

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE Triennio 2023 – 2025

rev 03.4



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA

SOMMARIO

PREMESSA	3
1 SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1 Denominazione, sede legale, sito web e logo dell'azienda.....	4
1.2 Il contesto esterno	5
1.3 Il contesto interno.....	7
2 SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	10
2.1 Valore pubblico.....	10
2.2 Performance	12
2.2.1 Le politiche e le linee strategiche aziendali per il triennio 2023-2025	13
2.2.2 Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2023-2025.....	47
2.2.3 Il processo di budgeting annuale, valutazione e verifica dei risultati	57
2.2.4 Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale	59
2.2.5 Gli obiettivi assegnati al personale di Comparto	60
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	61
2.3.1 Il contesto Esterno	61
2.3.2 Il contesto Interno	64
2.3.3 Il Responsabile della prevenzione corruzione: funzioni e obblighi	64
2.3.4 I Dirigenti aziendali quali "Referenti" per la prevenzione della corruzione.....	65
2.3.5 Mappatura dei Processi e individuazione delle misure di prevenzione.....	66
2.3.6 Misure per l'abbattimento del Rischio	68
2.3.7 Sezione Trasparenza	73
2.3.8 Piano Triennale delle Attività – Attuazione Misure	74
3 SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	75
3.1 Struttura organizzativa.....	75
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	78
3.2.1 Lavoro Agile: principi e ambito di applicazione	79
3.2.2 Lavoro da Remoto.....	85
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	86
3.3.1 La programmazione strategica delle risorse umane	86
3.3.2 La Formazione del Personale	89
4 SEZIONE 4. MONITORAGGIO	90
4.1 Monitoraggio del valore pubblico e performance	90
4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza.....	93
4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano.....	93
5 ALLEGATI	94

Redatto a cura di:

- U.O.C. Programmazione e controllo di gestione
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
- U.O.C. Politiche e gestione del personale

PREMESSA

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del decreto legge 80/2021 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A. funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento unico di programmazione e governance di durata triennale, con aggiornamento annuale, che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e va presentato entro il 31 gennaio di ogni anno.

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

Con il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) vengono, inoltre, previste innovative misure di semplificazione volte a implementare gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione.

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

Le misure previste dal PNRR, recepite con la Deliberazione della Giunta Regionale Lazio 24 maggio 2022 n. 332, recante l'approvazione del Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo - CIS (Missione 6 - Salute), favoriranno il sistema di integrazione tra le diverse funzionalità dei Sistemi Informativi Regionali.

In particolare, il Piano regionale mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. A tal fine, verranno previsti interventi volti a rafforzare le reti di prossimità, le strutture intermedie e il sistema telemedicina per l'assistenza territoriale, nonché misure finalizzate all'innovazione, alla ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

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

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

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

I SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

I.1 Denominazione, sede legale, sito web e logo dell'azienda

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

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

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

L'indirizzo PEC è: protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it.

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



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



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

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

Quindi con Legge di conversione n. 453 del 3 dicembre 1999 veniva costituita l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, già prevista dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 Luglio 1999 pubblicato in G.U. n. 174 del 27 luglio 1999 quale struttura di rilievo nazionale e di alta specialità e sede della II facoltà di Medicina e chirurgia della Sapienza Università di Roma.

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

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

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

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

1.2 Il contesto esterno

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

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

Gli indicatori demografici delle AASSLL di riferimento evidenziano che il territorio della ASL Roma I è demograficamente senile in relazione al fatto che la natalità e la mortalità decrescono continuamente, determinando proporzioni di popolazione anziana molto alte. L'indice di vecchiaia si è infatti incrementato progressivamente negli ultimi anni e indica che per ogni 100 giovani ci sono 165 anziani, il che conferma l'andamento demografico in atto in tutta Italia e nei paesi occidentali.

La distribuzione per classi di età evidenzia una prevalenza di popolazione delle classi meno giovani, con una percentuale dei 65 e over 65 anni nella Regione Lazio pari al 21,4%, che si alza al 23% analizzando la sola ASL RM-I. L'analisi della mortalità per causa, riferita sempre al territorio dell'ASL RM-I, evidenzia una mortalità più elevata, rispetto a quella rilevata nel Comune di Roma, nei maschi per malattie del sistema cardiocircolatorio, per tumori e per le patologie dell'apparato respiratorio, mentre nelle femmine, accanto alle patologie del sistema cardiocircolatorio e tumorali, emergono le malattie del sistema endocrino e quelle immunitarie.

Per quanto riguarda il territorio della ASL Roma 4, gli indicatori demografici evidenziano una rilevanza significativa della presenza di nuclei di popolazione immigrata, a volte con alte concentrazioni in comuni di piccole dimensioni. Per incidenza percentuale, fra i Comuni che si collocano ai vertici della graduatoria di quelli con il più alto tasso di residenti stranieri, vi sono Rignano Flaminio con il 16,7%, Campagnano di Roma con il 15,9% e Ladispoli con il 15,6%.

Nel periodo 2011-2019, la popolazione di cittadinanza straniera è aumentata del 5,0% in media ogni anno. I cittadini stranieri risultano in crescita in tutte le province, con punte più elevate a Latina (+6,5% in media annua) e Roma (+5,1%).

Gli stranieri hanno un'età media di quasi 10 anni inferiore rispetto a quella degli italiani (36,4 anni contro 46,0 nel 2019). Tra gli stranieri, l'indice di dipendenza, ovvero la quota di popolazione in età non lavorativa (con meno di 15 anni e con 65 anni e più) rispetto alle persone in età da lavoro (15-64 anni) è pari al 25,7%, mentre tra gli italiani è il 59,0%. L'indice di vecchiaia è pari a 32,3% tra gli stranieri e 189,6% tra gli italiani.

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

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

In linea generale, pur essendo l'Azienda classificata come DEA di 1° livello, in presenza di pressoché tutte le discipline mediche e chirurgiche, essa assicura l'attività di emergenza-urgenza con livelli di autonomia e di prestazioni quali-quantitative paragonabili a quelli di un DEA di 2° livello, essendo residuale il numero di pazienti che il Sant'Andrea è costretto ad inviare all'hub di riferimento, trattandosi di casi limitati all'ambito pediatrico. Fatta questa necessaria premessa, la tabella seguente descrive, ai sensi della Determina della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328 del 10 febbraio 2022, il ruolo che

l'Azienda assume all'interno delle reti dell'emergenza e delle reti di alta specialità ed indica per ciascuna di esse l'HUB di riferimento.

Nell'ambito di tali reti l'Azienda collabora con le altre aziende sanitarie alla gestione del paziente per garantire la continuità delle cure attraverso percorsi clinico assistenziali definiti dalle direttive regionali e basati sulle migliori prove di efficacia presenti in letteratura.

RETE	RUOLO DELL'AOU SANT'ANDREA	HUB DI RIFERIMENTO	TIPO DI HUB
RETE EMERGENZA (DCA 73/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022)	DEA I	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	DEA II
RETE EMERGENZA PEDIATRICA (DCA 73/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022)	SPOKE	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	HUB medico/ neurochirurgico
	SPOKE	IRCCS BAMBINO GESU' (solo per la chirurgia)	HUB chirurgico
RETE CARDIOLOGICA (DCA 74/2010 e DCA 368/2014 rettif. dal DCA 412/2014 e dalle Determinazioni della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e n. G08250/2022)	CEC/CE		Centri Cardio-UTIC-E – Cardiochirurgia (CEC)
RETE CARDIOCHIRURGICA (DCA 74/2010 e DCA 368/2014 rettif. dal DCA 412/2014 e dalle Determinazioni della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G08250/2022 e n. G01328/2022)	CEC (HUB "vicario", turnazione settimanale predisposta da ARES 118)		Centri Cardio-UTIC-E – Cardiochirurgia (CEC)
RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA (DCA 76/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022)	PST	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	CTS
RETE TRAUMA GRAVE PEDIATRICO (DCA 76/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022)	PST-PED	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	CTS-PED
RETE ICTUS (DCA 75/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014 e dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022)	UTN I	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	UTN II
RETE MALATTIE INFETTIVE (DCA 58/2010 rettificato dal DCA 540/2015 e dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021e n. G01328/2022)	DEA con reparto di Malattie Infettive	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	HUB

<p>RETE ONCOLOGICA</p> <p>(DCA 59/2010, rettificato dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021 e n. G01328/2022) È in corso di definizione la rete oncologica regionale in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n.59/CRS/2019. Le reti per patologia ad oggi normate sono volte alla gestione del</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumore della mammella (DCA U00038 del 03/02/2015; DCA U00189 del 31/05/2017 e Det. G16239 del 24/12/2020) - Tumore del polmone (DCA U00419 del 04/09/2015) - Tumore della prostata (DCA U00358 del 28/08/2017) - Tumore del colon e del retto (DCA U00030 del 20/01/2017) 	<p>Centro di Senologia</p> <p>Centro di riferimento</p> <p>Centro Diagnosi e Centro Trattamento</p> <p>Centro di Endoscopia, Centro di Trattamento Colon e Retto</p>		
<p>RETE MALATTIE RARE</p> <p>(DCA n. U00413/2017, DCA n. U00063/2018, Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021 e n. G01328/2022). L'AOU Sant'Andrea è definito Istituto con presenza di Presidi che afferiscono ad un Centro collocato presso il Policlinico Umberto I e gestisce 12 Centri, 56 codici di esenzione e 154 malattie/gruppi</p>	<p>coordinamento dei Centri di propria afferenza e interfaccia con il livello regionale</p>		
<p>RETE TRASFUSIONALE</p> <p>(DCA U00207 del 20.06.2014, Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022). L'AOU Sant'Andrea ospita il Centro Regionale Sangue</p>	<p>Servizio di Immunoematologia e Medicina TrASFusionale</p>	<p>P.O. SAN FILIPPO NERI</p>	<p>SIMT AREA DI PRODUZIONE</p>

Legenda:

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

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

CEC/CE= Presidi ospedalieri dotate delle strutture di: a. Cardiologia e UTIC con personale dedicato h24; b. Emodinamica Interventistica h24 e servizio di elettrofisiologia/elettrostimolazione; c. Cardiocirurgia e Rianimazione cardiocirurgica; d. Chirurgia Vascolare.

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

CTS = Centro traumi di alta specializzazione (HUB)

1.3 Il contesto interno

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

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

Ai fini dell'erogazione del servizio assistenziale, in base al Decreto del Commissario ad Acta n. 368/2014 in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, così come aggiornato dal Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 (di cui alla DGR n. 406/2020) e dalla Deter. regionale 18 febbraio 2022, n G01328 "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015", l'Azienda dispone di n. 460 posti letto per acuti,

di cui 421 posti letto destinati ai ricoveri a ciclo continuo e 39 ai ricoveri a ciclo diurno, articolati per specialità come indicato nella suddetta Determinazione e riepilogato nella tabella seguente.

AFO	COD DISC	DESCRIZIONE DISCIPLINA	ORD	DH	TOT
1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		20	20
	08	CARDIOLOGIA	18		18
	18	EMATOLOGIA	11		11
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE	4		4
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	10		10
	26	MEDICINA GENERALE	36		36
	29	NEFROLOGIA	8		8
	32	NEUROLOGIA	14		14
	40	PSICHIATRIA	16		16
	58	GASTROENTEROLOGIA	16		16
	61	MEDICINA NUCLEARE	3		3
	64	ONCOLOGIA	12		12
	68	PNEUMOLOGIA	16		16
96	TERAPIA DEL DOLORE	1		1	
Sub-Totale			165	20	185
2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	14		14
	09	CHIRURGIA GENERALE	56		56
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	4		4
	12	CHIRURGIA PLASTICA	6		6
	13	CHIRURGIA TORACICA	23		23
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	14		14
	30	NEUROCHIRURGIA	14		14
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30		30
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	5		5
	43	UROLOGIA	14		14
98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		16	16	
Sub-Totale			180	16	196
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	30		30
	50	UNITA' CORONARICA	6		6
	51	ASTANTERIA/ BREVE OSS./ MEDICINA D'URGENZA	14		14
	UTN	UTN	6		6
Sub-Totale			56	0	56
4-MP	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		1	1
	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	12		12
	39	PEDIATRIA	8	2	10
Sub-Totale			20	3	23
Totale complessivo			421	39	460

Per l'espletamento dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca l'Azienda provvede con le risorse umane che, suddivise nei diversi profili professionali, ammontano al 01/01/2023 complessivamente a n. 2.008 unità, di cui n. 1.787 dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale e n. 221 dipendenti dall'Università, come rappresentato nella tabella seguente.

Personale	Ospedalieri		Universitari		Totale
	Nr. Maschi	Nr. Femmine	Nr. Maschi	Nr. Femmine	
Dirigenza Medica	134	192	115	46	487
Dirigenza Sanitaria	3	22	2	6	33
Dirigenza Amministrativa	7	5	0	0	12
Dirigenza Professionale	2	1	0	0	3
Dirigenza Tecnica	1	0	0	0	1
Comparto Sanitario	289	726	10	31	1.056
Comparto Tecnico	91	107	1	2	201
Comparto Professionale	2	0	0	0	2
Comparto Amministrativo	69	136	2	6	213
Totale	598	1.189	130	91	2.008

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

1. il Direttore Generale
2. il Collegio Sindacale
3. l'Organo di Indirizzo
4. il Collegio di Direzione.

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

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

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

L'Organo di indirizzo è organo collegiale dell'Azienda. Esso, come individuato dall'art. 4 del D.Lgs. n. 517/99, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 517/99, ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e di verificare la corretta attuazione degli obiettivi stabiliti da Regione ed Università e dalla programmazione delle attività. L'Organo di indirizzo è costituito da cinque membri, nominati con atto del Presidente della Giunta regionale.

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

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

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

2 SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

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

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

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

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

In qualità di Azienda integrata ospedaliera universitaria di cui all’art. 2, commi 1 e 3, del D.Lgs. n. 517/99, l’Azienda vuole essere il luogo dove si realizza una stretta integrazione e sinergia tra le attività di ricerca e di didattica proprie dell’Università e quelle assistenziali e di efficienza gestionale proprie delle aziende sanitarie, riconoscendo l’inscindibilità delle tre funzioni (didattica, ricerca e assistenza) prevista dal predetto Protocollo d’Intesa Regione/Università, nonché sancita dalla Corte Costituzionale e dal Piano Sanitario Nazionale con riferimento alle attività istituzionali delle facoltà di Medicina e chirurgia.

La formazione degli operatori sanitari, dei medici e dei medici specialisti rappresenta un’attività istituzionale e una modalità di esercizio dell’attività assistenziale. Le strutture assistenziali sono il luogo in cui si svolge l’attività di ricerca sia biomedica che clinica e l’Azienda favorisce lo svolgimento di queste attività anche da parte del personale medico ospedaliero. L’Azienda favorisce, altresì, la ricerca e l’innovazione organizzativa quali strumenti di crescita del sistema di tutela della salute e di ricerca di nuovi modelli assistenziali.

La *mission* dell’Azienda consiste nell’individuazione ed erogazione dei più elevati livelli di risposta al bisogno di salute della persona attraverso un modello organizzativo-assistenziale sostenibile, che coinvolga in maniera inscindibile sia l’attività di ricerca, tesa al costante progresso delle conoscenze mediche e biomediche, sia l’attività didattica, strumento essenziale per la formazione e il miglioramento delle competenze degli operatori sanitari e degli studenti.

In altre parole l’Azienda persegue le seguenti funzioni di Valore Pubblico:

1. funzione assistenziale:
 - attraverso la qualificazione ed il potenziamento dell’offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità sancite in sede di programmazione regionale e compatibilmente con le risorse disponibili;
 - attraverso l’innovazione e la differenziazione dell’offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescente e ampliando la gamma delle tipologie di servizio, nel rispetto dei principi di razionalizzazione ed efficientamento dei servizi e della stretta integrazione con la didattica e la ricerca.
2. funzione didattica: l’Azienda è sede di tutti i gradi dell’offerta formativa della Facoltà di Medicina e psicologia;
3. funzione di ricerca: l’Azienda vuole rappresentare il luogo privilegiato per la realizzazione di progetti di ricerca della facoltà di Medicina e psicologia nell’area medica e delle professioni sanitarie, sia sul versante biomedico che su quello della organizzazione dei servizi sanitari, volti a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

Al fine di una concreta realizzazione degli obiettivi di Valore Pubblico, l'Azienda persegue le finalità istituzionali, mediante programmazione attuativa delle indicazioni regionali, nel rispetto dei principi di economicità ed efficienza nella gestione delle risorse, ispirando le sue azioni ai seguenti valori:

- centralità della persona: assumere come riferimento prioritario la centralità della persona intesa come soggetto autonomo, favorendo la sua partecipazione attiva al processo di cura;
- difesa della vita umana nelle sue diverse fasi e il rispetto della libertà di scelta delle cure di ogni persona;
- Equità con imparzialità nella scelta della pratica clinica;
- Uguaglianza di genere, di religione, di condizione socio-economica nell'offerta ed erogazione di opportunità diagnostico-terapeutiche e assistenziali;
- Competenza e professionalità di tutti gli operatori che rispondono con appropriatezza ed efficacia in ogni situazione;
- Sicurezza delle cure, adottando tutte le misure necessarie per evitare effetti collaterali;
- Lealtà di tutti i dipendenti dell'organizzazione verso la mission, la vision, i valori e gli obiettivi dell'Azienda;
- Efficienza nell'adottare le misure organizzative e nell'impiegare le risorse disponibili su evidenze di sanità pubblica;
- informazione e comunicazione: incrementare la qualità e l'efficacia delle comunicazioni al fine di promuovere una cultura dell'informazione sanitaria che, coinvolgendo le comunità, le organizzazioni sociali e di volontariato, consenta al cittadino una concreta libertà di cura;
- tempestività della cura: monitorare e garantire tempi d'attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche che non inficino l'efficacia delle stesse, anche attraverso lo sviluppo di risposte alternative o complementari al ricovero ordinario, quali il day hospital e il day surgery;
- performance e qualità: formulare linee guida ed indicatori, anche di esito, di valutazione e monitoraggio delle attività, dei percorsi clinici e della soddisfazione dei cittadini/utenti;
- sicurezza e salute sul lavoro: assicurare le migliori condizioni di sicurezza, mediante un modello di governance della sicurezza nella prestazione dei servizi e delle attività cliniche, per l'utenza, il personale ed i soggetti in formazione, in grado di diffondere la cultura del lavoro sicuro e rispettoso dell'ambiente quale elemento essenziale per una sanità di valore;
- valorizzazione professionale: sviluppare adeguata offerta formativa al fine di valorizzare e potenziare il patrimonio professionale esistente e le potenzialità individuali, promuovendo lo sviluppo del senso di appartenenza e condivisione dei valori aziendali da parte del personale;
- etica della responsabilità: richiamare tutti al valore etico del lavoro in sanità, assumendosi le responsabilità derivanti di fronte al cittadino-utente, all'azienda cui si appartiene e alla società;
- integrazione: promuovere l'integrazione tra le unità organizzative e sostenere il lavoro di gruppo multidisciplinare e multiprofessionale;
- innovazione: favorire procedure gestionali innovative e tecnologie che consentano di coniugare la qualità delle prestazioni ad un razionale ed efficace uso delle risorse economiche, strumentali e professionali;
- concertazione: collaborare ed adottare il metodo del confronto con le organizzazioni sindacali, di volontariato, di promozione sociale e di tutela dei diritti degli utenti;
- sostenibilità ambientale: adottare politiche e promuovere programmi per l'utilizzo di energie pulite e per l'efficientamento energetico finalizzate ad un modello di ospedale a basso impatto ambientale;
- trasparenza nell'attività amministrativa, informando correttamente e completamente i diversi soggetti pubblici e privati, nonché nella pratica clinica, fornendo sempre al cittadino degli effetti delle cure e dell'assistenza.

2.2 Performance

La Pianificazione Strategica è il processo mediante il quale la Direzione Strategica definisce nel medio/lungo periodo gli obiettivi dell'Azienda, indicando i mezzi, gli strumenti e le azioni per raggiungerli.

Gli obiettivi strategici e operativi vengono definiti e raccolti in un unico documento, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), introdotto dall'articolo 6 del Decreto Legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, nella presente sezione "Performance".

Tale ambito programmatico viene predisposto secondo le logiche di performance management, in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009, novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 e della Legge Regionale n. 1/2011, e ha la finalità di definire e realizzare un completo "Ciclo della Performance" all'interno delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere che permette di perseguire un costante miglioramento e una progressiva ottimizzazione della produttività del lavoro e di efficienza e trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha sviluppato il Ciclo della Performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della Mission Aziendale.

Lo strumento che dà avvio al Ciclo della Performance è la pianificazione triennale della performance, che consente di determinare ed esplicitare gli obiettivi da perseguire nel triennio, individuati sulla base delle istanze dei cittadini e delle direttive nazionali e regionali vigenti, considerando l'assetto organizzativo definito, le risorse aziendali disponibili e le esigenze di innovazione, sviluppo e valorizzazione dei servizi sanitari, tecnici e amministrativi.

Il Piano triennale individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni e dei risultati dell'Azienda, costituendo la piattaforma programmatica da cui discenderà il Processo di Budget annuale, quale strumento operativo di condivisione degli obiettivi strategici e operativi e di responsabilizzazione dei direttori delle articolazioni organizzative aziendali, con il fine di assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità della sua rappresentazione agli stakeholders (clienti interni ed esterni, ASL e Regione Lazio), nonché l'attendibilità della stessa misurazione.

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

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

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

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi, attraverso la Relazione Annuale sulle Performance.

I vantaggi per l'organizzazione sono:

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

2.2.1 Le politiche e le linee strategiche aziendali per il triennio 2023-2025

Per l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea il Piano Strategico triennale costituisce l'ambito di elaborazione di una visione, di un orizzonte di riferimento a cui tendere, che produce quella necessaria ambizione che alimenta lo slancio all'azione organizzativa nell'ambito della quale sono state valutate le esigenze e i bisogni di salute con le potenzialità interne, nel rispetto degli indirizzi e spazi strategici, definiti a livello nazionale e regionale.

Con il Piano Strategico triennale, L'Azienda quindi ha deciso di misurarsi, nell'ambito di un percorso complesso ma necessario, nella predisposizione partecipata di un documento che consentisse, in modo strutturato a livello metodologico, di definire, attraverso una serie di decisioni e obiettivi strategici tra di loro tutti collegati e rispetto ai quali sono state verificate la coerenza e la compatibilità, la propria identità declinata in sette principali politiche e linee strategiche, nell'ottica di garantire ai cittadini un'offerta sanitaria e sociosanitaria qualitativamente e quantitativamente più adeguata e diretta a soddisfare i reali bisogni di salute degli assistiti quale risultato atteso della strategia aziendale.

Il Piano Strategico triennale definisce obiettivi e azioni, tradotti in politiche e linee operative, e un modello di assetto organizzativo che consente di raggiungerli e sostenerli nel tempo con degli aggiornamenti annuali, definiti e condivisi con la Regione nell'ambito degli strumenti di programmazione e tenendo conto delle risorse a disposizione. In questo senso, il Piano vuole essere lo strumento di riferimento principale nella gestione del processo di riorientamento strategico-operativo e di cambiamento organizzativo dell'Azienda: costituisce l'indirizzo da seguire ma anche l'avvio dell'azione coordinata dell'insieme dei meccanismi operativi a livello aziendale, che devono accompagnare e misurare l'azione sviluppata nelle single aree aziendali interessate dal cambiamento che viene declinato – nel dettaglio e lungo tutto il percorso – nell'ambito delle politiche e linee operative descritte di seguito.

Il modello e la metodologia che la Direzione Strategica intende perseguire si colloca nel più generale e dinamico quadro di intesa con Sapienza Università di Roma e prevede la condivisione e la diretta partecipazione della componente multi-professionale e multi-disciplinare aziendale nell'ambito di diversi Gruppi di Lavoro, strutturati sulla base del principio dell'inclusione e del coinvolgimento professionale, descritti più estesamente nella politica numero cinque "Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura", che hanno già cominciato a sviluppare e a tradurre, negli ambiti di rispettiva competenza, le politiche aziendali in progetti e obiettivi da perseguire secondo una precisa pianificazione.

All'interno dei seguenti capitoli, nei quali vengono sviluppate le singole politiche aziendali, si riporta anche un quadro sintetico delle attività di analisi, valutazione e sviluppo delle azioni di attuazione delle politiche stesse, condotte all'interno dei gruppi di lavoro, seppur in fase di continuo aggiornamento e revisione.



I. OSPEDALE SICURO, FLESSIBILE E SOSTENIBILE

Le strutture sanitarie hanno affrontato enormi sfide a causa dell'epidemia di COVID-19. In tutto il mondo, i piani d'emergenza sanitari nazionali hanno faticato a far fronte all'impatto sulla salute della popolazione della pandemia COVID-19, con gli ospedali e i sistemi di terapia intensiva che hanno spesso ceduto sotto pressioni straordinarie.

In Italia è stata evidenziata una scarsità di posti letto ospedalieri, in particolare di area critica, e la necessità di intervenire, anche in relazione alle continue e progressive innovazioni delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, delle tecniche chirurgiche mini-invasive e robotiche, all'introduzione di nuovi farmaci e all'esigenza di potenziare i servizi territoriali e l'integrazione di questi con le attività ospedaliere, rende necessario sviluppare politiche e azioni sul piano strutturale e sul piano organizzativo cui i finanziamenti del PNRR rispondono secondo i principi definiti nel Regolamento che istituisce il dispositivo per la ripresa e resilienza (Regolamento RRF, UE 2021/241), in linea con i sei pilastri dello strumento di finanziamento Next Generation EU (NGEU).

Il PNRR si struttura lungo tre assi strategici: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale. Il Piano, il cui orizzonte temporale è il 2021-2026, comprende investimenti e riforme volti a rilanciare la crescita del Paese e rappresenta un'opportunità per modernizzare la pubblica amministrazione, rendere più efficiente il sistema giudiziario, rafforzare il sistema produttivo e ridurre la povertà, l'esclusione sociale e le diverse dimensioni della disuguaglianza.

