Direzione Generale è riconosciuta ai dirigenti autonomia gestionale ed operativa, cui è collegata la diretta responsabilità sui risultati raggiunti.

Tutto il processo, in particolare l'assegnazione degli obiettivi a ciascun Centro di Responsabilità, con i relativi indicatori di misurazione, e, successivamente, il risultato della valutazione sono resi trasparenti attraverso la pubblicazione sul sito aziendale, nella Sezione Amministrazione Trasparente \_ Performance, delle deliberazioni aventi ad oggetto le varie fasi del processo.

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

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

NOTE NEGOZIAZIONE DI BUDGET

Il Direttore Unità Operativa

.....

Direzione Strategica Aziendale

\_\_\_\_\_

Il Direttore del Dipartimento

.....

data...../...../.....

Firma da parte del persona dirigente assegnato alla UU.OO.

Dirigenti

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Coordinatori

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

data...../...../.....

---

### 4.1.3 Cronoprogramma del Ciclo della Performance

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

- 1) definizione entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento del piano triennale aziendale delle prestazioni e dei risultati (performance) da effettuarsi sulla base della programmazione nazionale e regionale, nell'ambito delle risorse disponibili definite dal Bilancio Economico Previsionale Aziendale per l'anno di cui trattasi e successivi aggiornamenti;
- 2) convocazione del Comitato di budget per la definizione con la Direzione Strategica degli obiettivi strategici ed operativi da inserire nell'albero della Performance relativo all'anno di riferimento;
- 3) predisposizione da parte della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione delle Schede contenenti gli obiettivi di performance organizzativa definiti per i Titolari di Macro Struttura (Direttori di Dipartimento e Area) e singole UOC e UOSD afferenti;
- 4) Convocazione del Collegio di Direzione per avvio del Ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) e consegna ai Direttori di dipartimento delle schede sopra riportate relative alla Macro struttura e alle strutture afferenti;
- 5) fase di analisi interna tra il Titolare di Macro Struttura e le rispettive Unità Operative afferenti per la valutazione degli obiettivi presenti nelle schede del Ciclo di gestione da parte dei dirigenti interessati e la formulazione di eventuali controproposte da presentare in sede di negoziazione con la Direzione Aziendale;
- 6) fase di negoziazione finale (ad incontri calendarizzati) tra la Direzione Strategica (con il supporto del Comitato di Budget e della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione) e i Titolari di Macro Struttura (Direttori di Dipartimento e Area) e singole UOC e UOSD afferenti, con sottoscrizione delle schede obiettivi;
- 7) analisi periodica durante l'anno di riferimento dell'andamento dell'attività con evidenza degli scostamenti dagli obiettivi fissati e delle relative criticità;
- 8) a partire dal mese di gennaio dell'anno successivo, consuntivazione/rendicontazione da parte della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione del grado di raggiungimento degli obiettivi dalle strutture aziendali;
- 9) trasmissione della rendicontazione effettuata ai soggetti valutatori (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo) per la valutazione di prima istanza;
- 10) trasmissione alla Struttura Tecnica Permanente, per il tramite della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione, della consuntivazione della valutazione di prima istanza, al fine di consentire all'OIV di effettuare la valutazione di seconda istanza del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- 11) trasmissione da parte della Struttura Tecnica Permanente O.I.V. alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione dei risultati della valutazione di seconda istanza raggiunti nella performance organizzativa;

- 
- 12) predisposizione da parte della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione della Relazione sulla Performance annuale contenente le risultanze del ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati;
  - 13) emissione da parte dell'OIV del documento di validazione della Relazione sulla Performance annuale;
  - 14) entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento deliberazione da parte della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione della Relazione sulla Performance di periodo e trasmissione alla UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane delle risultanze del ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati per i successivi adempimenti liquidatori.

## **4.2 MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

L'attività di monitoraggio sarà eseguita secondo le modalità e la tempistica specificatamente indicate nella Sezione 2.3. Ulteriormente l'esito del monitoraggio relativo all'attuazione del PTPCT 2022 – 2024 è riferita nella relazione annuale del RPCT pubblicata nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente".

## **4.3 MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE**

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

## **4.4 MONITORAGGIO DEL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE**

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

## **4.5 MONITORAGGIO DEL PIANO DELLA TRANSIZIONE DIGITALE**

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

Il Piano della transizione digitale è in fase di lavorazione per la condivisione con la direzione strategica



---

## APPENDICE ALLE SEZIONI

Appendice Sezione 1 – Performance: obiettivi - indicatori – target

1.1 Piano della Performance anni 2023-2025

1.2 Elenco obiettivi e indicatori assegnati alle singole strutture aziendali (UOC/UOSD) nell'anno 2023

Allegati sezione 2.3– Prevenzione della corruzione e trasparenza:

Allegato n.1 Trasparenza - Obblighi di Pubblicazione

Allegato n. 2 Misure Specifiche

Allegato n. 3 Scheda mappatura processi

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

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

Allegato n. 6 Scheda Monitoraggio di II livello

Allegato n. 7 Scheda articolazione strutture sanitarie

Allegato n. 8 Scheda articolazione strutture amministrative

Appendice Sezione 3 – Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Piano delle Azioni Positive (PAP)

3.2 Regolamento Lavoro Agile – Format Accordo individuale

3.3 Piano triennale del fabbisogno di personale triennio 2022/2024