Il Decreto-Legge 34/2020 convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», è finalizzato ad un complessivo rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue diverse articolazioni, territoriale ed ospedaliera, al fine di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche, quale quella da COVID-19 in corso. Esso prevede, quindi, un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione con un aumento strutturale sul territorio nazionale di posti letto di terapia intensiva (per arrivare allo standard di 0,14 posti letto per 1.000 residenti) e di area semi-intensiva (mediante riconversione di posti letto di area medica per acuzie con uno standard dello 0,07 per 1000 residenti e convertibili al 50% in posti di terapia intensiva), un aumento della dotazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti COVID-19, e un consolidamento all'interno delle strutture sanitarie della separazione dei percorsi di accesso e cura.

La Regione Lazio ha adeguato la propria programmazione ospedaliera come da DL 34/2020 con il DCA n.96 del 21 luglio 2020, aggiornato con DGR 671 del 06/10/2020.

La politica dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea intende sviluppare progetti e azioni in tema di sicurezza, flessibilità e sostenibilità, declinata nei seguenti punti:

- Programmi di adeguamento della struttura per la risposta alla complessità della casistica
 - o Programma di ampliamento della struttura,
 - o Organizzazione delle piastre di ricovero per l'adeguamento dei volumi ad intensità di cure.
- Sicurezza
 - o Adeguamento antisismico,
 - o Applicazione normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro,
 - o Adeguamento antincendio.
- Sostenibilità energetica e Ospedale Green
- Viabilità e accessibilità dei luoghi
- Facilità all'orientamento – wayfinding,
- Riorganizzazione e/o progettazione degli spazi per il benessere del personale
 - o Sicurezza degli operatori: programma, per l'adeguamento strutture in applicazione della Legge n. 113/2020,
 - o Progettazione e organizzazione degli spazi per il miglioramento delle condizioni lavorative degli operatori, inclusa la realizzazione di una nuova palazzina per le strutture di supporto amministrativo.
- Flessibilità
secondo un modello di assistenza basato sulla modularità e tempestiva adattabilità alle variazioni della domanda e delle esigenze, fornendo una soluzione efficiente e altamente mirata alle possibili e diverse esigenze sanitarie che possono presentarsi.
 - o Adattamento degli scenari ad impatti rapidi: atti di riorganizzazione del piano pandemico,
 - o Service design e ottimizzazione delle piastre produttive.

Nell'ambito della politica "Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile", il contributo del gruppo di lavoro "progettazione per lo sviluppo strutturale, impiantistico e tecnologico" ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Valutazione di fattibilità in relazione alla proposta di utilizzo degli spazi ospedalieri nel rispetto dei percorsi organizzativi, degli standard di sicurezza e della migliore distribuzione delle funzioni relativamente al piano terra dell'ospedale;
- Valutazione e progettazione di spazi commerciali;
- Identificazione delle attrezzature necessarie ad ulteriori sviluppi infrastrutturali;
- Individuazione delle risorse economiche con riferimento alle coperture necessarie;
- Istituzione di un organismo per la valutazione dei requisiti strutturali e organizzativi sanitari per la salute e sicurezza nel lavoro (RTSO).

Il gruppo di lavoro "prevenzione e riduzione del Rischio Clinico, controllo dei processi /percorsi e valutazione degli esiti" ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Aggiornamento DVR e DUVRI;
- Realizzazione di un modello per la valutazione integrate del Rischio;
- Formazione integrata e partecipata;

- Sviluppo dei PDTA che abbiano anche una struttura per il monitoraggio degli esiti con la loro informatizzazione;
- Verifica degli esiti dei monitoraggi infettivi in tutti gli ambiti e programmazione, se necessario, di interventi.

Nell'ambito dei programmi di ampliamento della struttura ospedaliera, si distinguono nei paragrafi seguenti gli interventi che sono oggetto di specifici finanziamenti dagli interventi ancora in fase di programmazione.

a. INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA FINANZIATI

I numerosi progetti di ampliamento e riqualificazione edilizia in corso di realizzazione o in fase di pianificazione, vengono presentati di seguito, secondo le principali fonti di finanziamento.

I. Finanziamento Legge n. 448/1999, art. 71 - Importo: € 17.556.000,00

Ampliamento Complesso Ospedaliero, stralcio HI Sud, H3 e T

Per la nuova area prospiciente l'attuale struttura ospedaliera è in atto il percorso tecnico amministrativo per procedere alla rimodulazione funzionale di alcune aree di cui al progetto esecutivo per la realizzazione dei lavori di ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea, relativi allo stralcio funzionale HI Sud, stralcio funzionale H3 e stralcio funzionale T approvato con deliberazione n. 33 del 17/01/2020 trasmesso alla Regione Lazio con nota prot. n. 1184 del 21/01/2020. In data 29/09/2022 con delibera n. 1110 è stata approvata la perizia di variante.

Rif	Descrizione
	Piano S1
A1	BLOCCO PARTO
A2	AREA PRONTO SOCCORSO OSTETRICO E GINECOLOGICO
A3	TRIAGE PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO
	Piano Terra
A4	AREA AMBULATORIALE PIANO TERRA EST (18)
A5	AREA AMBULATORIALE PIANO TERRA OVEST (14)
A6	AMBULATORIO CHIRURGICO PIANO TERRA OVEST
	Piano 1
A7	OSTETRICIA E GINECOLOGIA 1° p - Ovest
A8	NEONATOLOGIA 1° Piano Est (6 p.l SI)
A9	PEDIATRIA 1° Piano est - 12 P.L.
A10	PS PEDIATRICO 1° piano est

In relazione alla nuova rimodulazione architettonica è stato inviato in Regione Lazio lo studio di fattibilità per l'acquisizione di apparecchiature ed attrezzature sanitarie da destinare alle nuove aree sanitarie che saranno realizzate nell'ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea.

La richiesta dell'importo complessivo da assegnare per l'attuazione del predetto studio è pari a complessivi € 7.370.945,60, compreso le somme a disposizione per gli oneri accessori.

Le opere edili impiantistiche per la variante architettonica di cui alla delibera n. 1110 del 29/09/2022 prevede un ulteriore importo di € 1.885.665,88.

Riepilogo importi in attesa di assegnazione di finanziamento:

DESCRIZIONE	IMPORTI
OPERE EDILI ED IMPIANTI	1.885.665,88
ATTREZZATURE SANITARIE	7.370.945,60
	9.256.611,48

CRONOPROGRAMMA:

Inizio lavori il 13/09/2021.

Fine lavori il 28/02/2024.



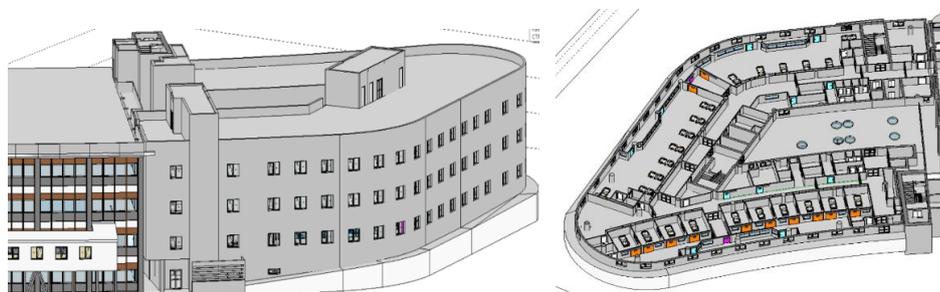
2. Finanziamento: D.G.R. n. 671 del 06/10/2020 - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, ai sensi dell'art.2 del D.L. 34/2020.

Sono previsti i seguenti 3 interventi:

n. 2 interventi per la realizzazione dell'ampliamento di funzioni sanitarie presso l'area OVEST dell'Ospedale Sant'Andrea:

- Realizzazione di n. 10 posti letto di Terapia Intensiva.
- Realizzazione di n. 14 posti letto di Terapia Sub-Intensiva.

n. 1 intervento per l'adeguamento delle aree dedicate al percorso del paziente con sospetto di CoViD-19 presso l'attuale area FAST del Pronto Soccorso.



Dettaglio del quadro economico e area degli interventi:

Descrizione	Int. 1 - T.I. 10pl	Int. 2 - S.T.I. 14pl	Int. 3 - Area Emergenza
lavori	€ 1.297.650,45	€ 2.671.889,86	€ 158.884,98
apparecchiature	€ 717.228,56	€ 600.000,00	€ 155.658,07
altro	€ 239.500,89	€ 391.204,55	€ 56.873,39
iva	€ 327.126,58	€ 399.188,99	€ 61.125,38
	€ 2.581.506,48	€ 4.062.283,40	€ 432.541,82
Completivo	€ 7.076.331,70		

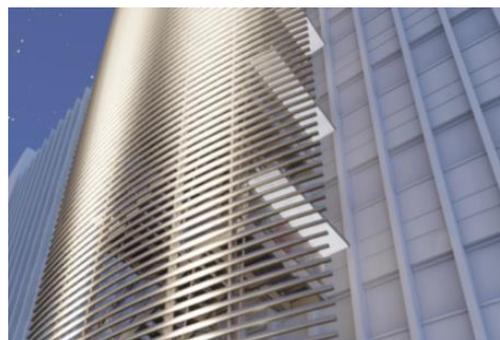
CRONOPROGRAMMA:

Descrizione Intervento	Inizio Intervento	Fine Intervento
Realizzazione di n.10 Posti Letto di Terapia Intensiva al	30/05/2022	31/03/2024
Realizzazione di n.14 Posti Letto di Terapia Sub Intensiva	30/05/2022	31/03/2024
Adeguamento delle aree dedicate al percorso del paziente sospetto Covid	30/03/2022	31/03/2023

3. Finanziamento: D.G.R. n. 861/2017 – Scheda 80 - Piano antincendio dell'Ospedale Sant'Andrea

L'intervento previsto, di particolare complessità strutturale già approvato dal genio Civile della Regione Lazio, prevede la realizzazione delle scale di sicurezza esterne del corpo torre dell'Ospedale Sant'Andrea:

- n. 1 scala dal piano 10 al piano 1 lato est;
- n. 1 scala dal piano 10 al piano 1 lato ovest;
- n. 1 scala dal piano 1 al piano S1 lato est.



Dettaglio del quadro economico e area degli interventi:

DGR 861/2017- SCHEDA 80	
A)	LAVORI A BASE D'ASTA
A1	Importo lavori € 1.573.929,88
A2	Costi della sicurezza € 315.000,00
A3	Totale lavori € 1.888.929,88
A4	Importo complessivo € 1.888.929,88
B)	SOMME A DISPOSIZIONE
B1	Incentivi art. 113 D.Lgs. 50/2016 (2,00*0,6% importo lavori) € 22.667,16
B2a	Lavori a fattura perspostamenti sottoservizi/attrezzature in copertura € 8.000,00
B2b	Imprevisti € 129.181,27
B3	Prog. definitiva, esecutiva, coord. sicurezza in fase di prog. € 57.359,40
B4	Direzione lavori, coord. sicurezza in fase di esecuzione € 56.100,73
B5	Collaudatore € 15.488,93
B6	Spese di gara e generali € 5.000,00
B7	Iva 10,00% su lavori € 188.892,99
B8	Iva 10,00% su B2 € 13.718,13
B9	C.N.P.A.I.A. 4,00% (su spese tecniche) € 5.157,96
B10	Iva 22,00% (su spese tecniche e C.N.P.A.I.A.) € 29.503,54
B11	Iva 22,00% (su spese di gara e generali) € 1.100,00
B12	Totale somme a disposizione € 532.170,11
C)	TOTALE PROGETTO € 2.421.100,00

4. Finanziamento: P.N.R.R. – D.G.R. n. 581/2022

LA NUOVA RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Per l'installazione dei due nuovi Angiografi vascolari si è proceduto ad una nuova progettazione dell'area di radiologia interventistica che prevede una nuova distribuzione architettonica dell'intera area con la realizzazione di n. 2 sale angiografiche, area di preparazione e post intervento, locali per servizi complementari.

STATO ATTUALE

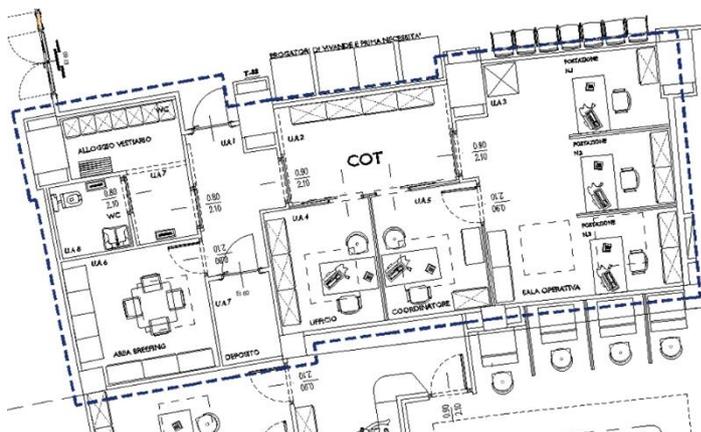


STATO DI PROGETTO



LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale COT dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è prevista al Piano Terra e consta di 150 mq complessivi. Svolge la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei vari setting assistenziali. Oltre ai lavori edili ed impiantistici sono previsti interventi di acquisizioni di Device e sistemi specifici di Interconnessione.

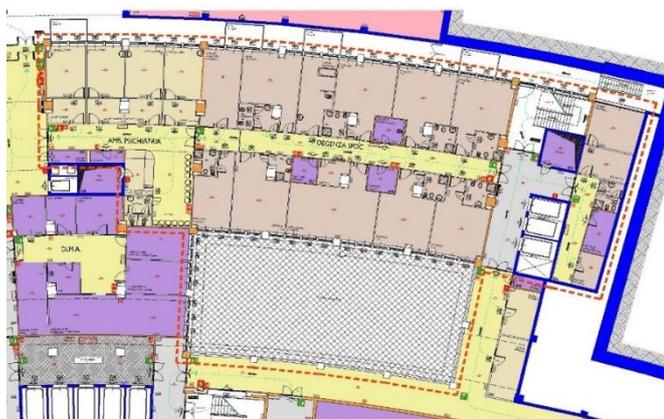


5. Finanziamento: FONDI REGIONALI

MANUTENZIONE STRAORDINARIA REPARTO SPDC

E' prevista l'esecuzione di una manutenzione straordinaria del reparto SPDC al piano S3 del nosocomio, attraverso opere di riqualificazione e di miglioramento del comfort per utenti ed operatori.

Nell'ambito di tale attività, si procederà alla sostituzione degli infissi esterni, con benefici attesi sul benessere termo-igrometrico degli ambienti interni, oltre a performance ulteriori in merito alla sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari.



MANUTENZIONE STRAORDINARIA PRONTO SOCCORSO

E' prevista la Manutenzione Straordinaria del Pronto Soccorso attraverso la realizzazione di un ingresso pedonale e di un'area accoglienza in adiacenza alla camera calda.

Inoltre sarà realizzato l'ingresso preferenziale per i codici rossi garantendo un'accessibilità diretta dall'esterno verso le aree critiche. Costituisce parte degli interventi la realizzazione di ulteriori due box triage e la separazione funzionale delle aree di attesa pre e post triage.



b. INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA IN FASE DI PROGRAMMAZIONE

La Direzione Strategica aziendale ha avviato la programmazione di una serie di interventi edilizi e/o di razionalizzazione dell'allocatione dei reparti di degenza nella logica della flessibilità, sicurezza e sostenibilità degli interventi, condividendone le strategie con Sapienza Università di Roma e con la Regione Lazio, al fine di ottimizzare l'organizzazione dipartimentale e la condivisione delle risorse, di valorizzare la realizzazione di alcuni percorsi assistenziali nell'ambito delle discipline "core" e di risolvere alcune criticità "logistiche", legate ai limiti strutturali dell'edificio originale del complesso ospedaliero.

In questo ambito rientrano i seguenti interventi:

- Progetto per il Centro di diagnosi e cura delle patologie cardiache e cardiocirurgiche.
- Realizzazione di un nuovo Blocco Operatorio, compreso di sala operatoria ibrida.

- Razionalizzazione della distribuzione dei reparti di degenza presso gli emipiani di degenza secondo i seguenti criteri aggregativi, alternativi o complementari tra di loro, cercando di uscire dalla logica del mero accorpamento per specialità:
 - a) per settore nosologico, ossia raggruppamenti in base all'appartenenza ad un'unica categoria nosologica delle patologie trattate;
 - b) per intensità delle cure, ossia in base medesime necessità e complessità assistenziali;
 - c) per organo o apparato;
 - c) per grandi aree specialistiche, ossia raggruppamento in rapporto all'omogeneità delle discipline coinvolte.
- Realizzazione di una nuova Palazzina Amministrativa, al fine di riportare all'interno del complesso ospedaliero le funzioni di supporto e della tecnostruttura, che sono allocate in uffici in affitto presso altro edificio nel quartiere Labaro.
- Realizzazione della sopraelevazione del parcheggio per i dipendenti.

c. DIGITALIZZAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE TECNOLOGIE

I numerosi progetti nell'ambito della digitalizzazione e aggiornamento delle tecnologie in corso di realizzazione o in fase di pianificazione, vengono presentati di seguito, secondo le principali fonti di finanziamento.

I. Finanziamento: P.N.R.R. - DIGITALIZZAZIONE

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sottolinea l'importanza della transizione digitale come uno dei tre assi strategici per la ripresa del Paese a cui contribuiranno a vario titolo tutte le missioni, inclusa la Missione n. 6, dedicata alla salute, che include le seguenti componenti: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale".

La digitalizzazione delle aree di nuova realizzazione, di cui ai finanziamenti DL 34/2020 e Art. 71 della Legge 448/99, è parte integrante della nuova progettualità e sarà attuata mediante i fondi PNRR relativi ad interventi di cui alle DGR 332/2022, 581/2022 e 643/2022.

M6.C2 – 1.1.1. AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO - DIGITALIZZAZIONE DEA I e II livello

Scheda 1: importo € 771.641,14

Fabbisogno tecnologie informatiche (HW/SW/SVCS). Hardware per postazioni di lavoro (PC fissi, portatili, scanner, stampanti, etichettatrici, tablet, antenne wi-fi), acquisizione di tablet per la gestione a letto del paziente, postazioni di refertazione Diagnostica per Immagini, Postazioni di Digital Patology, Postazioni su carrello per sale operatorie, etc.

L'intervento rappresenta uno dei fondamentali d'infrastruttura per lo sviluppo della digitalizzazione, la cui realizzazione inizia nel 2023 e prosegue gradualmente nelle annualità 2024 e 2025, secondo la programmazione approvata dalla Regione Lazio.

Scheda 2: importo € 366.270,19

Sviluppo di APP mobile e servizi on line per la fruizione di servizi ed informazioni al cittadino, anche con particolari bisogni (ultrasessantacinquenni e/o fragili), quali APP per l'orientamento sui percorsi di cura e presa in carico per i pazienti e per accompagnatori, con particolare riferimento ai percorsi di Pronto Soccorso e Ricovero, con conseguente allineamento e aggiornamento anche del portale aziendale e Navigazione (modello google maps) all'interno di tutta la struttura AUO Sant'Andrea.

Scheda 3: importo € 599.120,92

Sviluppo di Servizi per l'interoperabilità dei dati sanitari e sviluppo di Interfacce applicative, sistemi di Message Broker e sistemi di Orchestrazione, quali i sistemi d'interoperabilità per l'interscambio dati con Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. L'intervento è collegato adozione nazionale del Fascicolo Sanitario Elettronico nella sua versione c.d. 2.0 e di cui l'11 luglio 2022 sono state pubblicate nella Gazzetta Ufficiale le Linee Guida per l'attuazione, così come previste dal Decreto del 20 maggio 2022.

Al 30/06/2023 si arriverà all'alimentazione del nucleo minimo di dati previsti dal nuovo FSE.

Al 30/06/2024 si arriverà all'alimentazione di tutti i dati previsti dal nuovo FSE.

Scheda 4: importo € 621.693,00

Fabbisogno di ulteriori tecnologie digitali: reingegnerizzazione del network aziendale, cablaggio attivo e passivo dell'ampliamento del Complesso Ospedaliero, stralcio HI Sud, H3 e T (Legge n. 448/1999, art. 71), cablaggio attivo e passivo per la realizzazione di n. 10 posti letto di Terapia Intensiva, n. 14 posti letto di sub intensiva, aree dedicate al percorso del paziente sospetto Covid - attuale area FAST (D.G.R. n. 671 del 06/10/2020) e cablaggio attivo e passivo della COT.

Scheda 5: importo € 211.361,99

Fabbisogno tecnologie informatiche (HW/SW/SVCS) e altri componenti applicativi di base, licenze d'uso e altre licenze software e hardware da acquistare per le tecnologie della categoria postazioni.

Intervento: Sanità Connessa e RANSAN

L'intervento Sanità Connessa prevede la fornitura diretta a seguito di bando Infratel della connettività a banda larga per le strutture sanitarie, mentre l'intervento RANSAN prevede la fornitura diretta da parte della Regione Lazio per il tramite di LAZIOcrea S.p.A. della nuova connessione SPC.

L'intervento prevede la connettività a 10 Gbit/s ridondata verso Big Internet e la connettività a 1 Gbit/s mediante anello in fibra per il collegamento tra AUO Sant'Andrea e Regione Lazio.

La realizzazione della rete Infratel e RANSAN inizierà nel 2023 e proseguirà nelle annualità successive secondo la pianificazione regionale e Infratel nazionale.

Intervento: Strategia Cloud Italia

La Strategia Cloud Italia prevede la migrazione dei sistemi informativi in ambito sanitario (classificati come critici) sul Polo Strategico Nazionale, che ha l'obiettivo di dotare la Pubblica Amministrazione di tecnologie e infrastrutture cloud che possano beneficiare delle più alte garanzie di affidabilità, resilienza e indipendenza.

Il 18/07/2022 è stato sottomesso il questionario AOUSA, predisposto da Autorità nazionale per la cybersicurezza (ACN), con la classificazione dei sistemi in uso.

Entro marzo 2023 tutte le strutture con sistemi classificati «critici» dovranno predisporre il proprio piano di migrazione verso il PSN, per l'adesione al bando con cui verranno finanziati i singoli interventi.

La Strategia Cloud Italia prevede il completo passaggio in Cloud entro il 2026.

Intervento: Piattaforma di Telemedicina Regionale

L'intervento prevede la realizzazione da parte di Regione Lazio di una piattaforma di telemedicina coerente con le linee guida AGENAS in materia.

Si è in attesa delle linee guida di sviluppo da parte del relativo gruppo di lavoro regionale per l'avvio nel 2023 della progettazione regionale e dei primi sviluppi.

Intervento: COT, Telemedicina, device e interconnessione

L'intervento prevede l'acquisto di device per la funzionalità della COT, in conformità con le linee guida emanate dalla Regione Lazio con determina n. G16240 del 24/11/2022 per assicurare l'interoperabilità con la Piattaforma regionale di telemedicina e con gli applicativi aziendali.

Per quanto riguarda l'interconnessione, sarà realizzata una piattaforma unica per la comunicazione tra le COT dell'SSR, mediante adozione di una progettazione omogenea regionale di cui si attendono linee guida in corso di approvazione.

Intervento: Infrastruttura 5G

L'intervento prevede la realizzazione di un impianto DAS per l'erogazione di servizi in rete 5G all'interno della rete dei DEA di I e II livello dell'area metropolitana di Roma e il potenziamento del segnale su tecnologia 4G e inferiori all'interno dell'AOUA.

2. Le nuove tecnologie: gli investimenti programmati nell'ambito dell'ampliamento del complesso ospedaliero, stralcio HI Sud, H3 e T

In relazione alla nuova rimodulazione architettonica è stato inviato in Regione Lazio lo studio di fattibilità per l'acquisizione di apparecchiature ed attrezzature sanitarie da destinare alle nuove aree sanitarie che saranno realizzate nell'ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea.

La richiesta dell'importo complessivo da assegnare per l'attuazione del predetto studio è pari a complessivi € 7.370.945,60 compreso le somme a disposizione per gli oneri accessori.

Le opere edili impiantistiche per la variante architettonica di cui alla delibera n. 1110 del 29/09/2022 prevede un ulteriore importo di € 1.885.665,88.

3. Finanziamento: P.N.R.R. - DGR n. 581/2022

L'utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell'ambito della Missione 6 - Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1 - Sub Investimento 1.1.2: Grandi Apparecchiature Sanitarie prevede per l'Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea n.°19 interventi per un investimento complessivo di € 5.142.400,00:

Descrizione	Q.tà	importo intervento Apparecchiatur a	di cui importo lavori
Tomografo Computerizzato	1	470.000,00	28.493,37
GammaCamera/CT	1	606.500,00	36.300,00
Angiografi Cardiologici	1	316.288,00	175.620,64
Angiografi Cardiologici	1	316.288,00	175.620,64
Angiografi Vascolari	1	346.209,00	145.700,36
Angiografi Vascolari	1	335.049,00	156.860,08
Ecografi	11	729.773,44	-
Telecomandato digitale per esami repar	1	191.165,70	9.360,00
Telecomandato digiatle per esami P.S.	1	191.165,70	9.360,00
SOMMANO		3.502.438,84	737.315,09
SUB TOTALE			4.239.753,93
Iva e oneri accessori			912.646,07
TOTALE INVESTIMENTO			5.152.400,00

4. Le nuove tecnologie: gli altri investimenti programmati

La Direzione Strategica aziendale ha avviato la programmazione di una serie di investimenti riguardante l'acquisizione di apparecchiature e tecnologie interessanti le seguenti aree:

- Area Radiologica, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
 - o Risonanza magnetica 3 Tesla,
 - o Mammografo digitale con sistema stereotassico,
 - o Sistema digitale dedicato per biopsie mammarie con paziente in posizione prona,
 - o Portatile per radiologia digitale,
 - o Spectral TC,
 - o Teleradiografo digitale con detettore diretto,
 - o Telecomandato digitale,
 - o TC Photon counting,
 - o Telecomandato digitale per il Pronto Soccorso.
- Blocchi Operatori, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
 - o Nr. 6 Tavoli operatori mobili a piani trasferibili,
 - o Nr. 8 Tavoli operatori mobili a piani trasferibili per Neurochirurgia, Ortopedia, Cardiochirurgia e Chirurgia Generale,
 - o Nr. 2 Amplificatori di Brillanza digitali,
 - o Nr. 5 Apparecchi per Anestesia.
- Area Ambulatoriale, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
 - o Ecotomografo cardio 3D, per la Cardiochirurgia,
 - o Colonna Endoscopica 3D/4D per la Chirurgia Generale,
 - o Upgrade colonna endoscopica per Chirurgia Generale,
 - o Colonna endoscopica per Chirurgia Toracica,
 - o Ecografo portatile per Chirurgia Vascolare,
 - o Microscopio laser confocale dermatologico,
 - o Nr.3 Elettrobisturi Argon di cui uno completo di idrodissettore per Endoscopia digestiva,
 - o Endomicroscopio confocale laser (CLE) per Endoscopia digestiva,
 - o Sistema per litotrissia ortopedica per Medicina fisica e riabilitazione,
 - o Elettroencefalografo per Neuropsichiatria infantile, Rianimazione e Neurofisiopatologia,
 - o Perimetro oftalmico perimetria statica per Oculistica,
 - o OCT per Oculistica,
 - o Tomografo corneale Scheimpflug per Oculistica,
 - o Microperimetro per Oculistica,
 - o Sistema per videoendoscopia interventistica per Pneumologia.

d. PROGETTARE PER I PAZIENTI

L'attenzione alla persona si concretizza anche attraverso l'armonia di un ambiente intenzionalmente pensato per la persona, dove c'è posto e tempo per le relazioni e dove anche la famiglia trova il suo spazio per essere supportata da adeguate iniziative di sostegno e di cura e per essere consapevolmente coinvolta nell'assistenza al paziente.

Il piano prevede di sviluppare strumenti sistemici e progetti specifici applicabili in tutti i punti nodali nella percezione della qualità delle strutture quali il Cup, i Reparti di degenza, gli Ambulatori, il Pronto soccorso e le aree critiche nonché gli spazi esterni, per garantire una assistenza in grado di rispondere ai bisogni del paziente, nel rispetto dei suoi valori e delle sue necessità, con particolare attenzione a:

- I. La comunicazione negli spazi di cura: intesa come efficienza comunicativa nei reparti, la formazione e motivazione del personale, il sistema di accoglienza, l'informazione e il coinvolgimento positivo dei pazienti e di tutti coloro che entrano nell'organizzazione.

2. La progettazione del comfort, inteso come organizzazione di tempi e degli spazi a misura di persona in quanto i colori, gli arredi, i luoghi, i ritmi sono espressioni di un ospedale che esprime l'attenzione alla persona.

2. LA COOPERAZIONE FUNZIONALE TRA AZIENDE

L'applicazione della cooperazione funzionale tra aziende si prefigge l'obiettivo di sviluppare modelli organizzativi e modelli clinico-assistenziali con lo scopo di:

- mantenere la qualità elevata delle prestazioni e garantire maggiore sicurezza nella erogazione delle cure attraverso la concentrazione della casistica per le risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica;
- garantire l'accessibilità a risposte con contenuti clinici avanzati anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione promuovendo al contempo il concetto di prossimità, riducendo ai tempi strettamente necessari la permanenza negli Hub (percorsi facilitanti tra livelli, equipe itineranti, precoce rinvio alle strutture di prossimità);
- raggiungere una flessibilità organizzativa in modo da rispondere proattivamente ai cambiamenti dei bisogni sanitari evitando le duplicazioni delle prestazioni e la sovrapposizione di interventi;
- avere a disposizione un serbatoio di competenze e tecnologie che diventano patrimonio dell'intero SSR che di conseguenza è in grado di fornire risposte di grande valore (value) e di pianificare un recupero di efficienza con investimenti mirati e ottenere possibili risoluzioni a problemi legati alle carenze di dotazione organica/strutturale/diagnostica;
- dare la possibilità agli operatori di aumentare il livello di expertise attraverso il confronto e costituire un serbatoio di competenze tecnico-professionali e organizzative.

a. LA COOPERAZIONE INTER-ORGANIZZATIVA TRA OSPEDALI: AOU SANT'ANDREA E POLICLINICO UMBERTO I

La politica prevede lo sviluppo di una collaborazione tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea e il Policlinico Umberto I per lo sviluppo e la condivisione di competenze e iniziative di sviluppo organizzativo o clinico-assistenziale in diversi ambiti, quali:

- Aggiornamento Protocollo di Intesa
 - o Inserire una previsione per la quale nella definizione delle reti assistenziali non tempo dipendenti e nelle reti di patologia vada prevista una relazione tra le strutture appartenenti alla rete assistenziale di "Sapienza" (gli Spoke della rete Sapienza afferiscono agli HUB della medesima);
 - o Inserire una previsione per la quale devono essere sviluppati e favoriti:
 - Sul versante assistenziale protocolli assistenziali condivisi e PDTA interaziendali,
 - Sul versante tecnico-amministrativo che si sviluppino iniziative funzionali a mettere insieme competenze e soluzioni.
- Aree di collaborazione in ambito assistenziale
 - o Costituzione della rete oncologica o piattaforma oncologica "Sapienza",
 - o Costituzione della piattaforma di genetica (laboratorio + genetica medica) "Sapienza",
 - o Costituzione della piattaforma delle malattie infettive "Sapienza",
 - o Sviluppo di piani comuni e integrati di formazione principalmente rivolti agli ambiti disciplinari oggetto di integrazione.
- Aree di collaborazione in ambito tecnico-amministrativo
 - o Ufficio interaziendale per l'HTA delle tecnologie,

- Sviluppo di soluzioni integrate e innovative per la transizione digitale,
- Sviluppo di piani comuni e integrati di formazione rivolti in particolare al middle management,

b. LA COOPERAZIONE NELLA RETE TECNICO-SCIENTIFICA E FORMATIVA DELLE FACOLTA' DI MEDICINA DI SAPIENZA UNIVERSITA' DI ROMA

La politica prevede il consolidamento e la valorizzazione della cooperazione tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, il Policlinico Umberto I e l'ASL di Latina, attraverso le quali si realizza la rete tecnico-scientifica e formativa delle Facoltà di Medicina di Sapienza Università di Roma, per valorizzare il livello di expertise e le competenze tecnico professionali degli operatori e rendere disponibili, nell'ambito della variegata e completa offerta formativa, un serbatoio di competenze e tecnologie sempre più innovativo e all'avanguardia.

c. LO SVILUPPO DELLE RETI CLINICHE INTERAZIENDALI FUNZIONALI

La politica prevede la stipula di accordi quadro sui percorsi di specialistica ospedaliera tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea e alcune ASL territoriali del quadrante nord per la gestione integrata della casistica secondo i principi di sicurezza, complessità e prossimità.

In corso di formalizzazione le reti cliniche funzionali interaziendali riguardanti i seguenti percorsi:

- Accordo con ASL RM4, riguardante le attività di reclutamento, inquadramento e realizzazione dei percorsi assistenziali di primo, secondo livello e di follow-up nell'ambito della disciplina di Urologia.
- Accordo Rm5, riguardante le attività di reclutamento, inquadramento e realizzazione dei percorsi assistenziali di primo, secondo livello e di follow-up nell'ambito della disciplina di Ortopedia.

3. OSPEDALE SENZA MURI

L'ospedale senza muri disegna un'organizzazione interna sempre più multi-disciplinare e multi-professionale, in cui equipe di professionisti che lavorano per gli stessi obiettivi, condividendo la dotazione di strumenti altamente tecnologici a garanzia della continuità assistenziale intra-ospedaliera e l'integrazione con le ASL territoriali attraverso percorsi strutturati condivisi e formalizzati.

La politica aziendale prevede l'attuazione di una serie di azioni declinate nei seguenti ambiti.

a. L'ORGANIZZAZIONE A RETE DELL'AZIENDA E IL SISTEMA DI NETWORKING PER L'INNOVAZIONE, LA QUALITÀ E L'EFFICIENZA DEI PERCORSI

La realizzazione di un sistema di networking è attualmente uno dei temi centrali della programmazione sanitaria. Negli ultimi anni le organizzazioni in rete sono state promosse come una risposta di forte interesse per affrontare alcune delle preminenti esigenze delle attuali organizzazioni sanitarie. In particolare, le reti vengono giudicate fondamentali per raggiungere obiettivi di qualità e sostenibilità delle cure che altri modelli organizzativi non riescono a soddisfare pienamente.

La frammentazione erogativa conseguente ad un sistema ancora troppo incentrato sull'autonomia programmatoria delle singole unità operative è oggi uno dei principali elementi di criticità dei sistemi sanitari e le reti aziendali sono ritenute la dimensione ottimale nella quale orientare i servizi per rispondere a cluster di pazienti i cui bisogni di salute travalicano la "sfera di azione" di una singola unità operativa.

È necessario potenziare ulteriormente lo sviluppo delle reti passando da una "organizzazione in rete", che si incentra principalmente su un coordinamento tecnico-scientifico e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, ad una "organizzazione a rete", concepita come un insieme di servizi interdipendenti ed in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazione fortemente strutturate.

La Rete deve poter contare su Infrastrutture informatizzate con possibilità di creare un sistema di comunicazione tale da rendere il cittadino/utente parte attiva dei percorsi attraverso l'interazione diretta con i "centri di competenza".

b. ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA OSPEDALIERA E SVILUPPO DEL BED MANAGEMENT AVANZATO PER LA TRANSIZIONE DELLE CURE: IL PROGETTO CON LE ASL RMI, ASL RM4, ASL RM5

Collegare l'ospedale al territorio significa realizzare una rete integrata nella quale sono coinvolte le cure primarie e le strutture intermedie previste nel DM 77/2022 in modo da garantire che l'ospedale, organizzato per intensità di cura, sia aderente al processo di personalizzazione e gestione delle cure nella continuità assistenziale e in prossimità

La politica prevede lo sviluppo condiviso degli strumenti e delle istruzioni operative per le interconnessioni tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea e le strutture intermedie programmate nei singoli territori delle AASSLL limitrofe, quali la ASL Roma 1, ASL Roma 4, ASL Roma 5 ASL di Rieti e ASL di Viterbo, finalizzati a strutturare e facilitare i percorsi assistenziali e la continuità delle cure in maniera personalizzata ai singoli bisogni socio-sanitari dei pazienti presi in carico.

Le misure previste prevedono l'attivazione della Centrale Operativa Ospedaliera e la definizione di un protocollo condiviso di Dimissione Orientata, per la corretta transizione e continuità delle cure nelle strutture intermedie e nel territorio dei pazienti ospedalizzati, sia nell'ambito dei percorsi di emergenza-urgenza, sia nell'ambito dei percorsi programmati.

In particolare, al fine di garantire la gestione e il governo delle fasi di passaggio tra setting assistenziali, si prevede di istituire tre tipologie interconnesse di "nodi" qualificati (Centrali Operative) a valenza differenziata:

Centrale Operativa - Ospedaliera

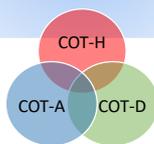
- Gestione di pazienti con difficoltà clinico-assistenziali
- Valutazione dei bisogni sociali e/o sociosanitari
- Invio alla COT-A dei tempi previsti di degenza
- Supporto alla stesura delle procedure di trasferimento

Centrale Operativa Territoriale - Aziendale

- Facilitare e monitorare il percorso di transitional care
- Governance del cambio di setting
- Gestione uniforme delle liste di attesa
- Stesura e revisione di procedure
- Integrazione con la Rete Locale Cure Palliative

Centrali Operative Territoriali - Distrettuali

- Interventi di presa in carico casi complessi
- Tracciamento e monit. transizioni
- Supporto informatico e logistico
- Monitoraggio pazienti (telemedicina, ecc.)



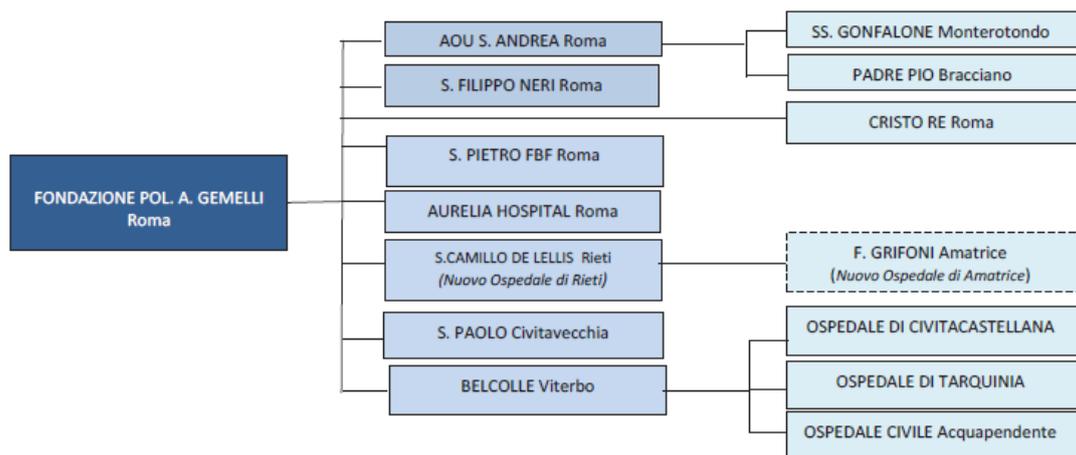
Sono già in fase avanzata di condivisione e approvazione le procedure e le istruzioni operative definite dagli operatori delle Aziende coinvolte e dai rispettivi servizi di "Bed Management", che consentiranno la realizzazione dal punto di vista operativo del principio di "organizzazione a rete", cioè di un insieme di servizi integrati e interdipendenti che condividono il fine comune della realizzazione di percorsi assistenziali appropriati, tempestivi, ed efficaci a rispondere in maniera personalizzata ai bisogni dei pazienti in carico.

c. SVILUPPO E GESTIONE DELLE RETI DI EMERGENZA URGENZA

La gestione dell'emergenza sanitaria della Regione Lazio, aggiornata con la Determinazione n. G01328/2022, si avvale delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate per il sistema di risposta ospedaliera e dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES I18) per le attività di gestione e coordinamento della fase di allarme e di risposta extraospedaliera. Il sistema dell'emergenza si integra con la continuità assistenziale garantita dall'ARES I18 e dalle Aziende Sanitarie.

In coerenza con il DM 70/2015, la rete dell'emergenza ospedaliera costituisce l'architettura del Sistema ospedaliero, con la definizione dei Centri Hub e Spoke e le Aree di riferimento; su questo modello sono sviluppate tutte le Reti Tempo-dipendenti, che si differenziano per alcuni Hub in relazione alla disponibilità di specifiche competenze specialistiche.

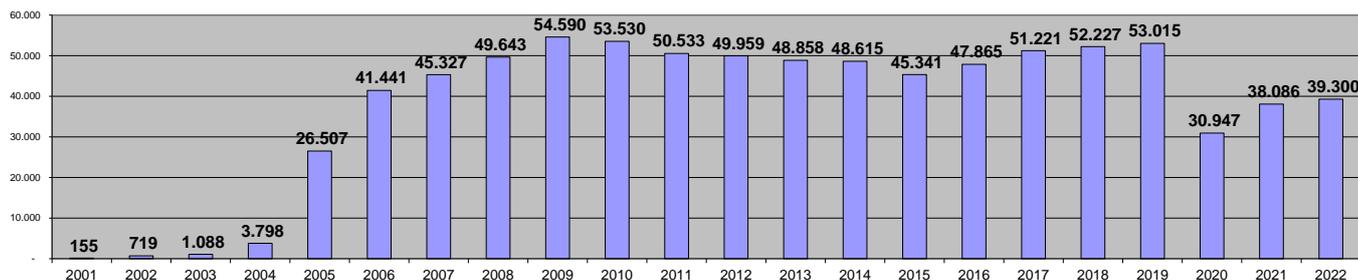
Nell'ambito della rete dell'Emergenza regionale, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è inquadrata dal 2010 come DEA di I livello ed è ricompresa nella Macroarea che afferisce alla Fondazione Policlinico A. Gemelli, come rappresentato nello schema seguente:



La collocazione geografica nel contesto metropolitano, nell'area nord di Roma, in immediata prossimità del GRA e di arterie di grande comunicazione (Vie Flaminia, Cassia, Salaria, diramazione autostradale Roma Nord) mettono il DEA del Sant'Andrea in diretto e rapido collegamento con il territorio settentrionale della provincia romana e in condizione di facile accessibilità anche dalle province di Rieti e Viterbo.

Il numero degli accessi annuali rappresentato nella tabella seguente evidenzia negli ultimi anni il raggiungimento di un plateau intorno ai 50.000 accessi/anno, interrotto dalla pandemia da CoViD-19.

Numero di accessi annuali in Pronto Soccorso/ DEA



Il Pronto Soccorso/DEA è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la mission del Pronto Soccorso appare complessa: “garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita”.

In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si genera il cosiddetto sovraffollamento (overcrowding). Tale fenomeno deve essere nettamente distinto dalle così dette “maxi-emergenze”, il cui determinismo si basa su cause diverse e che richiedono l'attuazione di specifiche misure organizzative.

Tra le cause che determinano tale fenomeno, si considerano generalmente fattori in ingresso (“input”), fattori interni strutturali (“throughput”) e fattori di uscita (“output”).

Il fattore input si riferisce ad un eccessivo e rilevante accesso di utenti al Pronto Soccorso, determinato negli ultimi anni dall’insorgenza di nuovi bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall’aumento del numero di pazienti complessi, dall’avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura; è noto che una parte di tali bisogni assistenziali potrebbe trovare risposte adeguate già nell’ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all’interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare.

Il fattore throughput fa riferimento ad un rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche che necessitano della collaborazione dei servizi specialistici.

Il fattore output comprende sia la difficoltà a ricoverare per indisponibilità di posto letto nelle Unità Operative di destinazione, sia il prolungamento della durata di ricovero dovuta, ad esempio, ad un insufficiente livello di efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri, sia la difficoltà a dimettere i pazienti al termine dell’episodio di ricovero, con particolare riguardo ai pazienti in condizione di fragilità sul piano socio-sanitario. Tali difficoltà sono in parte riconducibili all’insufficiente diffusione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) intraospedalieri e integrati tra ospedale e territorio.

L’analisi condotta sulla base dei dati disponibili sulle fasi di “input”, “throughput” e “output” che connotano i percorsi assistenziali di Emergenza-Urgenza realizzati all’interno dell’Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Andrea, ha permesso di identificare le seguenti principali criticità:

1. Eccessiva pressione del numero degli accessi trasportati con ambulanza I I 8;
2. Lunghi tempi di attesa tra l’effettuazione del triage e l’inizio del trattamento in Pronto Soccorso;
3. Durata del trattamento in Pronto Soccorso eccessivamente prolungata, soprattutto per i casi da ricoverare in area medica;
4. Da migliorare la realizzazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri dei ricoveri urgenti;
5. Durata della degenza dei ricoveri urgenti in area internistica in media eccessivamente prolungata;
6. Difficoltà a trasferire i pazienti degenti verso le strutture di post-acuzie per la prosecuzione del percorso assistenziale in altro e più appropriato setting.

In funzione di risoluzione di tali criticità e in applicazione della recente Determinazione della Direzione salute e integrazione sociosanitaria della Regione Lazio n. G15959 del 18 novembre 2022 concernente “Revisione del Piano regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso”, l’Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Andrea ha pianificato e già avviato una serie di azioni volte alla gestione e alla riduzione del sovraffollamento in pronto soccorso, con il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e coinvolti nei percorsi assistenziali di emergenza-urgenza, compresi i responsabili delle UUOO di degenza, tuttora in fase di continua osservazione, monitoraggio e miglioramento.

Dette azioni intervengono a livello strutturale e organizzativo nell’ambito delle varie fasi del processo assistenziale e costituiscono un quadro complesso e articolato, oggetto di numerosi provvedimenti attuativi e sviluppato in vari capitoli del presente Piano, di cui in punti principali sono i seguenti:

- Adozione del “Piano Aziendale dei ricoveri da pronto soccorso per la gestione del sovraffollamento”;
- Istituzione del Team Operativo Ospedaliero (TOH);
- Revisione e aggiornamento delle articolazioni organizzative e funzionali aziendali in attuazione del “Piano aziendale dei ricoveri da Pronto Soccorso per la gestione del sovraffollamento”: Medicina d’Urgenza, Osservazione Breve Intensiva (OBI), Area Boarding e reparto Holding;
- Riorganizzazione dei servizi di accoglienza e di comunicazione interna ed esterna;
- Riorganizzazione e ampliamento degli Spazi in Pronto Soccorso: Accoglienza, triage, sale codici per profilo di urgenza, OBI, Area Boarding e Medicina d’Urgenza;

- Potenziamento dei percorsi di Fast Track;
- Revisione degli standard per sala codice e definizione del cruscotto di flusso con Regione Lazio e Ares I18;
- Adozione della “Procedura per la gestione del percorso in Pronto Soccorso, OBI, Medicina d’Urgenza, Boarding e Holding area – P/919/149”.
- Ottimizzazione delle funzioni di Bed Management dedicate al Pronto Soccorso;
- Revisione dei principali percorsi assistenziali:
 - Percorsi trauma maggiore
 - Percorsi per il trauma cranico
 - Percorsi sullo stroke trombolisi e trombo-aspirazione
 - Percorsi sul dolore toracico acuto fino all’angioplastica primaria
 - Percorsi sul paziente emorragico con recupero sangue e PBM
 - Percorsi per frattura di femore
- Sviluppo e adozione, al fine di garantire il monitoraggio “on time” e periodico della gestione del flusso dei ricoveri e del sovraffollamento in Pronto Soccorso, a cura del “Coordinatore aziendale del Team Operativo Ospedaliero (TOH)”, di un cruscotto di monitoraggio in tempo reale e un sistema di reportistica periodica, delle quali si è definito il setting minimo di indicatori;
- Attivazione della COT-H e definizione dei percorsi/procedure operative per la continuità assistenziale in applicazione dei protocolli di intesa con Asl Rm1, Asl Rm4 e Asl Rm5 finalizzati all’identificazione e al trasferimento dei pazienti ricoverati nel setting assistenziale post-acuto adeguato;
- Sviluppo e adozione dell’”Accertamento Infermieristico” quale strumento di assessment secondo modelli funzionali Gordon, per l’analisi dei fabbisogni dei pazienti in fase iniziale del ricovero, la personalizzazione della continuità delle cure e la riduzione della durata di degenza mediante strumenti e modelli informatizzati facenti parte della cartella clinica informatizzata;
- Adozione di un protocollo condiviso tra i professionisti e con le ASL territoriali RMI, RM4, RM5, ASL rieti e ASL Viterbo per la “Dimissione orientata”, finalizzato alla corretta transizione e continuità delle cure nelle strutture intermedie e nel territorio, in iniziale sperimentazione nelle aree di Medicina Interna e Pronto soccorso e poi in applicazione in tutti i reparti di degenza.

d. SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Nell’ambito della programmazione regionale dell’offerta di assistenza perinatale nella città di Roma e, in particolare nell’area territoriale afferente alla ASL Roma I, la Regione Lazio ha previsto la realizzazione di un punto di offerta di I livello perinatale presso l’Azienda Ospedaliera Universitaria Sant’Andrea.

L’intervento edilizio fa parte dell’ampliamento del complesso ospedaliero stralcio H1 Sud, H3 e T, descritto nella politica numero I del presente Piano ed è in corso di realizzazione.

Sul piano organizzativo, l’Azienda ha pianificato la realizzazione delle attività nei seguenti ambiti:

1. Programmazione delle dotazioni tecnologiche

Analisi dei fabbisogni e pianificazione degli acquisti delle apparecchiature di Sala travaglio/parto, sale operatorie di elezione e urgenza/emergenza Ostetrico Ginecologica, Rooming in, Sala di Neonatologia, Sala di Breve Osservazione, Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, Pronto Soccorso Pediatrico;

Analisi dei fabbisogni e pianificazione degli acquisti/ integrazioni delle piattaforme informatizzate: Cartella informatizzata ostetrica e neonatologica; Cartella informatizzata ginecologica e pediatrica.

2. Definizione delle dotazioni organiche

Analisi e definizione del piano del fabbisogno e del piano di reclutamento delle professionalità occorrenti, in funzione dei volumi di produzione stimati, dell’analisi organizzativa e della normativa di riferimento.

3. Piano formativo e Piano della comunicazione

Formazione del personale sanitario anche attraverso percorsi in altre Aziende Sanitarie dotate di Ostetricia e Neonatologia grazie a specifici protocolli che prevedono l'upgrading del personale.

Attivazione di una pagina internet sulla quale rappresentare la nuova offerta assistenziale, pianificazione di eventi informativi della nuova offerta con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder; definizione di accordi con le ASL territoriali per la definizione di percorsi integrati in "entrata" e in "uscita".

4. Sviluppo di percorsi assistenziali integrati

- Percorso pre-concezionale,
- Percorso gravidanza basso e alto rischio,
- Percorso diagnosi prenatale: preinvasiva, invasiva, per imaging,
- Percorso applicazione L.194/78,
- Percorso accompagnamento alla nascita e prevenzione Maternity Blues,
- Percorso travaglio/parto e dimissione in collegamento con il territorio,
- Percorso riabilitazione pavimento pelvico e sindrome urogenitale,
- Percorso di Oncofertilità,
- Percorso patologie ginecologiche benigne e maligne,
- Percorso endometriosi, adenomiosi,
- Percorso di Pianificazione Familiare e Contraccezione,
- Percorso Ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza,
- Percorso infezioni sessualmente trasmissibili e patologie HPV correlate,
- Percorso Banca del Sangue Trasfusionale,
- Percorso parto-analgesia naturale e medicalizzata.

5. Sviluppo dei percorsi per la gestione delle patologie pediatriche di alta complessità

- PDTA di Ortopedia Pediatrica,
- PDTA di Neuropsichiatria Infantile;
- PDTA Gastroenterologico Pediatrico,
- PDTA sonno-veglia pediatrico.

e. LA RETE PER LA SALUTE MENTALE

Il Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione", approvato con la DGR n. 762 del 29.09.2022, in continuità con il Piano di Azione Europeo 2013-2020, individua e definisce gli obiettivi e le azioni strategiche necessarie per potenziare e qualificare l'assistenza a tutela della salute mentale della persona accompagnandola in tutto il ciclo della propria vita, dal concepimento alla nascita - con interventi a supporto dei genitori e del contesto familiare -, nelle successive fasi dell'infanzia, adolescenza, età adulta ed età senile², con interventi sulla persona e sul gruppo familiare e/o di appartenenza.

Il Piano regionale mira al rafforzamento dei sistemi per la salute mentale con l'interazione di tutti i partecipanti istituzionali pubblici, del privato accreditato e del terzo settore, in modo tale che le persone possano essere curate il più possibile nei contesti familiari e di comunità o attivando progetti terapeutici riabilitativi individualizzati basati sul budget di salute che rappresentano un'importante innovazione tesa ad evitare la cronicizzazione della patologia psichica della persona e a favorire la sostenibilità per il S.S.R..

Nell'ambito dello scenario delineato dal Piano regionale, caratterizzato da una serie di azioni volte a migliorare e qualificare la rete integrata dei servizi sanitari territoriali, distrettuali e ospedalieri, che a vario titolo intervengono con prestazioni e trattamenti a tutela della salute mentale dei cittadini, intercettando precocemente il bisogno e diversificando in modo appropriato le tipologie di risposta, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea garantisce il livello assistenziale ospedaliero attraverso la UOC Psichiatria, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e

obbligatorie (TSO) in condizioni di ricovero, in applicazione della Determinazione regionale n. G08249 del 24.06.2022, che aggiorna i bacini di afferenza per il ricovero in SPDC come riepilogato nella tabella seguente:

ASL	SPDC	Bacino afferente
ASL Roma 1	Ospedale Santo Spirito (Roma)	I, XIII
	Ospedale San Filippo Neri (Roma)	XIV, XV
	Policlinico Umberto I (Roma)	II, Ex VI CSM Casilina, V*
	AOU Sant'Andrea (Roma)	III
ASL Roma 2	AO San Giovanni Addolorata (Roma)	VII
	Ospedale Pertini (Roma)	IV, Ex VII CSM via degli Eucalipti
	Policlinico Tor Vergata (Roma)	VI
	Ospedale S. Eugenio (Roma)	VIII, IX
ASL Roma 3	Ospedale G.B. Grassi (Roma)	X, Fiumicino
	Ospedale San Camillo- Forlanini (Roma)	XI, XII
ASL RM4	Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano	F1, F2, F3
ASL RM5	Ospedale di Monterotondo	G1, F4 (RM4)
	Ospedale S. Giovanni Evangelista (Tivoli)	G2, G3
	Ospedale L. Parodi Delfino (Colleferro)	G4, G5, G6
ASL RM6	Ospedale dei Castelli (Ariccia)	H2, H4, H6
	Ospedale S. Sebastiano (Frascati)	H1, H3, H5
Viterbo	Belcolle (Viterbo)	Provincia di Viterbo
Rieti	Polo Unificato (Rieti-Amatrice)	Provincia di Rieti
Latina	P.O. Latina Nord – Santa Maria Goretti (Latina)	Provincia di Latina
	P.O. Latina Sud – Dono Svizzero (Formia)	Provincia di Latina
Frosinone	P.O. Unificato (Frosinone-Alatri)	Provincia di Frosinone
	Ospedale Santa Scolastica (Cassino)	Provincia di Frosinone
	Ospedale Civile S.S. Trinità (Sora) **	Provincia di Frosinone

Le politiche che l'Azienda intende sviluppare nel triennio volte a potenziare e qualificare l'assistenza a tutela della salute mentale si svilupperanno nei seguenti ambiti:

1. Servizio di salute mentale di precisione e farmacogenomica

Nell'ambito della psichiatria di precisione ci si può avvalere, a seconda delle indicazioni e delle necessità dei casi, di metodiche di diagnostica molecolare avanzata che analizzano la concentrazione dei farmaci nel sangue periferico e di valutazioni riguardanti le interazioni farmaco-farmaco e farmaco-genomiche.

Tali metodiche possono essere di supporto alla definizione di una specifica strategia terapeutica farmacologica che miri a limitare gli effetti collaterali e a migliorare l'efficacia sul quadro sintomatologico.

Il Servizio è rivolto principalmente a pazienti ambulatoriali che manifestano:

- disturbi psichici farmaco-resistenti,
- disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo,
- disturbi psichici in comorbilità con patologie oncologiche.

Aree di sviluppo futuro:

- disturbi correlati a stress da CoViD-19,
- disturbi dello spettro autistico e altri disturbi del neurosviluppo nell'età adulta,
- disturbi psichici in comorbilità con sindrome dell'intestino irritabile e disbiosi intestinale.

2. Servizio per la prevenzione del suicidio e ambulatorio per disturbi d'ansia e dell'umore negli adolescenti

Si prevede un approccio riabilitativo dell'individuo a rischio di suicidio attraverso la costituzione di una rete regionale e la realizzazione di un network efficace anche attraverso lo sviluppo di un linguaggio comune di intervento in modo che l'Azienda possa diventare interlocutore importante per altre realtà aziendali, in sinergia con le politiche istituzionali. Il Servizio è già citato nella mozione I-00536 in materia di suicidio, approvata dalla Camera dei Deputati in data 14 giugno 2022, finalizzata ad impegnare il Governo ad attuare interventi per la prevenzione del fenomeno. Le attività del Servizio per la Prevenzione del suicidio già soddisfano parte dei 22 punti di impegno da parte del Governo.

Nell'ambito delle azioni di implementazione e miglioramento, si prevede di costruire un progetto terapeutico congiunto, che coinvolge attivamente sia il ragazzo che la sua famiglia attraverso il metodo del Cooperative Assessment.

3. Servizio per la prevenzione e la cura del disagio psichico della donna

Si prevede una collaborazione finalizzata alla gestione della rete assistenziale sul territorio e attraverso contatti con i Consultori e con i Dipartimenti di Salute Mentale per la realizzazione di:

- Programmi di screening, da effettuare in gravidanza, per intercettare le donne a rischio;
- Interventi personalizzati (psicoeducazione e/o psicoterapia e terapia psicofarmacologica in gravidanza e nel post-partum), con coinvolgimento del partner;
- Pianificazione di gravidanza in donne affette da patologie psichiatriche e che assumono regolarmente terapia psicofarmacologica.

4. Implementazione del sistema di monitoraggio informatizzato dei posti letto degli SPDC e delle Neuropsichiatrie Infantili,

Lo sviluppo e l'adozione dell'applicativo SIEI18 consentirà il monitoraggio in tempo reale della disponibilità di posti letto negli SPDC a livello regionale e la gestione ottimizzata della ricerca di posto letto e conseguente trasferimento inter-ospedaliero dei pazienti psichiatrici acuti.

f. INNOVAZIONE E MEDICINA DI PRECISIONE A SOSTEGNO DELL'ALTA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

I recenti sviluppi in biologia molecolare e biochimica hanno inciso in modo rivoluzionario sulle possibilità di migliorare le strategie terapeutiche, confluendo, grazie al contemporaneo sviluppo di nuove tecnologie analitiche, in un approccio medico innovativo: la Medicina di Precisione (MP).

La "genericità" dei sistemi di diagnosi e cura classicamente intesi, che implica una percentuale spesso consistente di insuccesso delle cure o di insorgenza di reazioni avverse ai farmaci, è oggi superabile grazie ad una approfondita conoscenza dei meccanismi molecolari implicati nell'azione dei farmaci e nella patogenesi delle malattie, che rivelano come le caratteristiche di "unicità" del singolo paziente siano determinanti cruciali della suscettibilità a malattie e della risposta alle terapie.

La MP sostituisce la genericità dell'approccio clinico classico per diagnosi e cura con un approccio "paziente-centrico" in cui si valuta il profilo individuale del soggetto e, in base ad esso, si procede a una specifica strategia terapeutica. Ciò garantisce al paziente una maggiore opportunità di limitare al minimo il "costo tossico" della terapia, senza dover pagare un prezzo in termini di riduzione dell'efficacia. È intuitivo l'impatto di tale approccio, non solo sulla qualità della vita del paziente, ma anche sull'ottimizzazione della gestione delle risorse sanitarie.

La MP si avvale di avanzati strumenti diagnostici quali genomica, trascrittomica, epigenetica, metabolomica e monitoraggio terapeutico del farmaco a configurare un approccio integrato che consente di valutare la "macchina metabolica" del paziente nel suo complesso, fornendo una misura diretta del fenotipo espresso dal singolo individuo.

I principali ambiti di interesse della MP riguardano le terapie a basso indice terapeutico, ad alto impatto (oncologiche, cardiovascolari) e croniche (psichiatriche), per le quali è importante non solo puntare al successo terapeutico ma anche non aggiungere altre patologie dovute agli effetti collaterali. In particolare sono già sviluppate e disponibili le seguenti applicazioni:

- applicazioni in oncologia, che consentono una precoce definizione dei rischi per ogni singolo paziente al fine di evitare le morti tossiche e di adattare la dose di farmaco alle necessità individuali dei Pazienti;
- applicazioni in ematologia e medicina della coagulazione, che consentono ai clinici di acquisire le informazioni che descrivono l'assetto genomico del paziente relativamente al rischio trombotico,

permettendo un'accurata stratificazione dei soggetti a rischio e consentendo una migliore scelta delle terapie preventive e di supporto;

- applicazioni in cardiologia e medicina interna, per la scelta della terapia con statine, che consentono di acquisire le informazioni che descrivono l'assetto genomico del paziente relativamente al rischio di reazioni avverse alle statine che sono i farmaci maggiormente prescritti nella cura delle ipercolesterolemie familiari e per la riduzione del rischio cardiovascolare legato a valori eccessivi di colesterolo LDL;
- applicazioni in ambito psichiatrico, nel quale la conoscenza preventiva del profilo genomico individuale consente di escludere farmaci tossici e/o inefficaci, di selezionare la combinazione di farmaci con il massimo grado di efficacia ed il minimo costo tossico nonché di selezionare la combinazione di farmaci che non interagisca in maniera negativa con terapie non psichiatriche concomitanti.

Le politiche che l'Azienda intende sviluppare nel triennio volte a potenziare e valorizzare l'innovazione e la medicina di precisione a sostegno dell'alta complessità assistenziale si svilupperanno nei seguenti ambiti:

1. Sviluppo dell'Health Technology Assessment (HTA)
2. Supporto all'innovazione clinica nelle frontiere terapeutiche
3. Riorganizzazione e sviluppo delle attività di diagnostica d'immagine e di laboratorio, in relazione ai PDTA e alle nuove tecnologie
4. Supporto allo sviluppo e implementazione dell'Health Information Technology (HIT), al fine anche di facilitare l'integrazione e la sinergia tra le diverse discipline coinvolte nella gestione del paziente
5. Supporto alle attività di terza missione e trasferimento scientifico, tecnologico e culturale e di trasformazione produttiva delle conoscenze, proprie di un'Azienda ospedaliera integrata con l'Università, volte a informare ed educare sia pazienti sia medici prescrittori sulla appropriatezza di nuovi percorsi diagnostici e terapeutici e sulle corrette modalità di accesso ai servizi innovativi.

g. SERVICE DESIGN E OTTIMIZZAZIONE DELLE PIASTRE PRODUTTIVE

In generale, le Aziende che erogano prestazioni sanitarie si caratterizzano per identità organizzative differenti nella progettazione di offerta dei servizi. Nelle organizzazioni che definiscono le proprie attività adottando una logica centrata sulle prestazioni, prevale una cultura di tipo tecnico-specialistico orientata esclusivamente all'utenza in carico e al soddisfacimento del singolo bisogno specialistico; nelle organizzazioni che si focalizzano sul valore che sono in grado di creare per un insieme di destinatari, prevale una cultura orientata alla progettazione del servizio, con un focus maggiore sul tema degli utenti da selezionare e a cui rivolgersi e all'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

Nel modello di organizzazione "a rete", la progettazione organizzativa sviluppa l'insieme dei servizi in maniera interdipendente e in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazioni strutturate, espandendo e potenziando il "service management" e le "piastre produttive" attraverso l'identificazione e la personalizzazione delle seguenti leve:

Prodotto-servizio. La scelta delle caratteristiche di fondo del servizio (core service) e degli aspetti accessori (peripherals) definisce le politiche di prodotto/servizio. Il core service costituisce il beneficio principale che viene offerto all'utente, mentre i peripherals estendono il valore che può essere percepito dall'utente, a supporto del godimento del beneficio principale. Per esempio, la presenza di un bar o di un parcheggio all'interno di una struttura sanitaria può apportare un miglioramento alla qualità complessiva percepita dagli utenti, pur non essendo un elemento principale del servizio stesso.

Personale. Le persone costituiscono il principale «ingrediente» nella progettazione dei servizi, che si svolgono in larga parte a mezzo di una interazione tra erogatore e utente, e si caratterizzano per un livello elevato di discrezionalità. Le culture professionali di cui le persone sono portatrici, il tipo di motivazione che le anima,

le culture organizzative a cui fanno riferimento, costituiscono una leva fondamentale di governo dei servizi. Il servizio viene erogato nella relazione con il personale, che svolge una pluralità di funzioni: orienta gli utenti nell'utilizzo dei servizi, svolge attività di produzione del servizio, negozia con l'utente le caratteristiche e il grado di personalizzazione del servizio. Nelle strutture sanitarie, lavorare, non solo sull'aspetto dello sviluppo tecnico-operativo delle competenze, ma anche sulle caratteristiche relazionali del personale di front office (sanitari e staff) è una leva importante.

Comunicazione. La scelta delle forme di comunicazione fa riferimento a un insieme ampio di elementi, che vanno dalla scelta del mezzo di comunicazione, al messaggio che si vuole proporre, al linguaggio che si ritiene opportuno adottare per produrre l'esito desiderato. La comunicazione può svolgere una pluralità di funzioni nell'ambito dei servizi: rendere nota ai cittadini l'esistenza del servizio, rendere note le caratteristiche e le condizioni di fruizione del servizio.

Tariffarie. Le politiche tariffarie non sono rilevanti solo sotto il profilo finanziario, per il maggiore o minore contributo che offrono in termini di finanziamento dei servizi, ma hanno un impatto rilevante anche sulle dinamiche di selezione dell'utenza. Il prezzo dei servizi ha, infatti, una importante funzione di tipo comunicativo rispetto al valore del servizio. Il prezzo corrisponde al sacrificio economico che un potenziale beneficiario deve sostenere per fruire di un servizio: in quanto tale, misura il valore riconosciuto da parte di chi acquista e può, al tempo stesso, svolgere una funzione di contenimento della domanda.

Accessibilità. Le scelte relative alle modalità di accesso e agli ambiti di erogazione contribuiscono alla selezione dell'utenza. Differenti utenti possono avere accesso con maggiore o minore facilità ai servizi, in relazione alle scelte che attengono ai luoghi, alle modalità e ai tempi: l'accesso ai servizi può essere concentrato in alcuni luoghi, oppure essere diffuso nel territorio, può essere vicino a casa o vicino al lavoro degli utenti e i luoghi stessi di accesso possono avere caratteristiche tali da incentivare o allontanare alcuni utenti dai servizi; le forme di accesso ai servizi possono essere espresse dai cittadini presso gli sportelli oppure devono essere inviate in forma cartacea o telefonicamente o via web. In relazione ai differenti livelli di competenze, ai distinti stili di vita e alle diverse possibilità di utilizzo, la scelta delle modalità di accesso rende i servizi più o meno fruibili per diversi target di utenza; gli orari di accesso sono una variabile la cui maggiore o minore coerenza con i tempi delle persone ha un impatto fortissimo sulla selezione dell'utenza.

In applicazione del modello e attraverso il coinvolgimento dei professionisti protagonisti dei percorsi assistenziali e la costituzione di "tavoli/team di lavoro" multi-professionali e multi-disciplinari con finalità di "facilitazione" dell'analisi e della progettazione organizzativa, più diffusamente presentata nella politica numero cinque - "Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura", l'Azienda si pone l'obiettivo di procedere allo sviluppo e al miglioramento delle seguenti piastre produttive:

- Sale operatorie: miglioramento dell'efficienza dell'utilizzo delle risorse condivise tra tutte le equipe chirurgiche, gli anestesisti e il personale infermieristico e tecnico di sala, mediante la riprogettazione del percorso chirurgico in applicazione dell'accordo Stato-Regioni rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020, la revisione del Regolamento di sala operatoria, l'informatizzazione spinta della gestione completa del processo e della documentazione delle attività chirurgiche e del relativo monitoraggio.
- Reparti di degenza a ciclo continuo e diurno: revisione dell'allocazione dei reparti negli emipiani di degenza e modulazione della dotazione dei posti letto e, per le chirurgie delle sedute operatorie, in funzione delle liste di attesa e della riconfigurazione dell'offerta basata sull'intensità di cura e sulla realizzazione dei percorsi assistenziali urgenti e programmati. In quest'ambito saranno sviluppati e realizzati in un'ottica integrata:
 - o L'attivazione della Centrale Operativa Ospedaliera,
 - o La riorganizzazione dell'Ufficio Ricoveri,
 - o Il potenziamento delle funzioni di Bed Management,
 - o Il protocollo per la transizione delle cure e "dimissione orientata",
 - o La riattivazione del reparto di week-surgery,

- La riattivazione dei reparti di day hospital e day surgery multispecialistici.
- La riorganizzazione degli ambulatori: la revisione dell'offerta delle prestazioni sanitarie per gli "outpatient", cioè erogate in regime ambulatoriale, su cui il sistema sta puntando per ricercare forme di erogazione più appropriate ed efficienti dal punto di vista organizzativo, in relazione al mutamento del quadro epidemiologico e tecnologico, riveste importanza strategica, sia per la realizzazione di percorsi assistenziali che soddisfino una domanda di secondo e terzo livello, sia per il reclutamento dei pazienti che necessitano la prosecuzione in setting assistenziali più complessi, sia per la garanzia del follow-up, in una logica di reale presa in carico del paziente stesso.
Pertanto, la Direzione Strategica ha già avviato la revisione e razionalizzazione della distribuzione e dell'organizzazione dell'offerta ambulatoriale, declinata in tutti i suoi ambiti – APA, PAC, chirurgia ambulatoriale, prime visite, visite di controllo, prestazioni diagnostiche e strumentali, al fine di ottenere un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'utilizzo delle risorse condivise tra le varie discipline nell'ambito dei relativi PDTA.
- La riorganizzazione dei laboratori: miglioramento dell'efficienza dell'utilizzo delle risorse condivise tra i laboratori aziendali e potenziamento e valorizzazione delle attività specialistiche che connotano l'identità e la specializzazione delle singole equipe, anche in riferimento alle applicazioni dei nuovi sistemi per il sequenziamento del genoma umano, Next Generation Sequencing (NGS);
- La riorganizzazione delle attività di diagnostica d'immagine per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della realizzazione dei percorsi in emergenza-urgenza, dei percorsi diagnostici per i pazienti ricoverati o ambulatoriali, nell'ottica dell'erogazione delle attività in sicurezza per gli utenti e per gli operatori;
- La riorganizzazione dei punti di accesso agli utenti: il Punto Unico di Accesso ai servizi ospedalieri (PUA) con funzione di informazione, accoglienza, orientamento e facilitazione della fruizione dei servizi e il Cup "diffuso", con funzione di facilitazione delle operazioni di prenotazione e accettazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Lo sviluppo degli strumenti per la gestione dell'UFA (Unità Farmaci Antitumorali), della logistica e delle politiche del farmaco.

h. APPROCCIO SISTEMICO ALLA DIGITALIZZAZIONE DEI PERCORSI E ALL'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA

La normativa europea relativa al "European Data Spaces" e la creazione dell'Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale, presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), così come gli enormi investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'implementazione al sistema della telemedicina nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, vanno nella direzione di creare uno spazio comune in cui raccogliere tutti i dati sanitari dei pazienti, sia a livello europeo sia nazionale, per creare quello che, il decreto che istituisce la neonata Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale, chiama "Ecosistema di Dati Sanitari".

Nell'ambito delle azioni di centralizzazione delle piattaforme, sia del FSE sia della telemedicina, ovvero dei due principali sistemi di aggregazione di dati sanitari che non sono ancora in grado di comunicare tra loro, va sottolineato che la vera telemedicina non può essere ridotta a un consulto che avviene tramite WhatsApp, oppure a una visita medica basata sull'impiego di App dei grandi "player" dell'Information Technology.

La telemedicina va collocata in un approccio più ampio, che prevede la reingegnerizzazione dei processi organizzativi, fortemente ancorati a processi analogici che, proprio di recente nel corso dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione di SARS-CoV-2, hanno dimostrato il loro fallimento. Il rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale non può prescindere dalla rimozione di procedure altamente analogiche ancora presenti al suo interno.

Nell'ambito di uno scenario e di un mercato dell'innovazione tecnologica altamente dinamico e veloce, che si sta via via definendo, a partire dalla diffusione della Carta d'Identità Elettronica (CIE) come unico sistema

di identificazione del paziente e di aggregazione di dati clinici e sanitari, sostituendo tutti gli altri sistemi attualmente in uso, per continuare con la possibilità di generare dati sanitari in modo automatico tramite dispositivi indossabili, la disponibilità di applicazioni che consentono al paziente di raccogliere autonomamente alcuni dati (per esempio, parametri vitali, sintomatologia, assunzione del farmaco ecc.) e di indirizzarli direttamente alla dashboard del ricercatore, la presenza di piattaforme di telemedicina che permettono visite e colloqui a distanza fra personale sanitario e paziente, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea intende perseguire il completamento della digitalizzazione delle attività assistenziali che realizzano i percorsi di diagnosi e cura e sviluppare progressivamente percorsi di telemedicina in una logica di integrazione con le ASL territoriali, secondo le seguenti due direttrici:

1. Lo sviluppo dell'interoperabilità tra tecnologie biomedicali, dispositivi medici e piattaforme software, nel cui ambito saranno sviluppati:
 - Il rapporto tra professionisti nella rete dell'emergenza: il teleconsulto nell'ottimizzazione dei percorsi nel Pronto Soccorso nella rete regionale;
 - La tele cooperazione chirurgica come strumento di formazione e supporto sul campo operatorio;
 - La digitalizzazione e telemedicina come strumento di flessibilità organizzativa nelle reti aziendali, interaziendali funzionali e per la presa in carico dei pazienti con polipatologie;
 - La tele psicologia nelle reti aziendali;
 - Gli strumenti digitali per migliorare la qualità dell'assistenza: l'accertamento infermieristico;
 - Sistemi digitali per la Centrale Operativa Ospedaliera per la transizione delle cure nella dimissione orientata e bilanciamento tra l'offerta e la domanda di prestazioni;
 - Tele-diagnostica per il supporto alla diagnosi a distanza e per le seconde opinioni nei casi complessi.
2. L'ospedale a casa del paziente: la digitalizzazione e l'utilizzo della telemedicina per il potenziamento dell'assistenza in prossimità e lo sviluppo delle competenze, nel cui ambito saranno approfonditi:
 - Sviluppo e supporto all'autocura e alla gestione del paziente attraverso l'applicazione dei modelli di e-health da remoto;
 - Investire in qualità di vita: la teleassistenza e telecontrollo nella terapia del dolore, nelle cure palliative, nelle malattie croniche, nelle patologie onco-ematologiche;
 - Sviluppo dei sistemi di telecontrollo per l'aderenza terapeutica.

4. ATTIVITÀ PSICOLOGICA NELLA TRASVERSALITÀ CLINICA ORGANIZZATIVA

a. L'ASCOLTO DELL'ALTRO

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea intende valorizzare le metodologie e le attività psicologiche in materia di valutazione, prevenzione, promozione della salute, terapia e riabilitazione che forniranno il valore aggiunto per qualificare l'offerta assistenziale, garantendo una risposta completa ai bisogni di salute in linea con le più aggiornate evidenze scientifiche.

L'obiettivo primario è la garanzia del supporto e del sostegno psicologico dei pazienti e dei loro sistemi di riferimento relazionali e familiari. In tal modo, sarà possibile prevedere un nuovo assetto dei percorsi diagnostico terapeutici, attraverso una maggior attenzione al benessere psico-fisico del paziente.

A questo si aggiungono delle azioni mirate a sostegno del personale, quali:

- formazione nella comunicazione e nella gestione dei rapporti con pazienti e familiari con specifico riferimento a alcune aree di particolare criticità (es. comunicazione di decesso, comunicazioni di diagnosi infauste etc.), permettendo di ridurre conflittualità e contenzioso;

- favorire il lavoro d'equipe, a facilitare la corretta comunicazione interna, a facilitare la valorizzazione del potenziale, delle risorse, delle attitudini e delle aspirazioni individuali del personale;
- facilitare la compliance individuale e collettiva alle procedure aziendali per la sicurezza del paziente e dei lavoratori. In tale ambito, particolare attenzione sarà data alla prevenzione e gestione degli atti di violenza ad operatori sanitari e ai rischi di errori procedurali che determinano eventi avversi/eventi sentinella e near miss;

La politica che si intende attuare riguarda i seguenti due ambiti di applicazione:

1. Consulenza, diagnosi e trattamento dei pazienti e del loro sistema di caregiving, declinata nelle seguenti aree, nel cui ambito sono pianificate una serie di attività:
 - Area perinatale-pediatria
 - Psicologia dello sviluppo,
 - Sostegno alla genitorialità,
 - Psicosomatica dello sviluppo,
 - Trauma psicologico e violenza domestica;
 - Area cardiovascolare e toracica
 - Screening psicologici pre-post operatori,
 - Strategie di coping e motivazionali,
 - Sostegno psicologico;
 - Area “critica” (rianimazioni, terapie intensive)
 - Supporto psicologico paziente e sistema familiare,
 - Gestione del trauma psicologico;
 - Area psiconcologica
 - Supporto psicologico paziente oncologico,
 - Terapia del dolore;
 - Area donazione e trapianti di organi e tessuti
 - Comunicazione del decesso,
 - Supporto alla famiglia nel processo decisionale.
2. Partecipazione al processo organizzativo, declinata nelle seguenti aree, nel cui ambito sono pianificate una serie di attività:
 - Comunicazione
 - Con il paziente,
 - All'interno dell'equipe,
 - Modalità di lavoro solidale;
 - Promozione Benessere
 - Valutazione stress lavoro correlato e alterazioni psicologiche,
 - Supporto psicologico,
 - «Attiviamo i buoni pensieri»;
 - Equipe
 - Valutazione delle relazioni e del processo collaborativo,
 - Supporto alla risoluzione di dinamiche conflittuali,
 - Supporto al processo organizzativo del lavoro d'equipe.

5. RIORGANIZZAZIONE DEL FUNZIONAMENTO DELLA TECNOSTRUTTURA

la Direzione Aziendale ha già avviato una riorganizzazione funzionale della tecnostruttura, adottando un nuovo modello gestionale delle attività orientato alla multidisciplinarietà, trasversalità e flessibilità, superando la rigidità dei vecchi modelli al fine di aumentare:

- la percezione delle criticità e degli obiettivi da raggiungere e dei percorsi e delle procedure per arrivarci,
- la capacità operativa dei singoli contributi professionali, riducendo i ritardi dovuti alla frammentazione organizzativa,
- le performance personali e dei gruppi in termini di tempestività e accuratezza;
- il senso di appartenenza all'organizzazione;

Questo nuovo modello gestionale di pianificazione, programmazione e realizzazione delle politiche e delle strategie aziendali poggia sul coinvolgimento delle figure professionali protagoniste nei processi realizzati trasversalmente all'organizzazione attraverso l'individuazione di Gruppi di Lavoro multidisciplinari, caratterizzati da una composizione iniziale, che poi sarà allargata successivamente ad altre figure professionali per essere maggiormente inclusivi, al fine di garantire la massima condivisione delle politiche e degli obiettivi aziendali.

Il lavoro dei gruppi multidisciplinari, caratterizzato dalla condivisione di scopi e obiettivi comuni all'interno del gruppo, coerenti e integrati con le strategie aziendali e con i lavori degli altri gruppi, nonché di metodi, strumenti e risorse appropriate e condivise con la Direzione Strategica, garantirà l'aumento della diffusione delle conoscenze all'interno dell'intera organizzazione e la riduzione della possibilità di errore nell'analisi, valutazione e progettazione dei processi e, in generale, nella realizzazione delle decisioni strategiche assunte, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi prefissati e del principio fondamentale e centrale nelle azioni aziendali della sostenibilità economica.

La Direzione Aziendale, nell'ambito delle politiche e delle linee strategiche definite, ha costituito i seguenti Gruppi di Lavoro, individuandone l'iniziale composizione multiprofessionale e multidisciplinare, prevedendo una "Cabina di Regia" con funzioni di supporto alla Direzione Strategica e coordinamento e monitoraggio dell'andamento delle attività previste dal Piano aziendale.

1. Cabina di regia e politiche per programmazione, controllo e valutazione delle attività,

con finalità di supportare la programmazione e il monitoraggio dell'applicazione del Piano Strategico nella dimensione quali-quantitativa e temporale, anche attraverso il coinvolgimento del personale operativo nella gestione di dati e di informazioni attendibili, precise e puntuali e lo sviluppo di cruscotti gestionali evoluti mediante l'integrazione delle piattaforme attualmente presenti in Azienda con lo strumento del data warehouse (DWH).

2. Politica per lo sviluppo della progettazione strutturale, impiantistica e tecnologica

con finalità di continuo aggiornamento del piano tecnologico aziendale e completamento della dotazione tecnologica, coerentemente con le fasi progettuali di realizzazione degli ampliamenti della struttura ospedaliera e delle nuove attività in fase di avvio, come ad esempio il punto di offerta di I livello perinatale.

3. Politica per la prevenzione e riduzione del Rischio Clinico, controllo dei processi/ percorsi e valutazione degli esiti

con finalità di attivazione e coordinamento dei percorsi di audit di gestione del Rischio Clinico, delle attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale in tema di prevenzione del rischio sanitario e di assistenza tecnica verso gli uffici legali aziendali nel caso di contenzioso.

4. **Politica per la valutazione e lo sviluppo delle risorse umane e del benessere degli operatori**
con finalità di sviluppo e monitoraggio della dotazione organica, coerentemente con il fabbisogno di personale definito in sinergia con Sapienza Università di Roma, di definizione dei piani di formazione aziendale, nonché di sviluppo, applicazione e continuo aggiornamento delle politiche per il benessere degli operatori, nell'ottica della crescita professionale e valorizzazione dei talenti.
5. **Politica per le strategie di approvvigionamento ed elaborazione dei capitolati di gara**
con finalità di adeguamento della programmazione degli acquisti agli obiettivi strategici e operativi aziendali prevedendo il coinvolgimento e la partecipazione dei professionisti nella costruzione delle procedure di acquisizione e di gara, di implementazione di un sistema integrato di monitoraggio della corretta gestione e dello scadenziario dei contratti in essere.
6. **Politica per lo sviluppo del Service Design, applicazione e monitoraggio dell'aderenza ai bisogni dell'utenza**
con finalità di sviluppare progetti sistemici per il miglioramento dell'accoglienza e della risposta alle necessità individuali, in funzione dell'analisi della stratificazione dell'utenza, e di rafforzare gli strumenti di partecipazione civica, mediante l'istituzione del tavolo del volontariato.
7. **Politica per la garanzia di equità di accesso alle cure**
con finalità di analizzare i meccanismi di generazione delle diseguaglianze e individuazione delle fasce vulnerabili, attivare interventi di audit con le professionalità coinvolte al fine di risolvere le criticità e rafforzare le azioni di tutela e presa in carico dei gruppi vulnerabili e di aggiornamento del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE).
8. **Politica per l'informatizzazione dei processi e sviluppo della telemedicina**
con finalità di completare l'informatizzazione dei processi in una logica di gestione integrata multiplatforma e di semplificazione delle attività, nonché di progettazione, implementazione e coordinamento con i professionisti delle tecnologie innovative di ICT al fine di erogare servizi di assistenza sanitaria attraverso la telemedicina.
9. **Verifica e monitoraggio della corretta contabilizzazione dei ricavi aziendali**
con finalità di verificare e monitorare tutti i processi che generano la valorizzazione della produzione a vario titolo apportando i correttivi necessari onde evitare potenziali situazioni che contribuiscano al peggioramento del risultato di esercizio aziendale.
10. **Comunicare in Ospedale e comunicare l'ospedale**
con finalità di analizzare e implementare appropriate innovative ed efficaci forme e strumenti di comunicazione, condivisione e disponibilità delle informazioni all'interno dell'Azienda e verso i pazienti, i loro familiari e tutti gli altri Stakeholder.

Nell'ambito delle politiche e linee strategiche di rispettiva competenza, i suddetti gruppi di lavoro hanno impostato una iniziale pianificazione delle azioni, oggetto di continuo e progressivo aggiornamento, come riepilogato di seguito:

Gruppo di lavoro "2 - progettazione per lo sviluppo strutturale, impiantistico e tecnologico" ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Valutazione di fattibilità in relazione alla proposta di utilizzo degli spazi ospedalieri nel rispetto dei percorsi organizzativi, degli standard di sicurezza e della migliore distribuzione delle funzioni relativamente al piano terra dell'ospedale;

- Valutazione e progettazione di spazi commerciali;
- Identificazione delle attrezzature necessarie ad ulteriori sviluppi infrastrutturali;
- Individuazione delle risorse economiche con riferimento alle coperture necessarie;
- Istituzione di un organismo per la valutazione dei requisiti strutturali e organizzativi sanitari per la salute e sicurezza nel lavoro (RTSO).

Gruppo di lavoro “3 - prevenzione e riduzione del Rischio Clinico, controllo dei processi /percorsi e valutazione degli esiti” ha focalizzato l’attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Aggiornamento DVR e DUVRI;
- Realizzazione di un modello per la valutazione integrate del Rischio;
- Formazione integrata e partecipata;
- Sviluppo dei PDTA che abbiano anche una struttura per il monitoraggio degli esiti con la loro informatizzazione;
- Verifica degli esiti dei monitoraggi infettivi in tutti gli ambiti e programmazione, se necessario, di interventi.

Gruppo di lavoro “4 - valutazione e sviluppo delle risorse umane e del benessere degli operatori” ha focalizzato l’attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Obiettivi e sviluppi potenziali prodotti dai team di lavoro del gruppo strategico nella fase iniziale;
- Progetto formativo ed attuativo per gli operatori della COA;
- Proposte sul benessere degli operatori;
- Attivazione dimissione orientata – COA + unità operative;
- Trovare talenti;
- Laboratori di formazione;
- Strumenti e metodi di gratificazione / valorizzazione;
- Formazione integrata per ogni strategia aziendale.

Gruppo di lavoro “5 - strategie di approvvigionamento ed elaborazione dei capitolati di gara” ha focalizzato l’attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Revisione e razionalizzazione delle politiche di approvvigionamento con particolare riferimento all’area dei Dispositivi Medici;
- Flessibilità e razionalizzazione dei servizi;
- Sistema di monitoraggio integrato - (Fabbisogni – Gestione – Scadenze);
- Ottimizzazione della gestione dei percorsi chirurgici in sala operatoria e disponibilità dei dispositivi.

Gruppo di lavoro “6 - sviluppo del Service Design, applicazione e monitoraggio dell’aderenza ai bisogni dell’utenza” ha focalizzato l’attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Sviluppo delle tecniche di funzionamento del PUAO e identificazione delle risorse;
- Realizzazione spazi commerciali;
- Realizzazione CUP diffuso (Deliberazione Progetto) – Mappa per il CUP Diffuso con Totem per pagamento;
- Formazione degli operatori sulla comunicazione orientata;
- Progettazione di forme di partecipazione dei pazienti;
- Verifica della qualità percepita dai pazienti;
- Riorganizzazione dell’URP e degli spazi;
- Costruzione della comunicazione per i percorsi ambulatoriali.

Gruppo di lavoro “8 - informatizzazione dei processi e sviluppo della telemedicina” ha focalizzato l’attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Riorganizzazione dei profili di accesso ai Sistemi Aziendali;
- Organizzazione ed operatività del Centro Servizi per la Telemedicina;
- Ottimizzazione digitalizzazione camere operatorie;
- Firma digitale allo sportello CUP Diffuso;
- Digitalizzazione fino alla conservazione sostitutiva della documentazione sanitaria;
- Digitalizzazione delle attività della Centrale Operativa Ospedaliera – COA;
- Prestazioni ambulatoriali in Telemedicina – Pianificazione e sviluppo delle Agende;
- Sviluppo dell'integrazione delle attività ambulatoriali.

Gruppo di lavoro “9 - Verifica e monitoraggio della corretta contabilizzazione dei ricavi aziendali” ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Proposta di metodologia definizione tariffe aziendali Extra LEA;
- Monitoraggio delle attività che generano la valorizzazione della produzione;
- Ricognizione crediti;
- Ottimizzazione dei ricavi e corretta rendicontazione della produzione;
- Sviluppo di una logica imprenditoriale pubblica;
- Ricognizione e monitoraggio di tutte le attività che comportano ricavi aziendali;
- Efficientamento Contratti Passivi.

Gruppo di lavoro “10 - Comunicare in Ospedale e comunicare l'ospedale” ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Presentazione della prima fase dimissione orientata;
- Presentazione Procedure di Pronto Soccorso;
- Sottoscrizione da parte delle ASL della Dimissione Orientata;
- Presentazione del Progetto Telemedicina.

6. POLITICHE PER LO SVILUPPO, LA VALORIZZAZIONE, IL BENESSERE DELLE RISORSE UMANE

a. LE POLITICHE DI GESTIONE DEL PERSONALE

Le organizzazioni del servizio sanitario sono caratterizzate dai più alti indicatori di complessità, dal più alto tasso di specializzazione del capitale umano e di innovazione tecnologica. Si prestano pertanto ad essere considerate “organizzazioni della conoscenza” in cui la valorizzazione del capitale umano rappresenta il fattore strategico per ogni politica aziendale volta a garantire qualità e sostenibilità del SSN, anche in relazione a:

- invecchiamento dei professionisti sanitari, che risulta una criticità di crescente rilevanza e non ancora adeguatamente assimilata nei meccanismi di gestione del personale;
- innalzamento dell'età pensionabile, che per molti lavoratori probabilmente determinerà una vita lavorativa più lunga. Per questo, è importante impegnarsi per garantire condizioni di lavoro sicure e sane in tutto l'arco della vita lavorativa;
- criticità relative all'inserimento e all'adattamento lavorativo delle giovani generazioni di professionisti.

In un contesto di servizi avanzati ad elevato contenuto professionale come quello dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, il contributo e, quindi, la competenza e la voglia del personale risulta determinante per la produzione di migliori risultati e maggiori livelli di soddisfazione dei pazienti e di tutti gli Stakeholder. La ricchezza dell'organizzazione è fatta proprio dai professionisti che vi lavorano, dai loro

cervelli, dal loro ingaggio e dalla loro capacità di integrare fra loro competenze e pratiche lavorative, diventando le risorse più importanti, il patrimonio principale che l'Azienda ha a disposizione.

L'Azienda non può essere, quindi, un luogo omologante, ma una comunità di persone in cui le singolarità e le differenze rinforzano l'appartenenza e la cultura collettiva; un "luogo" che investe consapevolmente sulle persone con la loro storia, le loro attese e i loro valori, e ne favorisce la responsabilizzazione, l'auto-riflessione, la voglia di mettersi in gioco.

La soddisfazione degli operatori, siano essi dirigenti medici o sanitari, infermieri e tecnici oppure operatori amministrativi, risulta essere sempre essenziale per una progettazione e una realizzazione di servizi alla persona che siano sempre più efficaci e avanzati.

Soprattutto in stagioni di crisi e di contenimento della spesa pubblica, come quella che il nostro Paese sta attraversando, risulta determinante promuovere e sostenere una buona gestione degli operatori; sono loro che possono fare la differenza per costruire prospettive future migliori e raggiungere alti livelli qualitativi nelle prestazioni erogate in costante e progressivo miglioramento per l'Azienda, il SSR e il SSN in generale.

Le direttrici attraverso le quali viene sviluppata la politica di gestione e valorizzazione del personale nel triennio si riferiscono ai seguenti ambiti:

1. Stabilizzazione del personale precario

Come più estesamente rappresentato nel capitolo 3.3 del presente Piano, relativo al Piano triennale dei fabbisogni di personale, la tabella seguente sintetizza le procedure di stabilizzazione che si intendono realizzare, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. e dell'art. 1 c. 268 della L. 234/2021.

D.Lgs. 75/2017 art. 20 c.2	
Profilo Professionale	N. dipendenti
Assistenti sociali	2
Dirigenti psicologi	1

Legge 234/2021 art. 1 c.268 lett. b	
Profilo Professionale	N. dipendenti
Dirigenti medici	11
OSS	20
Tecnici laboratorio biomedico	8
Tecnici radiologia medica	8
Infermieri	27
Fisioterapisti	1

2. Gestione e monitoraggio della dotazione organica

L'analisi dei fabbisogni di personale per ruolo e profilo professionale, in funzione dei modelli organizzativi e degli standard definiti per la garanzia della continuità assistenziale richiede la continua revisione delle modalità di costruzione della dotazione organica per unità operativa e per disciplina specialistica, utilizzando gli standard regionali nell'ambito del quadro di riferimento definito dalla normativa vigente.

A tal fine è pianificata la creazione di un cruscotto informatico dinamico di monitoraggio della consistenza organica, continuamente aggiornato in funzione delle entrate e delle uscite di personale e della dotazione organica al fine di:

- Favorire le scelte aziendali
- Garantire la certezza del fabbisogno, rispetto alle risorse già assegnate,

- Monitorare la spesa del personale, rispetto al budget assegnato e alla sostenibilità delle scelte adoperate.

3. Iniziative collegate al welfare del personale dipendente

Negli ultimi anni gli investimenti aziendali diretti a finanziare il welfare sono cresciuti, e la sua erogazione è attualmente uno degli strumenti più efficaci per migliorare la propria immagine aziendale, promuovere best practices tra i dipendenti e fidelizzarli. La distribuzione di benefit welfare risulta, dunque, una importante leva e opportunità per le aziende anche in relazione alla normativa fiscale particolarmente vantaggiosa.

La politica di welfare aziendale che l'Azienda ospedaliero-universitaria intende sviluppare, riguarda un insieme di beni e servizi da erogare ai propri dipendenti per supportarne il work life balance e per migliorare il loro benessere, definiti o da definire a livello di contrattazione integrativa e riguardanti la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei propri dipendenti, sostenuti mediante utilizzo di quota parte del Fondo premialità e condizioni di lavoro, tra i quali:

- iniziative di sostegno al reddito della famiglia (sussidi e rimborsi);
- supporto all'istruzione e promozione del merito dei figli;
- contributi a favore di attività culturali, ricreative e con finalità sociale;
- prestiti a favore di dipendenti in difficoltà ad accedere ai canali ordinari del credito bancario o che si trovino nella necessità di affrontare spese non differibili;
- polizze sanitarie integrative delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale anche a copertura di particolari eventi avversi (es. ictus, infarto, ecc.) aggiuntivi a quanto già indicato dall'art. 86 del CCNL, riguardante le coperture assicurative per la responsabilità civile;
- contribuzione delle spese per l'attivazione di convenzioni per asili nido ove non presenti in azienda.

b. ATTIVIAMO I BUONI PENSIERI

Il personale del settore sanitario si trova nella condizione di dover conciliare il lavoro con gli impegni familiari, gestire l'ansia e la paura per la propria salute e dei familiari, di contenere segni di stress post-traumatico come conseguenze del Covid19 (come lutti, paura e incertezza per il futuro o per i contagi), ansia per la propria salute, la gestione dei figli, il rapporto di coppia e più in generale senso di affaticamento.

L'ascolto del lavoratore tramite una mirata assistenza psicologica costituisce per l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea una politica fondamentale di supporto destinata a tutti gli operatori per evitare le ricadute post traumatiche al fine di migliorare la resilienza individuale e contribuire a ripristinare un clima collaborazione e stima e fiducia nell'ambiente di lavoro.

A tal fine, è stato avviato il progetto "Incontriamoci", mirato a favorire la prevenzione del disagio psicologico correlato al rischio lavorativo ed extralavorativo nei dipendenti.

Il progetto è indirizzato a creare uno sportello di ascolto per il lavoratore per analizzare le cause lavorative ed extralavorative di stress, traumi, ansie, paure e che possa aiutarlo a migliorare il percorso lavorativo e l'integrazione sociale.

"Incontriamoci" è un servizio di ascolto psicologico, ideato dalla UOD Medicina del Lavoro e realizzato in collaborazione con la UOD di Psicologia Clinica, dedicato ai dipendenti e agli specializzandi dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea per la promozione del benessere dei lavoratori. Si rivolge a coloro che, incontrando difficoltà personali o relazionali nella vita familiare e sociale, desiderano un supporto per superare una situazione di disagio psicologico.

I professionisti della UOD Psicologia clinica calendarizzeranno alcuni incontri con quanti ne faranno volontariamente richiesta, per offrire brevi consulenze ed eventuale orientamento rispetto a percorsi specializzati, offrendo un servizio gratuito e garantendo che le informazioni fornite rimarranno strettamente riservate.

Nell'ambito della politica “Sviluppo, la valorizzazione, il benessere delle risorse umane”, il contributo del gruppo di lavoro “progettazione per lo sviluppo strutturale, impiantistico e tecnologico” ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Progetto formativo ed attuativo per gli operatori della COA;
- Proposte di iniziative riguardanti il benessere degli operatori;
- Attivazione dimissione orientata: integrazione tra COA e Unità Operative;
- La valorizzazione dei talenti;
- Laboratori di formazione;
- Strumenti e metodi di gratificazione / valorizzazione del personale;
- Formazione integrata per ogni strategia aziendale.

7. COMUNICARE IN OSPEDALE E COMUNICARE L'OSPEDALE

c. LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE, RAFFORZAMENTO DELLA COMUNICAZIONE, LA PARTECIPAZIONE CIVICA

La politica aziendale è delineata considerando i valori che ispirano l'azione dell'OMS e dell'Unione Europea sul tema della centralità del paziente e della comunicazione e intende realizzare tale visione attraverso i seguenti cinque principi cardine:

- umanizzazione delle cure: la persona deve essere al centro di ogni intervento sanitario e sociosanitario, deve essere accolto con i suoi bisogni assistenziali e deve poter vedere riconosciuti, protetti e promossi i propri diritti, deve poter partecipare alle decisioni che lo riguardano e deve poter accedere a servizi di cura appropriati e di qualità;
- servizi di prossimità: la pandemia da COVID-19 ha dimostrato come sia necessario intervenire su tutte quelle condizioni di “isolamento” che costituiscono fattori di rischio per la salute delle persone. In un'ottica di ripartenza, l'integrazione con i servizi territoriali deve risultare centrale, anche attraverso l'utilizzo degli strumenti della telemedicina;
- integrazione con la comunità: le persone devono essere incluse e poter partecipare attivamente alla vita sociale. È necessario implementare modelli innovativi per l'integrazione socio-sanitaria in un'ottica di sostenibilità e appropriatezza basata su interventi evidence-based, che tengano conto anche delle differenze di genere. Gli interventi devono basarsi sull'integrazione dei diversi aspetti per consentire il recupero della salute del paziente e il suo benessere biopsicosociale all'interno della comunità di appartenenza, in modo da raggiungere il più alto livello di funzionamento e di partecipazione alla vita comunitaria, liberi da ogni forma di stigma e discriminazione, diretta e/o indiretta;
- interventi centrati sui fattori protettivi: la salute delle persone è fortemente influenzata da fattori protettivi tra i quali la possibilità di comunicare e di essere compreso, le interazioni interpersonali positive, la coesione sociale, la possibilità di accesso ai servizi socio-culturali e educativi. Ogni intervento sul singolo paziente deve prevedere il più ampio coinvolgimento del contesto familiare e/o di vita comunitaria (famiglia, scuola, lavoro, ecc.) anche con interventi formativi/informativi;
- comunicazione trasparente: sia sotto l'aspetto linguistico-culturale (le persone devono poter comprendere ed essere comprese) anche con l'ausilio di mediatori, sia sotto l'aspetto della comunicazione nella relazione di cura che deve avvenire secondo un'etica basata sul dialogo aperto e multidimensionale con il paziente, i suoi familiari e/o le persone che vivono nel suo contesto.

Dunque le politiche pianificate intendono realizzare un ospedale fondato sul valore della centralità della persona, in grado di fornire cure rispettose, premurose, tutelanti la cultura personale e contemporaneamente sensibili ai fabbisogni, ai valori, al contesto culturale e alle preferenze dell'utenza.

Le azioni previste si realizzeranno nei seguenti ambiti:

1. Rafforzamento della comunicazione, per diffondere le informazioni, garantire la trasparenza dei percorsi e sedimentare la fiducia nei confronti dell'organizzazione, attraverso l'adozione di strumenti di rafforzamento della comunicazione con l'utenza, quali:
 - Apertura e rafforzamento social media rivolto all'utenza,
 - Realizzazione di App per i pazienti trattati in pronto soccorso e di App per la messa a disposizione di servizi on line ("way finding", informazioni, prenotazioni ecc.),
 - Restyling sito web e aggiornamento dei contenuti.
2. Sviluppo degli istituti di partecipazione civica, per assicurare e valorizzare l'ascolto del paziente e dei suoi familiari e migliorare la qualità dei servizi erogati, favorendo, nel processo di cura, il ruolo attivo del malato, delle famiglie, degli accompagnatori e delle organizzazioni rappresentative delle istanze degli utenti, quali:
 - Potenziamento dei sistemi di raccolta dei bisogni e delle esigenze del paziente mediante l'utilizzo degli istituti della partecipazione (tavolo misto permanente) che costituiscono anche strumento di valutazione civica delle performance aziendali;
 - Utilizzo di sistemi di stratificazione dell'utenza quali interviste al paziente, sottoposizione di questionari per rilevarne il livello di soddisfazione e analisi delle segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

Gli effetti positivi della realizzazione delle suddette azioni si possono sintetizzare in:

- Miglioramento dell'esperienza del paziente durante il percorso di cura e innalzamento dei livelli di qualità dei servizi erogati;
- Prevenzione dei conflitti: la costruzione di un sistema pensato sull'individuo risponde al bisogno di protezione e contribuisce a infondere nel paziente il senso di fiducia nell'organizzazione.

d. PROGETTI DI SVILUPPO DELL'ACCOGLIENZA

Accoglienza e umanizzazione sono i due principi fondanti per un sistema di cure centrato sul paziente e determinanti per realizzare un Ospedale inclusivo, accogliente e confortevole.

La ricerca e l'attuazione di azioni per il miglioramento dell'accoglienza e dell'orientamento, per la personalizzazione dei servizi in una visione di comfort globale e per il consolidamento nella posizione di centralità della persona, ad ogni livello di organizzazione, risultano determinanti per tali fini.

La politica aziendale in questo ambito si svilupperà attraverso la realizzazione di una serie di interventi, strutturali e organizzativi, finalizzati a valorizzare l'accoglienza e l'umanizzazione del rapporto con gli utenti, attraverso l'implementazione di:

- Punto Unico di Accoglienza ai servizi, al fine di garantire:
 - o Prima accoglienza e orientamento ai servizi,
 - o Supporto informativo,
 - o Assistenza nell'utilizzo dei Totem multifunzione distribuiti nelle aree comuni dell'ospedale,
 - o Accompagnamento e facilitazione di accesso ai percorsi dell'ospedale,
 - o Presa in carico delle complessità/vulnerabilità.
- Punto di Accoglienza in Pronto Soccorso, al fine di garantire:
 - o Accoglienza e orientamento a pazienti e familiari al momento dell'arrivo,
 - o Accompagnamento alle aree di attesa e gestione del comfort durante la permanenza in Pronto Soccorso,
 - o Supporto informativo, anche mediante la distribuzione brochure,
 - o Aggiornamento delle comunicazioni di carattere non sanitario durante i tempi di attesa,

- Punto di riferimento e raccordo tra utente, familiari e il personale sanitario,
- Presenza continuativa per richieste di natura non sanitaria.
- CUP “diffuso” nelle diverse aree ambulatoriali aziendali, al fine di garantire:
 - la facilitazione delle operazioni di prenotazione e accettazione delle prestazioni ambulatoriali,
 - lo snellimento e la velocizzazione delle operazioni amministrative nei percorsi ambulatoriali.
- Punto oncologico di accesso e continuità di cura (PACO), al fine di garantire:
 - l'orientamento e l'accesso nella rete del paziente oncologico, dal sospetto diagnostico alle diverse fasi della malattia,
 - la facilitazione del collegamento fra i nodi della rete integrata ospedaliera e inter-aziendale.
- Valorizzazione del “Caring” come valore di accoglienza. Il “Caring” è il cuore del nursing e non può esistere un'assistenza di qualità senza “Caring”, anche se tecnicamente eccellente. Questo principio è imprescindibile se si vuole intraprendere un percorso di valorizzazione delle cure umanizzate e adattate all'individualità della persona assistita.

Nell'ambito della politica “Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale”, il contributo del gruppo di lavoro “progettazione per lo sviluppo strutturale, impiantistico e tecnologico” ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Sviluppo delle tecniche di funzionamento del PUAO e identificazione delle risorse;
- Realizzazione spazi commerciali;
- Realizzazione CUP diffuso: mappa per il CUP Diffuso con evidenza dei Totem per il pagamento;
- Formazione degli operatori sulla comunicazione orientata;
- Progettazione di forme di partecipazione dei pazienti;
- Verifica della qualità percepita dai pazienti;
- Riorganizzazione dell'URP e degli spazi;
- Costruzione della comunicazione per i percorsi ambulatoriali;

Nell'ambito della politica “Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale”, il contributo del gruppo di lavoro “Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale” ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Presentazione della prima fase dimissione orientata;
- Presentazione Procedure di Pronto Soccorso;
- Sottoscrizione da parte delle ASL della Dimissione Orientata;
- Presentazione del Progetto Telemedicina.

2.2.2 Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2023-2025

Dalle Politiche e Linee Strategiche che l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha definito per il triennio 2023-2025, sono individuati e declinati gli Obiettivi Strategici e Operativi, che vengono raggruppati e rappresentati all'interno dell'Albero della Performance nelle seguenti tre Aree Strategiche.

- Area Strategica del **Governo Clinico**, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati alla produzione, sia in termini di volumi e di riqualificazione dell'offerta assistenziale, sia in termini di qualità, efficienza ed appropriatezza delle prestazioni; tali obiettivi tengono conto degli indirizzi generali correlati ai Piani di Rientro e ai Programmi Operativi;
- Area Strategica del **Governo Economico**, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici di collegamento tra Ciclo di Gestione della Performance e Ciclo di Programmazione e di Bilancio, al fine di realizzare la corretta allocazione delle risorse rispetto agli obiettivi, l'economicità e la sostenibilità

dell'attività sanitaria ed amministrativa. In particolare sono individuati obiettivi volti a garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, puntando sull'efficienza e l'economicità delle principali voci di spesa: personale, farmaceutica e acquisti/ investimenti;

- Area Strategica del **Governo dei Processi**, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici rappresentanti la macroarea più ampia ed eterogenea, in quanto sono correlati ai controlli e monitoraggi che devono essere effettuati sia sull'attività sanitaria che sull'attività amministrativa, alle attività correlate alla formazione, alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ed al risk management, all'attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, nonché agli adempimenti previsti dai Programmi Operativi della Regione Lazio.

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

Albero della performance 2023-2025

A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO
A.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale
A.2 - Appropriata organizzazione, efficienza, qualità ed esito delle cure
A.3 - Governo Liste d'Attesa
B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO
B.1 - Equilibrio Economico Finanziario
B.2 - Personale
B.3 - Farmaceutica
B.4 - Procedure di acquisto ed investimento
C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI
C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile
C.2 - La cooperazione funzionale tra aziende
C.3 - Ospedale senza muri
C.4 - Attività psicologica nella trasversalità clinica organizzativa
C.5 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura
C.6 - Politiche per lo sviluppo, la valorizzazione, il benessere delle risorse umane
C.7 - Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale

Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2023-2025 sono dunque identificati e rappresentati nella seguente tabella.

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione <u>Obiettivo Operativo</u>	<u>Indicatore</u> Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO					
A.1 - Volumi e Riquilificazione Offerta Assistenziale					
- Volumi dei ricoveri a Ciclo Continuo	A.1.1	Incremento del volume dei Ricoveri a Ciclo Continuo e degli interventi chirurgici	Volume complessivo di Ricoveri a Ciclo Continuo pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Volumi dei ricoveri a Ciclo Diurno	A.1.2	Day Hospital Chirurgico: Incremento dei cicli di Day Surgery - One-Day Surgery	Volume complessivo di Ricoveri di Day Surgery - One-Day Surgery pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
	A.1.3	Day Hospital Chirurgico: Incremento dei cicli di Day Hospital	Volume complessivo di Ricoveri di Day Hospital pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Volumi delle Prestazioni Ambulatoriali per esterni	A.1.4	Incremento del volume delle Prestazioni Ambulatoriali per Esterni	Volume complessivo di Prestazioni Ambulatoriali per Esterni pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Volumi delle prestazioni per interni	A.1.5	Incremento del numero di prestazioni per interni erogate nel periodo	Numero complessivo di prestazioni erogate per interni nel periodo pari o superiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	50%
A.2 - Appropriately organizzativa, efficienza, qualità ed esito delle cure					
- Tempestività della procedura di PTCA nei pazienti con STEMI	A.2.1	Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica transluminale PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero	Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero pari o superiore alla percentuale proposta	60%	50%
- Tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	A.2.2	Proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano eseguiti entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	Numero di interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti entro 48 ore / Totale interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti pari o superiore alla percentuale proposta	60%	50%
- Ottimizzazione della durata della degenza ospedaliera dei pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica	A.2.3	Ridurre la durata della degenza post - operatoria nei pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a 3 gg/ Totale delle colecistectomie laparoscopiche pari o superiore alla percentuale proposta	85%	70%
Appropriatezza nella scelta del setting assistenziale	A.2.4	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione sul totale dei ricoveri da PS in reparti chirurgici pari o superiore al valore proposto	80%	60%
Efficienza ospedaliera e integrazione ospedale-territorio	A.2.5	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia dei pazienti ≥ 65 anni	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia dei pazienti ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici pazienti ≥ 65 anni pari o inferiore al valore proposto	3%	10%
- Riduzione della Degenza Media	A.2.6	Decremento della Degenza Media in area medica (elenco UO)	Degenza media pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Riduzione della Degenza Media pre operatoria per gli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	A.2.7	Decremento della Degenza Media pre - operatoria per gli interventi chirurgici programmati	Degenza media pre - operatoria per gli interventi chirurgici programmati pari o inferiore al valore proposto	1,5	2,5
- Ricoveri a Ciclo Continuo	A.2.8	Riduzione dei dimessi in regime ordinario a rischio di inappropriately	Proporzione dei dimessi in regime ordinario a rischio di inappropriately sul totale entro le soglie regionali previste	100%	50%
- Ricoveri a Ciclo Diurno	A.2.9	Day Hospital Chirurgico: Riduzione casi chirurgici inappropriati	Numero di casi chirurgici appropriati sul totale dei casi chirurgici pari alla percentuale proposta	100%	50%
	A.2.10	Day Hospital Medico: Riduzione accessi medici inappropriati	Numero di accessi medici appropriati sul totale degli accessi medici pari alla percentuale proposta	100%	50%
- Riduzione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 143 del 1 agosto 2019)	A.2.11	Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento entro 15 minuti	Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento entro 15 minuti sul totale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento pari o superiore al valore proposto	85%	50%
	A.2.12	Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento entro 60 minuti	Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento entro 60 minuti sul totale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento pari o superiore al valore proposto	80%	50%
	A.2.13	Percentuale di pazienti ricoverati da Pronto Soccorso e in destinazione (da ricoverare, in attesa di posto letto) sul totale degli accessi entro lo standard regionale	Percentuale di pazienti ricoverati da Pronto Soccorso e in destinazione (da ricoverare, in attesa di posto letto) sul totale degli accessi pari o inferiore al valore proposto	20%	25%
	A.2.14	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso, ad eccezione dei transiti in OBI e degli accessi con esito ricoverato, chiusi entro lo standard nazionale	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso, ad eccezione dei transiti in OBI e degli accessi con esito ricoverato, chiusi entro 8 ore	90%	50%

A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO

A.2 - Appropriatelyzza organizzativa, efficienza, qualità ed esito delle cure

Riduzione del sovraccollamento in Pronto Soccorso (Accordo)	A.2.15	Percentuale di accessi in OBI chiusi entro lo standard nazionale	Percentuale di accessi in OBI chiusi entro 44 ore dall'arrivo del paziente in Pronto Soccorso (data e ora triage)	100%	50%
	A.2.16	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con esito ricovero chiusi entro lo standard regionale	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con esito ricovero chiusi entro 12 ore pari al valore proposto	100%	50%
Riduzione degli "abbandoni" dal Pronto Soccorso	A.2.17	Riduzione degli abbandoni da Pronto Soccorso	Percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso pari o inferiore al valore proposto	10%	30%
Donazione Organi e Tessuti	A.2.18	Donazione di organi e tessuti (numero di donatori in morte encefalica, accertamenti morte encefalica con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in Rianimazione-Terapia Intensiva)	Numero di donatori procurati sul Numero di soggetti con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica (nei tempi e modi stabiliti dalla normativa) pari o superiore al valore proposto	65%	0%
Autosufficienza sangue	A.2.19	Raggiungere l'autosufficienza di sangue a livello regionale	Incremento dell'attività di raccolta di sangue (numero di unità raccolte) nell'anno 2023 del 10% rispetto all'anno 2022	105%	0%

A.3 - Governo Liste d'Attesa

Tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali	A.3.1	Presenza in carico dei pazienti ambulatoriali e garanzia continuità - Pianificazione dei percorsi di trattamento e follow-up dei pazienti presi in carico	Percentuale prenotazioni accessi successivi al primo sul totale delle prenotazioni pari o superiore al valore proposto	90%	50%
Tempi di attesa per classe di priorità dei ricoveri programmati	A.3.2	Monitoraggio e rispetto dei Tempi di attesa massimi per classe di priorità A dei ricoveri programmati	Proporzione di ricoveri di classe di priorità A erogati entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa pari o superiore al valore proposto	90%	50%
	A.3.3	Monitoraggio e rispetto dei Tempi di attesa massimi per classe di priorità B dei ricoveri programmati	Proporzione di ricoveri di classe di priorità B erogati entro 60 giorni dall'inserimento in lista di attesa pari o superiore al valore proposto	90%	50%
	A.3.4	Monitoraggio e rispetto dei Tempi di attesa massimi per classe di priorità C dei ricoveri programmati	Proporzione di ricoveri di classe di priorità C erogati entro 180 giorni dall'inserimento in lista di attesa pari o superiore al valore proposto	90%	50%
Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa	A.3.5	Proporzione di ricoveri erogati nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore (mammella, prostata, colon, retto, polmone, utero, melanoma, tiroide)	Proporzione di ricoveri di classe di priorità A erogati entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa per interventi chirurgici per tumore (mammella, prostata, colon, retto, polmone, utero, melanoma, tiroide) sul totale dei ricoveri erogati di classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore (mammella, prostata, colon, retto, polmone, utero, melanoma, tiroide) pari o superiore al valore proposto	85%	50%
Liste di attesa per il ricovero ordinario chirurgico di elezione	A.3.6	Revisione e "pulizia" delle liste di attesa per i ricoveri ordinari chirurgici in elezione entro 30 giorni dalla condivisione dell'obiettivo	Comunicazione alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione, entro 30 giorni dalla condivisione dell'obiettivo, dell'avvenuta revisione delle Liste di attesa per il ricovero ordinario chirurgico in elezione	100%	70%

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione Obiettivo Operativo	Indicatore Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
-----------------	--------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------	--------

B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO

B.1 - Equilibrio Economico Finanziario

BUDGET DI REPARTO: Farmaci ed Emoderivati : contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	B.1.1	Rispetto del tetto assegnato per la spesa farmaceutica ospedaliera definito nel Bilancio di Previsione	Tetto della spesa farmaceutica ospedaliera (farmaci ed emoderivati) pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
BUDGET DI REPARTO: Altri Beni Sanitari : contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	B.1.2	Rispetto del tetto assegnato per la spesa degli altri beni sanitari (monouso, protesi, dispositivi, ecc.) definito nel Bilancio di Previsione	Tetto di spesa degli altri beni sanitari (monouso, protesi, dispositivi, ecc.) pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
BUDGET DI SPESA CENTRI ORDINANTI: contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	B.1.3	Rispetto del tetto di spesa (B3 Servizi) assegnato per gli acquisti di competenza della struttura definito nel bilancio di previsione (non comprende la revisione prezzi)	Spesa per gli acquisti (B3 - Servizi) di competenza della struttura pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
	B.1.4	Rispetto del tetto di spesa (B3.3 altri beni sanitari) assegnato per gli acquisti di competenza della struttura definito nel bilancio di previsione (non comprende la revisione prezzi)	Spesa per gli acquisti (B3.3 altri beni sanitari) di competenza della struttura pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%

B.1 - Equilibrio Economico Finanziario

Valorizzazione attività produttiva	B.1.5	Predisposizione di un regolamento per la corretta gestione delle attività che comportano ricavi	Presentazione regolamento entro il 31/12/2023	1	0
------------------------------------	-------	---	---	---	---

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione Obiettivo Operativo	Indicatore Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO					
B.1 - Equilibrio Economico Finanziario					
- Tempestività della liquidazione delle fatture	B.1.6	Rispetto dei tempi previsti per la lavorazione e liquidazione delle fatture	Importo fatture liquidate entro 30 giorni dall'assegnazione/Totale importo fatture assegnate alla struttura, pari o superiore alla percentuale proposta	100%	80%
	B.1.7	Monitoraggio dei tempi previsti per la liquidazione delle fatture	Produzione di un report trimestrale che evidenzia per ogni UUOO competente l'importo delle fatture liquidate entro 30 giorni dall'assegnazione sul totale importo fatture assegnate	4	0
- Monitoraggio Fondo Rischi	B.1.8	Monitoraggio del fondo rischi finalizzato a verificare il corretto accantonamento oltre che del rischio di soccombenza anche degli oneri legali sostenuti per il patrocinio	Report trimestrale a strutture coinvolte e direzione strategica	4	0
Monitoraggio consumo farmaci antimicrobici e relativi costi	B.1.81	Elaborazione e diffusione con cadenza definita di report sul consumo dei farmaci antimicrobici e dei relativi costi sostenuti	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria e al Controllo di gestione di report sul consumo dei farmaci antimicrobici e dei relativi costi sostenuti per Unità Operativa, con cadenza quadrimestrale	3	0
- Monitoraggio convenzioni attive	B.1.9	Monitoraggio trimestrale sulla contabilizzazione, fatturazione e riscossione convenzioni attive	Report trimestrale a strutture coinvolte e direzione strategica	4	0
- Corretta gestione delle rimanenze di magazzino dei beni sanitari	B.1.91	Monitoraggio delle rimanenze di magazzino di Reparto dei beni sanitari	Compilazione elenco rimanenze di magazzino di reparto su file trasmesso dalla Farmacia con cadenza trimestrale entro il giorno 10 del mese successivo alla scadenza	4	0
	B.1.92	Monitoraggio delle rimanenze di magazzino di Reparto dei beni sanitari	Trasmissione ai Coordinatori Infermeristici/Tecnici del file per la compilazione dell'elenco delle rimanenze di magazzino di reparto con cadenza trimestrale entro il giorno 20 dell'ultimo mese del trimestre (20 marzo, 20 giugno, 20 settembre e 20 dicembre)	4	0
B.2 - Personale					
- Spesa del Personale	B.2.1	Rispetto del tetto di spesa assegnato per la spesa del Personale definito nel Bilancio di Previsione	Spesa per il Personale pari o inferiore al valore proposto	Individato per il CdR	102,5%
- Governo dello straordinario (ore)	B.2.2	Rispetto del tetto delle ore di Straordinario al fine di garantire quanto previsto nel Bilancio di Previsione e quanto stanziato nei Fondi aziendali	Numero di ore di straordinario pari o inferiore al valore proposto	Individato per il CdR	102,5%
- Governo delle Prestazioni Aggiuntive (ore)	B.2.3	Contenimento delle prestazioni aggiuntive non coperte da finanziamenti ad hoc (Piano pandemico, recupero prestazioni e ricoveri sospesi), compatibilmente con l'ingresso delle nuove risorse e la revisione organizzativa, al fine di garantire quanto previsto nel Bilancio di Previsione	Numero di ore di Prestazioni aggiuntive pari o inferiore al valore proposto	Individato per il CdR	102,5%
- Procedure di stabilizzazione	B.2.4	Conclusione delle procedure di stabilizzazione per il comparto	Conclusione delle procedure di stabilizzazione per il comparto	1	0
- Regolamento per l'attribuzione e revoca degli incarichi	B.2.5	Revisione e adeguamento del regolamento per l'attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e non in applicazione del nuovo contratto	Predisposizione entro il 30/06/2023 di un regolamento aggiornato	1	0
B.3 - Farmaceutica					
- Farmaceutica ospedaliera in File F (flusso FARMED): corretta rendicontazione (completezza e tempestività)	B.3.1	Completa rendicontazione dei farmaci rientranti nel Flusso Farmed (File F) entro i termini previsti	Valore dei farmaci rendicontati nel flusso FARMED nel periodo/ Totale dei Farmaci rendicontabili FILE F scaricati al CDC pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%
- Informatizzazione processo di gestione farmaci antineoplastici	B.3.2	Qualità e sicurezza delle cure oncologiche: adozione e utilizzo della piattaforma informatizzata per la prescrizione di chemioterapie (LOG80) integrata con la cartella clinica informatizzata	Percentuale chemioterapie prescritte con la piattaforma informatizzata integrata con la cartella clinica pari o superiore al valore proposto	100%	50%

B.4 - Procedure di acquisto ed investimento

- Riduzione dei provvedimenti di proroga dei dispositivi medici	B.4.1	Azzeramento proroghe dei dispositivi medici, non rientranti in quelle previste dalla legge, nell'esercizio 2023	Riduzione fino all'azzeramento delle proroghe dei dispositivi medici, non rientranti in quelle previste dalla legge, nell'esercizio 2023	100%	50%
- Efficientamento e razionalizzazione contratti	B.4.2	Efficientamento e razionalizzazione contratti attraverso rinegoziazioni e revisioni	Riduzione del 2% del budget di spesa Centri ordinanti di cui all'obiettivo sul rispetto del tetto di spesa (B3 - Servizi) e (B3.3 altri beni sanitari)	100%	102,0%
- Monitoraggio costi dispositivi	B.4.3	Progettazione di un cruscotto di monitoraggio dei costi relativi ai dispositivi medici con evidenza dei tetti di spesa relativi ai cig di gara relativamente ai dispositivi	Implementazione di un cruscotto di monitoraggio entro il 30/09/2023	1	0

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione Obiettivo Operativo	Indicatore Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
-----------------	--------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------	--------

C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI

C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile

- Interventi di edilizia sanitaria	C.1.1	Attuazione e Monitoraggio dello stato di realizzazione degli interventi del PNRR e PNC	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica resoconti semestrali inerenti lo stato di attuazione degli interventi previsti	2	0
	C.1.2	Attuazione e Monitoraggio dello stato di realizzazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica resoconti semestrali inerenti lo stato di attuazione degli interventi previsti	2	0
	C.1.3	Presentazione, implementazione e messa a regime di un progetto per l'ottimizzazione della viabilità provvisoria dei parcheggi e dell'accessibilità alla struttura (per gli utenti e per i dipendenti), in costanza dell'esecuzione degli interventi di edilizia sanitaria pianificati	Delibera di presentazione progetto entro il 31/12/2023	1	0
	C.1.3.1	Supporto al Responsabile di Prevenzione e Protezione (SPP) per la messa in sicurezza dei luoghi di lavoro in applicazione del D.Lgs n. 81/2008	Esecuzione delle attività in coordinamento con il Resp. SPP; predisposizione e invio alla Direzione Strategica di una relazione entro il 28.02.2024 inerente le attività eseguite per la messa in sicurezza dei luoghi di lavoro in applicazione del D.Lgs n. 81/2008	1	0
- Digitalizzazione e aggiornamento delle tecnologie	C.1.4	Attuazione e Monitoraggio dello stato di realizzazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali - Piano aziendale degli interventi per ridurre l'impatto delle potenziali minacce informatiche	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica resoconti semestrali inerenti lo stato di attuazione degli interventi previsti	2	0
- Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)	C.1.5	Aggiornamento valutazioni specifiche allegate al DVR: Rischio Smart Working, Valutazione Reparti CoViD-19 e/o centri vaccinali, Rischio Sostanze Pericolose – Cancerogeni, Valutazione Movimentazione Manuale dei Pazienti nei reparti non ospedalizzati (ambulatori), Stress lavoro collegato	Predisposizione ed invio alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione delle valutazioni specifiche revisionate entro il 31.12.2023	1	0
Piano di Emergenza ed Evacuazione ospedaliera	C.1.51	Revisione e aggiornamento del Piano di Emergenza ed Evacuazione ospedaliera	Valutazione ed eventuale aggiornamento del Piano di Emergenza ed Evacuazione ospedaliero in riferimento alle aree adiacenti a quelle oggetto di lavorazioni e cantieri che modifichino i percorsi e le vie di fuga da utilizzare in emergenza. Relazione alla Direzione Strategica delle valutazioni eseguite nel 2023 entro il 28.02.2024	1	0
Sistema di gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL)	C.1.52	Sistema di gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL): aggiornamento del Regolamento "Responsabilità, autorità e ruoli in materia di salute e sicurezza sul lavoro" (codice SGSL/REG)	Aggiornamento del Regolamento "Responsabilità, autorità e ruoli in materia di salute e sicurezza sul lavoro" entro il 31.12.2023	1	0
- Adempimenti in tema di sicurezza e protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti	C.1.6	Verifica della completa attuazione delle attività, misure e obblighi previsti dal D.Lgs 203/2022 (che corregge e integra il D.Lgs 101/2020)	1. Verifica entro il 31.03.2023 della completa attuazione delle attività e proposta di Piano attuativo 2. Completa attuazione degli obblighi previsti entro il 31.12.2023	2	0
	C.1.61	Attività "Dose Team": Miglioramento della qualità e ottimizzazione delle procedure radiologiche, ai sensi del D.Lgs n. 101/2020	Revisione/ stesura protocolli, manuali qualità, procedure per le registrazioni dei dati dosimetrici, analisi e invio dati dosimetrici	100%	50%
	C.1.62	Attività "Dose Team": Miglioramento della qualità e ottimizzazione delle procedure radiologiche, ai sensi del D.Lgs n. 101/2020	Registrazione, analisi e invio dati dosimetrici	100%	50%
	C.1.63	Attività "Dose Team": ottimizzazione pratiche speciali e prevenzione esposizioni indebite	Adozione Procedura per la prevenzione delle esposizioni accidentali e indebite in applicazione dei principi di giustificazione e ottimizzazione delle pratiche che comportano esposizione per i soggetti definiti dall'art. 165 del D.Lgs n. 101/2020	100%	50%

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione <u>Obiettivo Operativo</u>	<u>Indicatore</u> Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI					
C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile					
Adempimenti in tema di sicurezza e protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti	C.1.64	Attività "Dose Team": promozione progetti formativi	Realizzazione di percorsi formativi in tema di analisi di responsabilità, ruoli e registrazione dati nell'impiego complementare delle radiazioni ionizzanti in ottemperanza al D.Lgs. N. 101/2020 e per la divulgazione delle conoscenze in materia di radioprotezione nelle esposizioni mediche	100%	50%
- Sicurezza antincendio	C.1.7	Revisione Piano di Sicurezza antincendio, attuazione e monitoraggio delle misure previste dalla normativa vigente	Adozione della revisione del Piano di Sicurezza antincendio, attuazione e monitoraggio delle misure previste dalla normativa vigente, compresa effettuazione di almeno 3 prove di evacuazione (orizzontale e verticale)	2	0
- Bilancio energetico	C.1.8	Uso razionale dell'energia, risparmio energetico e promozione fonti energetiche rinnovabili: bilancio energetico anno 2022	Predisposizione ed invio alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione del bilancio energetico 2022 entro il 30.04.2023	1	0
C.2 - La cooperazione funzionale tra aziende					
- Sviluppo delle Reti interaziendali funzionali con le ASL territoriali	C.2.1	Adeguamento dei Protocolli attuativi degli accordi per le attività previste (Cardiologia, Urologia, Screening per pazienti con tumori eredo familiari femminili, Anestesia - Ospedale Magliano Sabina, ASL di Rieti - REMS, ASL Frosinone - Anestesia, ASL RM5 Ortopedia - Ospedale di Monterotondo) e inizio cooperazione funzionale interaziendale	Rinnovo della convenzione e avvio delle attività	1	0
- Modelli per il transitional management	C.2.2	Accertamento Infermieristico - Assessment infermieristico secondo modelli funzionali gordon per la personalizzazione e la continuità' delle cure	Attivazione dell'accertamento infermieristico nella Cartella Clinica Informatizzata presso le U.O. identificate.	1	0
	C.2.3	Valorizzazione del processo di dimissione - Sviluppo e implementazione di un progetto per il coinvolgimento del personale della riabilitazione nel processo di dimissione	Realizzazione di un progetto, di dimissione riabilitativa da parte del personale della riabilitazione	1	0
C.3 - Ospedale senza muri					
- Bed Management avanzato per la transizione delle cure: la dimissione orientata	C.3.1	Attivazione della COT-H e definizione dei percorsi/procedure operative per la continuità assistenziale in applicazione dei protocolli di intesa con Asl Rm1, Asl Rm4 e Asl Rm5 finalizzati all'identificazione e al trasferimento dei pazienti ricoverati nel setting assistenziale post-acuto adeguato	Attivazione della COT-H; adozione delle procedure operative per la continuità assistenziale e la dimissione orientata; riduzione della degenza media in Area Medica	3	0
- Punto Unico di Accesso ospedaliero (PUA)	C.3.2	Attivazione del Punto Unico di Accesso ospedaliero (PUA) che integri le attività di informazione, accoglienza, orientamento e facilitazione della fruizione dei servizi	Attivazione del Punto Unico di Accesso ospedaliero (PUA) che integri le attività di informazione, accoglienza, orientamento e facilitazione della fruizione dei servizi	1	0
- Gestione del flusso dei ricoveri e del sovraffollamento del Pronto Soccorso	C.3.3	Attuazione e monitoraggio delle misure previste nel Piano aziendale per Gestione del flusso dei ricoveri e del sovraffollamento del Pronto Soccorso e in applicazione della Deliberazione del Direttore Generale n. 1397 del 15.12.2022	Attivazione Boarding Area, Reparto Holding, OBI e riduzione del sovraffollamento in PS documentato attraverso gli indicatori previsti nel Piano aziendale	1	0
- Attivazione Punto Nascita di primo livello	C.3.4	Pianificazione dell'organizzazione delle linee di attività assistenziali	Proposta di Percorsi clinici relativi alle linee di attività assistenziali	1	0
- La rete per la salute mentale	C.3.5	Adozione del Sistema di monitoraggio informatizzato regionale dei posti letto degli SPDC e delle Neuropsichiatrie Infantili finalizzato alla gestione ottimizzata della ricerca posto letto e conseguente trasferimento interospedaliero	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica resoconti trimestrali inerenti la gestione ottimizzata della ricerca posto letto e il trasferimento interospedaliero dei pazienti in carico all'SPDC eleggibili	3	0
	C.3.6	Corretta gestione del paziente psichiatrico in Ps in applicazione della Determinazione regionale n G08249 del 24.06.2022	Adozione delle misure previste nella Determinazione regionale n G08249 del 24.06.2022 per la corretta gestione del paziente psichiatrico in Ps	1	0
	C.3.7	Recepimento del Piano regionale di azioni per la Salute Mentale 2022-2024 (BURL n 82 del 04.10.2022)	Adozione delle misure previste nel Piano regionale di azioni per la Salute Mentale 2022-2024	1	0

C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI

C.3 - Ospedale senza muri

- Sviluppo della Telemedicina	C.3.8	Pianificazione implementazione esperienze di Telemedicina nelle discipline di Cardiologia, Cardiocirurgia, Urologia, Pneumologia e Oncologia	Adozione Piani di implementazione della Telemedicina nelle discipline di Cardiologia, Cardiocirurgia, Urologia, Pneumologia e Oncologia e inizio delle attività e monitoraggio attraverso gli indicatori definiti	1	0
- Medicina di precisione	C.3.9	Sviluppo di strategie integrate per la riconciliazione terapeutica nel paziente Cardiologico politrattato	Adozione Protocollo concordato con la Cardiologia per la riconciliazione terapeutica nel paziente Cardiologico politrattato	1	0
- Gestione integrata delle cronicità	C.3.10	Promuovere l'engagement del paziente come strumento per promuovere l'autocura - Realizzazione di materiale informativo per il paziente e/o care-giver	Realizzazione di Brochure e/o video tutorial per pazienti e/o care giver per la promozione dell'autocura su determinate specifiche assistenziali	1	0
	C.3.11	Migliorare l'organizzazione della Recovery Room che consente accoglienza-assistenza al paziente	Elaborazione di un progetto assistenziale del paziente nel percorso peri-operatorio e di accoglienza dei familiari tramite la creazione di punti di ascolto in orari definiti da parte dell'infermiere di recovery room/time manager	1	0
	C.3.12	Garantire la continuità assistenziale in dimissione - Proposta di attivazione della consegna online di referti e immagini radiologiche.	Proposta di progetto per l'invio dei referti e/o delle immagini radiologiche direttamente al paziente on-line	1	0

C.4 - Attività psicologica nella trasversalità clinica organizzativa

- Servizio di ascolto psicologico	C.4.1	Attivazione del Servizio di ascolto psicologico dedicato ai dipendenti e ai medici in formazione specialistica per la promozione del benessere dei lavoratori	Attivazione del Servizio di ascolto psicologico e predisposizione e invio alla Direzione Strategica di una reportistica periodica (trimestrale) delle attività eseguite	3	0
-----------------------------------	-------	---	---	---	---

C.5 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

- Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management	C.5.1	Accreditamento all'Eccellenza secondo gli standard "Accreditation Canada": Prosecuzione del percorso di Accreditamento e adozione dei provvedimenti previsti dal Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza	Adozione dei provvedimenti e delle misure previste dal Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza entro i termini previsti dal relativo crono-programma	100%	50%
	C.5.1.1	Monitoraggio della realizzazione del percorso di Accreditamento all'Eccellenza	Predisposizione Report periodico trimestrale riguardante l'adozione dei provvedimenti e delle misure previste dal crono-programma di realizzazione del Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza e invio alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	4	0
	C.5.2	Adozione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS) e attuazione degli obiettivi ivi definiti	Adozione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS) e attuazione degli obiettivi ivi definiti	80%	50%
	C.5.3	Gestione del Rischio Clinico: Effettuazione di Audit periodici sul Rischio Clinico e invio dei verbali al Risk Management e al Controllo di Gestione	Effettuazione di almeno 3 Audit sul Rischio Clinico entro il 31.12.2022	3	1
	C.5.31	Partecipazione agli Audit periodici sul Rischio Clinico	Partecipazione a un numero di Audit periodici sul Rischio Clinico pari o superiore al valore proposto e invio di una relazione annuale alla Direzione Aziendale e al Controllo di Gestione entro il 28/02/2023	80	35
	C.5.32	Verifica della completezza delle cartelle cliniche	Verifica della completezza di un numero di cartelle cliniche su specifici aspetti di rischio clinico pari al valore proposto entro il 31/12/2022	250	125
	C.5.33	Verifica a campione dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Redazione di una relazione annuale da consegnare alla DS e al Controllo di Gestione entro il 28.02.2024	1	0
	C.5.34	Redazione procedura aziendale per lo spoglio del paziente in PS	Invio della proposta di procedura alla DS entro il 31.12.2023	1	0
	C.5.4	Gestione sinistri: alimentazione dati su data base informatico	Definizione di un sistema integrato che consenta di gestire il sinistro dall'evento fino all'eventuale contenzioso in collaborazione con la UOC Risk Manag.	1	0
	C.5.5	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Proposta, adozione e attuazione del Programma aziendale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA	Predisposizione del Programma aziendale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA, in applicazione della Determinazione regionale n. G16501 del 28.11.2022, entro il 30.06.2023	1	0
C.5.6	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Elaborazione Piano aziendale di monitoraggio ambientale nei Blocchi Operatori e nelle Aree critiche	Elaborazione Piano aziendale di monitoraggio ambientale nei Blocchi Operatori e nelle Aree critiche, esecuzione dei monitoraggi programmati ed elaborazione e trasmissione di report trimestrali alla Direzione Sanitaria circa le attività eseguite	3	1	

C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI

C.5 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

	C.5.7	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Elaborazione Piano aziendale di sicurezza delle acque	Elaborazione Piano aziendale di sicurezza delle acque, esecuzione dei monitoraggi programmati ed elaborazione e trasmissione di report trimestrali alla Direzione Sanitaria circa le attività eseguite	3	1
	C.5.71	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Attuazione delle misure previste nella Determ.regionale n G16501/2022 concernente le linee di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	Attuazione delle evidenze documentali raccomandate P1 e predisposizione di un piano di adeguamento relativamente alle evidenze documentali raccomandate P2 entro il 30.06.2023	100%	50%
	C.5.72	Esecuzione di indagini di prevalenza semestrali sulle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione di 2 indagini di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza entro il 30.06.2023 ed entro il 31.12.2023 e invio formale delle relative Relazioni alla Direzione Sanitaria e al Controllo di gestione entro 30 giorni dalla scadenza	2	0
	C.5.73	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Adozione e attuazione della Procedura per la prevenzione delle polmoniti correlate all'impiego di ventilatori meccanici, in coordinamento con UOD Igiene Ospedaliera	Adozione e attuazione della Procedura per la prevenzione delle polmoniti correlate all'impiego di ventilatori meccanici, in coordinamento con UOD Igiene Ospedaliera entro il 30.06.2023	1	0
	C.5.8	Stewardship antimicrobica e protocolli aziendali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Attuazione dei protocolli aziendali per il controllo delle ICA e trasmissione di relazioni semestrali sul controllo delle ICA attraverso l'applicazione e il monitoraggio dei relativi protocolli aziendali	2	0
	C.5.81	Monitoraggio produzione e smaltimento dei rifiuti sanitari	Elaborazione di un report mensile da inviare alla Direzione Sanitaria, al Controllo di Gestione e al Bilancio entro il giorno 15 del mese successivo	9	3
	C.5.9	Riduzione delle cadute accidentali: Adempimenti previsti da documento regionale di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita	Aggiornamento delle schede informatizzate di valutazione del Rischio Cadute alla luce dei nuovi indirizzi regionali	1	0
	C.5.91	Revisone del protocollo aziendale per la prevenzione e gestione del rischio caduta in ospedale (come da Determina Regionale G15198/2022)	Invio della proposta di procedura alla DS entro il 31.12.2023	1	0
	C.5.10	Gestione delle Lesioni da Pressione: Utilizzo della Scheda informatizzata per la valutazione del rischio, la richiesta di presidi antidecubito e il trattamento e monitoraggio delle lesioni da pressione	Percentuale di utilizzo della Scheda informatizzata per la gestione delle lesioni da pressione pari o superiore al valore proposto (tot schede informatizzate su tot schede Braden)	90%	50%

C.5 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

- Monitoraggio sulle attività a rischio di corruzione così come definito dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione	C.5.11	Attività a rischio di corruzione così come definito dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione: Monitoraggio periodico specifico per Struttura Organizzativa delle attività a rischio di corruzione in base al livello di rischio definito	Attività di monitoraggio eseguite nei tempi previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della corruzione sul totale delle attività da monitorizzare pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%
- Controllo periodico sul rispetto dei volumi delle prestazioni eseguite in ALPI	C.5.111	Controllo periodico sul rispetto dei volumi delle prestazioni eseguite in ALPI rispetto ai volumi di prestazioni rese in regime istituzionale e pubblicazione report	Elaborazione e pubblicazione annuale, entro il 28.02.2024 di report trimestrali riguardanti il rispetto dei volumi delle prestazioni eseguite in ALPI rispetto ai volumi di prestazioni rese in regime istituzionale	4	2
	C.5.112	Verifica delle fatture relative all'attività in ALPI finalizzata alla valutazione della corrispondenza tra le prestazioni fatturate e quelle autorizzate per singolo professionista, su un campione pari al 30% del totale delle fatture	Elaborazione e pubblicazione di report semestrali entro il mese successivo al semestre di riferimento.	2	0
- Flussi Informativi	C.5.12	Assicurare tempestività, completezza e qualità dei dati trasmessi ai fini del rispetto del debito informativo a livello regionale e nazionale: Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai Flussi previsti dai Ministeri competenti e dalla Regione	Numero di flussi inviati nei termini /Totale dei flussi inviati pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione Obiettivo Operativo	Indicatore Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI					
C.5 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura					
- Efficienza Processi Organizzativi	C.5.13	Miglioramento dell'efficienza delle Sale Operatorie: Inserimento delle informazioni rilevanti che connotano l'intervento chirurgico e delle tempistiche di sala operatoria da parte del personale sanitario coinvolto, per quanto di rispettiva competenza	percentuale di inserimento delle informazioni rilevanti che connotano l'intervento chirurgico e delle tempistiche di sala operatoria (vedi nota) pari al valore proposto NOTA: - <u>anestesista</u> : tecnica anestesilogica, ASA, ora inizio anestesia, ora fine anestesia; - <u>chirurgo</u> : ora inizio intervento, ora fine intervento, diagnosi e intervento ICD-9-CM;	100%	50%
	C.5.14	Garantire la riconversione dello strumentario per gli interventi chirurgici	Sala Operatoria Pronta Ore 8.00 mediante applicativo Blocco Operatorio	90%	50%
	C.5.15	Monitorare l'integrità e funzionalità dello strumentario chirurgico	Predisposizione del sistema di monitoraggio per reportistica mensile dello strumentario da riparare e/o riparato alle sale operatorie.	1	0
- Digitalizzazione e Informatizzazione	C.5.16	Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici: Utilizzo del Registro Operatorio informatizzato	Percentuale dei verbali operatori chiusi e validati entro la dimissione del paziente pari al valore proposto	100%	80%
	C.5.17	Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici: Firma digitale della lettera di dimissione dei ricoveri ordinari	Numero di lettere di dimissione firmate digitalmente sul totale delle dimissioni in regime ordinario pari o superiore alla percentuale proposta	90%	70%
	C.5.18	Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici: Firma digitale dei referti ambulatoriali informatizzati	Numero di referti ambulatoriali firmati digitalmente sul totale delle prestazioni ambulatoriali pari o superiore alla percentuale proposta	90%	70%
	C.5.19	Completa implementazione e utilizzo della piattaforma "Tracking Healthcare - T4H" per una corretta imputazione dei presidi ad alto costo al singolo paziente e al Centro di Costo utilizzatore	Verifica delle criticità e proposta soluzioni entro 30 giorni; corretta documentazione degli scarichi entro il 31.12.2023 pari o superiore al valore proposto (misurato sul periodo di validità delle soluzioni individuate)	80%	0%
Digitalizzazione e Informatizzazione	C.5.20	Monitoraggio del corretto funzionamento del flusso da e per la sterilizzazione tramite l'utilizzo del sistema informatico Instacount. Verifica dello strumentario/kit chirurgici con l'utilizzo delle "Non Conformità"	Riunione Time Manager per analisi attività almeno 4 incontri anno report con riepilogo delle richieste/non conformità	4	2
	C.5.21	Monitoraggio del corretto funzionamento del flusso da e per la sterilizzazione tramite l'utilizzo del sistema informatico Instacount. Verifica dello strumentario/kit chirurgici con l'utilizzo delle "Non Conformità"	Breafing con le sale operatorie per analisi attività e criticità mensile	8	4
	C.5.22	Informatizzazione processo di gestione farmaci antineoplastici a garanzia di qualità e sicurezza delle cure oncologiche: integrazione della piattaforma informatizzata per la prescrizione di chemioterapie (LOG80) con la cartella clinica informatizzata	Integrazione della piattaforma informatizzata per la prescrizione di chemioterapie (LOG80) con la cartella clinica informatizzata	1	0
	C.5.23	Analisi delle procedure da semplificare e reingegnerizzare secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti e presentazione dell'elenco entro il 30 giugno	Cronoprogramma delle procedure previste dall'agenda della semplificazione da inviare a direzione strategica e controllo di gestione entro il 30 giugno 2023	1	0
- Allocazione attrezzature ai CDR	C.5.24	Trasmissione elenco cespiti a tutti i CDR aziendali con formale presa in carico da parte dei responsabili	Inserimento nel sistema AREAS AMC di tutti i cespiti collegati ad un responsabile di CDR con lettera formale di presa in carico	1	0
	C.5.25	Tracciabilità ai fini della ricognizione ed esatta allocazione ai vari CDR di tutte le apparecchiature a vario titolo, con distinzione tra beni di proprietà e beni di terzi (report semestrale)	Elaborazione e trasmissione alla Direzione di un Report semestrale del censimento per CDR delle attrezzature assegnate	2	0
- Tempestività nell'esecuzione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati	C.5.26	Riduzione dei Tempi di Esecuzione (TE) delle indagini di diagnostica strumentale o di laboratorio per i pazienti ricoverati	Proporzione di indagini diagnostiche eseguite entro i giorni lavorativi specificati pari alla percentuale proposta	90%	50%
- Tempestività nella refertazione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati	C.5.27	Riduzione dei Tempi di Refertazione (TR) delle indagini di diagnostica strumentale o di laboratorio per i pazienti ricoverati	Proporzione di referti consegnati entro i giorni lavorativi specificati pari alla percentuale proposta (per le prestazioni refertabili entro il termine proposto)	90%	50%
Tempestività completamento e chiusura delle cartelle cliniche di ricovero	C.5.28	Tempestività del completamento, della chiusura e della consegna in Archivio Clinico delle cartelle cliniche di ricovero	Percentuale di cartelle cliniche consegnate in Archivio entro 30 giorni dalla dimissione pari o superiore al valore proposto	90%	50%

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione Obiettivo Operativo	Indicatore Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI					
C.6 - Politiche per lo sviluppo, la valorizzazione, il benessere delle risorse umane					
- Piano triennale dei fabbisogni di personale	C.6.1	Adozione del Piano triennale dei fabbisogni di personale	Adozione del Piano triennale dei fabbisogni di personale entro i termini previsti dalla normativa vigente	1	0
- Piano aziendale della Formazione	C.6.2	Adozione del Piano aziendale della Formazione	Adozione del Piano aziendale della Formazione entro i termini previsti dalla normativa vigente	1	0
	C.6.3	Predisposizione di una iniziativa formativa indirizzata ai dirigenti della tecnostruttura in material di politiche per il benessere degli operatori	Iniziativa formativa da proporre alla Direzione Strategica	1	0
Formazione su Rischio Clinico	C.6.31	Organizzazione corsi di formazione aziendale sulla gestione del rischio clinico	Organizzazione di tre eventi inerenti la gestione del rischio caduta, la corretta gestione della terapia trasfusionale e il consenso informato e la responsabilità professionale	3	0
- Promozione welfare organizzativo	C.6.4	Presentazione di almeno due progetti uno della dirigenza e uno del comparto relativo al welfare organizzativo	Presentazione di almeno due progetti uno della dirigenza e uno del comparto relativo al welfare organizzativo entro il 30/06/2023 e il secondo entro il 31/12/2023	2	1
- Sviluppo e valorizzazione delle risorse umane	C.6.5	Rafforzare e migliorare la comunicazione tra professionisti - Effettuazione di Workshop per l'avanzamento di progetti	Realizzazione di 1 evento formativo/informativo durante l'anno 2023 sui progetti e le proposte di miglioramento	1	0
	C.6.6	Organizzazione di percorsi di valorizzazione del personale	Relazione durante il workshop sulla presentazione dei progetti proposti da parte di un componente del GdL	1	0
- Consentire una migliore circolazione delle informazioni, implementare la formazione per migliorare la flessibilità organizzativa	C.6.7	Briefing periodici: Acquisizione competenze di almeno 3 specialistiche per tutto il personale infermieristico afferente ai BB.OO.	Briefing mensile con verbale	8	4
	C.6.8	Briefing periodici con gli operatori della sterilizzazione. Almeno 150 ore di formazione effettuate presso i blocchi operatori	Briefing mensile con verbale	8	4
C.7 - Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale					
- Amministrazione Trasparente	C.7.1	Aggiornamento della Sezione Amministrazione Trasparente sul sito Web Aziendale: Inserimento puntuale della documentazione nelle apposite sezioni specificate di Amministrazione Trasparente	Publicazione della documentazione nelle sezioni specificate entro il termine fissato	100%	50%
- Monitoraggio dei Reclami degli utenti	C.7.2	Reclami: attività di monitoraggio semestrale delle segnalazioni ricevute	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione di appositi Report riepilogativi semestrali	2	0
- Comunicare l'Ospedale	C.7.3	Realizzazione di materiale informativo per il paziente e/o care-giver	Realizzazione di Brochure e/o video tutorial per pazienti e/o care giver per la promozione dell'autocura su determinate specifiche assistenziali	1	0
	C.7.4	Miglioramento della segnaletica per l'accesso ai servizi e per le procedure interne	realizzazione di procedura e/o proposte per il miglioramento della segnaletica	1	0

2.2.3 Il processo di budgeting annuale, valutazione e verifica dei risultati

Il D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), ha innovato la disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche, anche nella parte riguardante il sistema retributivo dei dipendenti.

In particolare, è stato introdotto il concetto di Performance Organizzativa (riferito all'Amministrazione nel suo complesso e alle sue articolazioni organizzative), e di Performance Individuale (riferita ai singoli dipendenti), in sostituzione del concetto di produttività individuale e collettiva.

In tale rinnovato quadro normativo, le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a valutare annualmente la performance organizzativa e individuale sulla base di un sistema di misurazione e valutazione della performance, appositamente sviluppato e adottato. La funzione di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura nel suo complesso, nonché la proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice, è affidata all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e ai dirigenti di ciascuna Struttura Organizzativa.

Nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni e dei risultati è pertanto disciplinata, (attraverso gli articoli 8 e 9 del D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa che di quella individuale.

Nel dettaglio, l'art. 8 del succitato Decreto prevede che la Performance Organizzativa sia strettamente correlata ai seguenti fattori:

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

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

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

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

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

Nell'ambito del presente Piano della Performance, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea armonizza il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance alle disposizioni contenute nella Legge Regionale n. 1/2011 e nel D.Lgs. n. 150/2009, come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017.

La pianificazione strategica e operativa triennale viene sviluppata, adottata, eseguita e monitorata ogni anno attraverso il Processo di Budget annuale; tale processo consente di declinare su base annuale la pianificazione triennale, formalizzando gli obiettivi operativi, i relativi pesi, gli indicatori, i valori target e i valori soglia relativi alla Performance Organizzativa, che diventano oggetto del processo di negoziazione tra il Comitato di Budget e i singoli Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget, come disciplinato dal "Regolamento del processo di budget" (REG/919/04, rev 8 del 03.03.2022).

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

Per il personale dirigenziale, il Processo di Budget si realizza attraverso una negoziazione tra il Comitato di Budget e i Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget.

Come specificato nel Regolamento, sono considerati Centri di Responsabilità di attività e budget:

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

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

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

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

2.2.4 Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale

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

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

Tale Processo prevede un Valutatore di Prima Istanza, rappresentato dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario, a seconda dell'area di appartenenza, amministrativa o sanitaria, del Centro di Responsabilità di attività e budget considerato, e dal Valutatore di Seconda Istanza, rappresentato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

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

programmazione operativa a livello di UO, secondo una logica di responsabilità condivisa ed in relazione alla specifica qualifica e livello professionale.

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

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

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

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

2.2.5 Gli obiettivi assegnati al personale di Comparto

Per i titolari di Incarico di Funzione, il Processo di assegnazione degli obiettivi si attua attraverso la negoziazione tra il suddetto titolare di incarico e il Responsabile dell'Unità Operativa cui afferisce l'incaricato. Gli obiettivi, contenuti nella Scheda, vengono monitorati durante l'anno e, a chiusura dell'anno solare, si dà avvio al Processo di Valutazione secondo le modalità previste dai regolamenti aziendali.

Tale Processo prevede un Valutatore di Prima Istanza, rappresentato dal Responsabile dell'Unità Operativa cui afferisce il titolare di Incarico di Funzione, e dal Valutatore di Seconda Istanza rappresentato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

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

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

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

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

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

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

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Il contesto Esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Ciò in relazione sia al territorio di riferimento, sia a possibili relazioni con portatori di interesse esterni che possono influenzarne l'attività.

Nello svolgimento di tale analisi, assume rilevanza il ruolo ricoperto dagli stakeholders che interagiscono a vario titolo con l'Azienda e, dunque, le misure di ascolto atte ad assicurare una partecipazione effettiva dei portatori di interesse, tra le quali rientra l'informativa pubblicata da ultimo in data 29/11/2022 nella sezione Amministrazione Trasparente del sito WEB Aziendale. Tale preliminare attività favorisce l'acquisizione di elementi utili ad una corretta elaborazione della mappatura dei rischi, favorendo la disamina delle principali dinamiche territoriali e/o settoriali e consentendo una preventiva individuazione delle possibili influenze e pressioni esterne che potrebbero, nello svolgimento dell'attività istituzionale, potenzialmente interessare l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea in fenomeni corruttivi.

Con riferimento a tale tematica, qualificando dunque gli stakeholders quali tutti i soggetti portatori d'interesse, a diverso titolo, verso le attività, i servizi e i risultati realizzati dall'Azienda, nonché titolari di aspettative legittime, viene elaborata una suddivisione degli stessi in 6 categorie, raggruppate in 3 classi omogenee in base al tipo di interazione:

Stakeholder strategici		
CLASSE	CATEGORIA	STAKEHOLDERS STRATEGICI
Operatori	Associazioni di settore	
	Dipendenti	
	Fornitori di beni/servizi	
Normatori	Referenti Istituzionali	
	Regolatori	
Beneficiari	Utilizzatori/Beneficiari	

In base a tale classificazione ed analisi, tenuto conto delle caratteristiche istituzionali dell'Azienda e dell'eterogeneità delle aree di intervento, il quadro degli stakeholders si caratterizza per essere rappresentativo di legittime aspettative variegate da parte dei portatori di interesse, che richiedono l'espletamento di un'attività tesa ad ottenerne un bilanciamento da parte dell'Azienda.

Tale attività si basa quindi anche sul contributo degli stakeholders, che consente di individuarne le priorità e perseguire l'obiettivo di contrasto degli eventuali eventi corruttivi che potrebbero manifestarsi nell'espletamento delle attività dell'Azienda.

Il contesto territoriale

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

Il contesto esterno con riferimento alla corruzione

Preliminarmente occorre evidenziare che numerose ricerche e analisi internazionali continuano a descrivere l'Italia come un paese affetto dalla piaga della corruzione, nonostante le importanti iniziative intraprese per contrastare il fenomeno corruttivo. Ciò parrebbe confermato anche dall'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) elaborato da Transparency International, che misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo, basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti".

Dall'analisi dei dati relativi alla percezione della corruzione raccolti da Transparency international ogni anno, nonostante un temporaneo rallentamento del trend positivo, che aveva visto l'Italia recuperare 11 punti dal 2012 al 2019, risulta che nel corso dell'anno 2021 l'Italia abbia recuperato ben 3 punti, collocandosi, con 56 punti complessivi, al 42esimo posto sui 180 paesi del mondo oggetto di analisi.

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

Dai rapporti "Mafie nel Lazio" relativi agli anni 2020 - 2021 e primo semestre 2022, emerge una condizione di grande vulnerabilità della nostra comunità rispetto all'aggressione della criminalità organizzata. Non c'è dubbio, infatti, che la crisi sanitaria scatenata dal CoViD-19 e le sue drammatiche conseguenze economiche e sociali associate alla crisi energetica, abbiano già aperto nuovi spazi per la criminalità organizzata, con grandi opportunità di reinvestire i capitali sporchi nell'economia legale e un generale rafforzamento del potere di ricatto criminale su una comunità impaurita e impoverita. Ecco perché, oggi più che mai, dobbiamo essere uniti e fare muro, intervenendo concretamente sulle disuguaglianze sociali, sulle distanze crescenti tra centro e periferie, su tutte quelle forme di disagio che rappresentano da sempre il terreno più fertile per ogni organizzazione criminale. Gli appalti pubblici costituiscono uno degli obiettivi di interesse strategico delle organizzazioni mafiose, in quanto consentono non solo di reinvestire, in iniziative legali, le ingenti risorse liquide provenienti dalle molteplici attività criminali, ma rappresentano un'ulteriore fonte di guadagni e un collaudato sistema di pulizia del denaro sporco, con il conseguente indebolimento del sistema delle aziende sane e dell'alterazione della libera concorrenza.

Oggi, quando nel Lazio stanno arrivando miliardi di investimenti da PNRR e fondi europei, come ripetutamente hanno denunciato Magistratura e Forze dell'Ordine, il rischio di un'aggressione mafiosa è altissimo. Solo nel Lazio, nei prossimi anni arriveranno risorse per oltre 17 miliardi di euro. I 17 miliardi che arriveranno nel Lazio dovranno servire a cambiare la vita delle persone, a rendere l'Italia più giusta, più bella, più forte, più verde, non ad arricchire le bande criminali. Sarà sempre maggiore lo sforzo che bisognerà mettere in campo per impedire l'infiltrazione delle mafie nel settore degli appalti e dei servizi pubblici, attraverso il monitoraggio, l'incrocio dei dati e la prevenzione. Con questa consapevolezza la Regione Lazio,

attraverso la stipula di un protocollo in data 23 dicembre 2021 ha aperto un canale diretto con DIA e DNA per monitorare e controllare i fondi del PNRR che arriveranno nei prossimi anni.

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

L'Azienda intende, dunque, individuare strategie di prevenzione basate sulla introduzione di buone prassi e di sistemi di verifica che consentano di perseguire gli obiettivi di efficacia e di efficienza dell'agire amministrativo, nella convinzione che, in parte, anche l'appropriatezza delle scelte organizzative e gestionali contribuisca a diminuire le conseguenze negative causate da episodi di corruzione a danno della collettività, nonché sul perseguimento degli obiettivi di transizione digitale volti a garantire la piena accessibilità fisica e digitale anche da parte di cittadini ultrasessantacinquenni e con disabilità.

Nel quadro sopra delineato, il presente Piano mira ad individuare, mediante il diretto coinvolgimento della Direzione Strategica aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione nonché dei dirigenti responsabili delle Unità Operative in qualità di referenti, misure in grado di prevenire il verificarsi di ipotesi di corruzione, intesa quale fenomeno di *maladministration*, mediante l'introduzione di misure di trasparenza, regolamentazione, informatizzazione dei processi e gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

A tal fine, i dirigenti delle strutture coinvolte nei procedimenti decisionali aziendali sono stati coinvolti mediante richiesta di aggiornamento/conferma della mappatura dei processi e dei rischi, e l'invito a proporre misure per la prevenzione ed il contenimento di essi.

Come da Linee Guida ANAC del 2 febbraio 2022, aventi ad oggetto "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza", elaborate a seguito di una significativa analisi della attività finora svolta dalle amministrazioni, che ha consentito all'ANAC, quale osservatore privilegiato, di cogliere i maggiori margini di ottimizzazione e semplificazione da evidenziare agli operatori coinvolti, si considerano rilevanti, nonché utili al perseguimento degli obiettivi degli scopi di ottimizzazione e semplificazione, le seguenti misure, quali strumento di prevenzione dei rischi corruttivi e di trasparenza:

1. La **standardizzazione e regolamentazione dei processi**. In tal senso, sono state ulteriormente rafforzate le misure relative all'aggiornamento/redazione dei regolamenti relativi ai vari processi aziendali introducendo gli stessi tra gli obiettivi di valutazione della Performance;
2. La **formazione**, non solo dei dirigenti con responsabilità gestionale, ma di tutto il personale coinvolto nei processi, per incrementare la conoscenza e consapevolezza dei piani. È risultato infatti che, al fine di creare nell'amministrazione una cultura dell'anticorruzione e della trasparenza, punto di forza è la programmazione e l'attuazione di percorsi di formazione rivolti al personale, specie quello addetto alle aree a maggior rischio corruttivo.
3. L'adozione di un sistema improntato al **monitoraggio periodico** per la valutazione dell'effettiva attuazione e adeguatezza, rispetto ai rischi rilevati, delle misure di prevenzione. Già da vari anni presso l'AOUSA, l'RPCT effettua monitoraggi periodici nei confronti delle UU.OO. interessate circa la sostenibilità delle misure adottate per contrastare il rischio corruttivo legato ai processi aziendali e riceve relazioni quadrimestrali (processi ad alto rischio corruttivo), semestrali (medio rischio) annuali (rischio basso). Le risultanze dei monitoraggi periodici vengono pubblicate nella sezione "Dati Ulteriori" del portale "Amministrazione Trasparente". Nell'**Allegato n.2** al presente Piano "Misure di prevenzione oggetto di adozione - PIAO 2023-2025" viene indicato, per ogni misura, lo stato di attuazione così come risultante dagli esiti dell'ultimo monitoraggio, per poi esporre la programmazione per il successivo triennio di riferimento.
4. L'incremento del grado di **automazione e digitalizzazione** di molti processi, al fine di aumentare l'efficacia, l'efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il

sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione. Nell'anno 2022 AOUSA ha aderito al programma "Assessment e formazione sulle competenze digitali" promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la valorizzazione lo sviluppo del capitale umano nelle P.A. Il progetto è finalizzato ad uniformare le competenze digitali dei dipendenti pubblici attraverso una formazione mirata, offerta loro dopo una analisi del fabbisogno individuale.

2.3.2 Il contesto Interno

L'Analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo e fa emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro il livello di complessità organizzativa. La selezione delle informazioni e dei dati è funzionale all'individuazione di elementi utili a esaminare come le caratteristiche organizzative possono influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea opera in un settore, quello dei servizi sanitari che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, presenta caratteristiche del tutto peculiari in considerazione di fattori, quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, che la espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi nel suo ambito.

2.3.3 Il Responsabile della prevenzione corruzione: funzioni e obblighi

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

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

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

Con provvedimento del Direttore generale n. 447 dell'11 aprile 2022 l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza è stato conferito alla dott.ssa Rosa D'Arca, dirigente amministrativo, Direttore della UOC Formazione, Ricerca e Coordinamento Amm.vo DAI nonché, dal 16 marzo 2022, direttore ad interim della UOC Affari Generali e consulenza giuridica, incarico dalla stessa detenuto fino alla data del 31 agosto 2022.

Con provvedimento del Direttore generale n. 1093 del 29 settembre 2022, è stato conferito l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza al Dott. Sebastiano Conti Nibali, dirigente amministrativo in servizio presso la UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica, che ne ha detenuto la titolarità sino alla data del 30 novembre 2022.

Con provvedimento del Direttore Generale n. 56 del 19 gennaio 2023, in annullamento e sostituzione della precedente deliberazione n. 2 del 04 gennaio 2023, è stato conferito l'incarico di Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza alla dott.ssa Arianna Piselli, dirigente amministrativo in servizio presso la UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica, con decorrenza dal 04 gennaio 2023.

2.3.4 I Dirigenti aziendali quali "Referenti" per la prevenzione della corruzione

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

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

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

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumere la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel presente piano e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati dal PNA 2023 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma);
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

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

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

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

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

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

I Dirigenti propongono, infine, in relazione alle attività svolte dal personale loro assegnato le idonee attività di formazione finalizzate ad incrementare le competenze in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e di regole di comportamento, anche ai fini della promozione del valore pubblico.

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

2.3.5 Mappatura dei Processi e individuazione delle misure di prevenzione

Il RPCT, coadiuvato dallo staff di supporto, procede alla definizione della mappatura dei processi condivisa con i dirigenti responsabili e la Direzione strategica nell'esercizio delle rispettive competenze e nel rispetto dei principi enunciati da ultimo con il PNA 2023. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura è stata condotta come segue:

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

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

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

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

A seguito modifica atto aziendale si è proceduto ad una revisione della mappatura, nonché delle misure metodologiche adottate e, con particolare riferimento alla preesistente "U.O.C. Formazione, Ricerca e coordinamento Amministrativo DAI e Ricerca Clinica", si è proceduto alla redistribuzione delle competenze in parte alla UOC Politiche e Gestione del Personale, di cui fa parte la UOS Formazione, in parte alla UOD Servizi Amministrativi Ospedalieri per quanto riguarda la libera professione ed alla UOS Servizio per la ricerca clinica per quanto riguarda la Ricerca clinica, entrambe di recente istituzione.

E' stato fornito, anche quest'anno, ai Dirigenti il documento denominato Anagrafica dei rischi (Allegato n.5), ovvero un elenco dei principali rischi di corruzione che con maggiore frequenza e probabilità potrebbero verificarsi. Nelle more dell'adozione del nuovo Codice degli Appalti, ci si riserva successivamente di integrare l'anagrafica dei rischi e conseguentemente aggiornare la mappatura dei rischi.

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

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

Permangono, in taluni casi, criticità nei soggetti gestori dei processi e dei rischi ad essi correlati, nell'effettuare analisi che risultino al contempo esaustive e sintetiche, nel distinguere adeguatamente il concetto di processo da quello dei singoli procedimenti amministrativi che lo compongono, nonché criticità e disallineamenti temporali nell'esecuzione dei monitoraggi periodici, secondo le scadenze fissate dal Piano. Si registrano alcuni ritardi nel tempestivo adempimento degli obblighi di pubblicazione, legati anche alla alimentazione manuale delle informazioni da inserire nel portale dedicato.

L'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del piano è, allo stato, evidentemente resa difficoltosa dall' assenza di un ufficio di staff, che collabori alle funzioni connesse alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza. Tali funzioni sono state svolte dall' RPCT, costretto ad avvalersi della disponibilità di personale in servizio presso la UOC Affari Generali. Solo di recente è stato istituito un gruppo di supporto all' RPCT (Delibera n. 1093 dl 29/09/2022). L'avvicendamento del ruolo di RPCT nel corso del 2022 ha in parte limitato la continuità nell'azione di impulso e coordinamento

2.3.6 Misure per l'abbattimento del Rischio

Fin dall'adozione del PTPC 2016-2018 l'Azienda ha optato per l'adozione di misure che potessero risultare efficaci e sostenibili, dal punto di vista economico, temporale e relativo all' impatto organizzativo. Con riferimento alla mappatura dei processi a rischio corruttivo e delle relative misure di prevenzione adottate dal precedente PTPCT 2022-2024, con nota prot. n. 3318 del 08/03/2023 l'RPCT ha chiamato tutti i dirigenti delle UU.OO. ad una revisione della stessa, ad una rivalutazione dei rischi potenzialmente idonei ad incidere sul buon andamento, anche sulla base delle fonti informative disponibili, della casistica dei fenomeni di maladministration registrati in Azienda, e dei fenomeni che, anche sulla base della diffusione di notizie a mezzo stampa, si ripetano con frequenza nell'ambito oggetto di analisi ed, in ultimo, alla individuazione di misure di prevenzione ulteriori, sulla base del rischio residuo, anche eventualmente riclassificato in base alla ravvisata efficacia delle misure adottate in precedenza.

Alla luce della recente nomina dell'attuale RPCT, avvenuta con Deliberazione n. 56 del 19 gennaio 2023, e nelle more dell'applicazione del Nuovo Codice Appalti, si intende confermare la maggior parte delle misure già indicate nel precedente PTPCT 2022-2024, ad eccezione di quelle misure che risultano aver raggiunto un completo grado di attuazione e di standardizzazione, come riporta l'Allegato n.2 del presente piano, apportando integrazioni e modifiche della mappatura nonché delle misure metodologiche adottate dalle UU.OO interessate dalla modifica dell'Atto Aziendale., come meglio specificato nel precedente paragrafo.

Nella individuazione delle misure di prevenzione si è tentato di armonizzare, a fini di prevenzione della corruzione, gli obiettivi di efficienza con gli adempimenti, numerosi e crescenti, imposti dalla vigente normativa, nella profonda consapevolezza che talvolta la ricerca di misure nuove o innovative rischia di sortire l'effetto contrario rispetto al principio che si intende perseguire. Nel caso di specie, dunque si è tentato di evitare che l'individuazione di misure ulteriori rispetto a quella già in essere, per taluni processi, potesse determinare un appesantimento ulteriore delle procedure con il rischio di determinare un malfunzionamento.

Le misure che l'Azienda intende porre in essere per il triennio 2023 – 2025 confermano l'impostazione seguita in passato e si traducono ancora una volta in azioni volte alla regolamentazione dei processi/procedimenti, al monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese, al rafforzamento della trasparenza nei settori maggiormente esposti al rischio di corruzione, alla formazione e sensibilizzazione etica del personale, alla realizzazione degli obiettivi di digitalizzazione, alla rotazione del personale operante in aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, privilegiando meccanismi di segregazione delle funzioni onde non recare pregiudizio al buon andamento dell'attività amministrativa, alla gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

La formazione svolge un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza della regolare condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e del Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

Misure di regolamentazione

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

Nel perseguimento della finalità di creazione del valore pubblico, la revisione e il miglioramento della regolamentazione interna favoriscono la verifica della corretta attuazione del principio di trasparenza, nonché l'individuazione di eventuali comportamenti disomogenei tra uffici della stessa Azienda.

A tal fine, l'Azienda ha proceduto, nel corso dell'anno 2022, alla revisione e redazione di diversi regolamenti interni, consultabili sul sito web Aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente -> Disposizioni generali -> Atti generali -> Atti amministrativi generali.

In particolare, tra questi si annoverano:

- Regolamento per il rapporto di lavoro a tempo parziale del personale dei Comparti Sanità e Università e Ricerca (delibera n. 1054/2022);
- Regolamento per la Graduazione degli incarichi dirigenziali (area sanità)– aggiornamento (delibera n. 892/2022);
- Regolamento Orario di lavoro per il personale dirigente dell'Area Sanità (delibera n. 559/2022);
- Regolamento di Audit e del Piano di Audit per l'anno 2022 (delibera n. 464/2022);
- Regolamento disciplinante le modalità di gestione dei Cespiti Mobili (delibera n. 429/2022);
- Regolamento dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari – aggiornamento (delibera n. 326/2022);
- Regolamento per l'acquisto di beni e servizi in regime di infungibilità (delibera n. 151/2022);
- Regolamento per la programmazione e l'acquisto di beni e servizi (delibera n. 135/2022);
- Regolamento disciplinante le modalità di gestione ed uso degli automezzi (delibera n. 23/2022).
- Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e civico generalizzato – aggiornamento (delibera n. 268/2022);
- Regolamento per la predisposizione del Bilancio di esercizio.

Con nota prot. n. 2662 del 01/03/2023, è stata richiesta a tutte le UUOO Aziendali una mappatura dei regolamenti vigenti, nonché l'indicazione di nuovi regolamenti da adottare e/o aggiornare in considerazione dell'evoluzione legislativa nella specifica materia.

I regolamenti la cui adozione o aggiornamento è prevista per il triennio 2023-2025 sono indicati nel documento **Allegato n.2** al presente Piano, riepilogativo delle misure di prevenzione oggetto di adozione.

Misure di controllo e monitoraggio

Per l'attuazione delle misure specifiche di intervento delle attività a medio ed alto rischio di corruzione, si è reso necessario attuare un meccanismo di auditing al fine di procedere ad un'analisi più specifica delle aree già individuate, alla individuazione di ulteriori aree che potrebbero essere esposte al rischio corruzione, ed all'attivazione delle azioni sostenibili, idonee a ridurre i rischi individuati.

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

- Monitorare l'attuazione delle misure;
- Accertarne la sostenibilità, la congruità e l'efficacia;
- Verificare l'efficacia dei Protocolli Operativi per la predisposizione del Piano;
- Identificare eventuali aree di miglioramento, in raccordo con il Dirigente della struttura interessata, nell'ambito del Protocollo Operativo e delle procedure in essere.

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

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

A prescindere dalla classificazione del rischio, permane in capo ai dirigenti il dovere di procedere al costante monitoraggio, controllo ed alla verifica sulla correttezza dei procedimenti amministrativi intrapresi nonché sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

Permane altresì l'obbligo di procedere alla segnalazione nei confronti del RPCT di episodi corruttivi, mediante l'utilizzo della scheda allegata al presente Piano (**Allegato n.4**). La predetta segnalazione non esime tuttavia il dirigente dall'avvio di eventuali procedure disciplinari e, nei casi più gravi, dagli obblighi di denuncia alle Autorità Giudiziarie.

Misure di trasparenza

La trasparenza costituisce una delle principali misure di prevenzione della corruzione. Per la trattazione analitica delle modalità di attuazione della trasparenza all'interno dell'Azienda si rinvia al paragrafo 2.3.7 - "Sezione Trasparenza".

Misure di formazione, promozione dell'etica e di standard di comportamento

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

L'Azienda, consapevole che in taluni casi il verificarsi di fenomeni di maladministration può essere legato anche a difetti derivanti dal carente aggiornamento professionale, riconosce il valore della formazione quale misura che, determinando l'accrescimento della competenza professionale, consente di limitare il verificarsi di episodi di corruzione. Ai sensi degli articoli 10-11 della Legge 190/2012, di concerto con la U.O.S. Formazione, sono state valorizzate le iniziative formative in materia di acquisti e contratti pubblici ed in materia di prevenzione della corruzione.

L'Azienda, nell'ambito del programma di formazione per la prevenzione della corruzione, intende, nel corso del triennio, proseguire l'attività di formazione specifica rivolta al personale che opera in aree a rischio corruzione. La formazione potrà essere svolta, oltre che nel modo classico dell'incontro formale, anche attraverso l'utilizzo delle tecnologie informatiche mediante il sito web e l'intranet aziendale, nonché tramite la pubblicazione di materiale nell'area amministrazione trasparente o mediante corsi FAD. Obiettivo costante è quello di procedere all'aggiornamento delle conoscenze acquisite nei settori di competenza, al fine di contenere ipotesi di inadeguata applicazione dei principi e delle norme che regolano l'agire della P.A..

Misure di rotazione

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

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

In altre parole, la rotazione deve essere impiegata in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Risultando evidente che il principio di rotazione non possa essere applicato in ambiti nei quali non sia possibile attuare i concetti di fungibilità della prestazione lavorativa (personale medico) e nelle more della possibile attuazione di sistemi di rotazione che assicurino la continuità e la coerenza di indirizzo delle strutture, a garanzia del principio di buon andamento dell'agire amministrativo, l'Azienda, già con disposizione di servizio n. 1 del 23/12/2014 in materia di attuazione del principio di rotazione nelle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, ha fornito indicazioni sulla relativa attuazione.

La rotazione del personale dirigente del ruolo amministrativo è stata oggetto di ulteriori provvedimenti. Il personale dirigente è pertanto chiamato ad assicurare la rotazione dei funzionari incaricati (personale direttivo) nei settori considerati maggiormente a rischio, salvaguardando le competenze e le professionalità acquisite, mediante sistemi di affiancamento, ove possibile, ovvero mediante il meccanismo della segregazione delle funzioni.

Nel corso dell'anno 2016 l'Azienda ha ultimato la rotazione degli incarichi dirigenziali iniziata nell'anno 2013. Nel corso del 2017 è stata attuata la rotazione del personale di comparto mediante meccanismi di segregazione delle funzioni, con riferimento agli incarichi di DEC nell'ambito di contratti di fornitura di beni e servizi. Nel corso dell'anno 2018 la rotazione si è realizzata anche mediante il conferimento dei nuovi incarichi di posizione organizzativa nell'ambito del comparto, nonché mediante il conferimento dei nuovi incarichi dirigenziali, in attuazione di quanto disposto dall'atto aziendale.

Nel corso del 2019, l'immissione in servizio di nuove risorse umane, a fronte del completamento delle procedure di avviso indette nell'anno 2018 per il reclutamento, a tempo determinato, di personale amministrativo, ha consentito, per il personale amministrativo di comparto, una migliore distribuzione delle attività lavorative, consentendo altresì la realizzazione delle logiche dell'affiancamento, che sottendono il principio di segregazione delle funzioni. Nel 2020, a seguito della adozione, con deliberazione 625/2020, del Regolamento Aziendale per la graduazione, l'affidamento, la valutazione e la revoca degli incarichi di funzione, sono state avviate le procedure per il conferimento degli incarichi di funzione al personale di comparto. Proseguite per tutto il 2020 e 2021, le procedure sono terminate nell'ottobre 2021, con l'affidamento degli incarichi di funzione di tipo amministrativo.

Nel triennio 2023-2025, l'Azienda intende proseguire, nei settori più esposti a rischio di corruzione (incarichi e nomine, acquisizione e gestione del personale, contratti pubblici) i processi di rotazione sia mediante l'alternanza delle figure chiamate a ricoprire i ruoli di responsabile di procedimento, di componente di commissioni di gara e di concorso, sia mediante il ricorso al più volte richiamato principio della segregazione delle funzioni, quale sistema idoneo ad evitare l'accentramento, in capo al medesimo soggetto, di una pluralità di compiti e funzioni.

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

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

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

Con riferimento alle attività classificate "Alto rischio" ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare ed implementare, ove ancora non adottate, le azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti, ed adottare misure di controllo compensative, quali l'affidamento delle pratiche sensibili a due funzionari, atte a prevenire il rischio di condotte corruttive.

Misure di segnalazione e protezione

La legge 190/2012 prevede una serie di meccanismi a tutela del c.d. “whistleblower”, ossia il dipendente pubblico che denuncia alla magistratura ordinaria, contabile o ai suoi superiori gerarchici episodi di corruzione così come intesa e descritta sia dalla predetta disciplina normativa che dal presente piano. Tale disciplina di tutela prevede i seguenti tre capisaldi da osservare:

- 1) tutela dell’anonimato,
- 2) divieto di discriminazione del “whistleblower”,
- 3) sottrazione al diritto di accesso della segnalazione, fatte salve le ipotesi eccezionali di cui all’art. 54 bis del d.lgs. 165/2001.

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

In caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l’ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

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

Nel corso del 2016 è stato acquisito dall’Azienda il software per la gestione informatica delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell’Azienda Ospedaliera Sant’Andrea, rinnovato nell’ottobre 2021. L’obiettivo perseguito da questa Azienda è di fornire, con tale strumento, al whistleblower indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento. La segnalazione (cd. whistleblowing), in tale ottica, è un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il whistleblower contribuisce all’emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l’amministrazione pubblica e, di riflesso, per l’interesse pubblico collettivo.

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

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

Misure per la prevenzione di ipotesi di conflitto di interesse

Come è noto, il conflitto di interessi, attuale o potenziale, è definito come la condizione o l’insieme di circostanze che creano o accrescono il rischio che gli interessi primari, quali il corretto adempimento dei doveri istituzionali finalizzati al perseguimento del bene pubblico, possano essere compromessi da interessi secondari, ossia privati, e che possano pertanto creare un pregiudizio all’esercizio imparziale delle funzioni al dipendente attribuite. Configura conflitto di interesse lo svolgimento, sia in termini attuali e concreti, che in termini potenziali, di funzioni che possano subire un’interferenza con il corretto esercizio dell’attività svolta, tali da non assicurare la garanzia del rispetto dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità nel perseguimento dell’interesse pubblico.

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

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

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

Le disposizioni in materia di astensione, nelle ipotesi di conflitto di interesse, sono state trasfuse nel Codice di Comportamento adottato dall'Azienda nonché nei Regolamenti Aziendali interessati dalla materia, con una particolare attenzione all'area dei contratti pubblici. In relazione a tale tematica, l'Azienda ha implementato l'efficacia delle principali misure previste, costituite in particolare dal sistema di acquisizione delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, nonché dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'Azienda.

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

2.3.7 Sezione Trasparenza

Il presente Piano individua le modalità di attuazione della trasparenza mediante lo strumento costituito dall'**Allegato n. I**, nel quale vengono declinati gli obblighi di pubblicazione, i responsabili della produzione degli atti e delle informazioni, i responsabili della relativa pubblicazione, nonché la tempistica degli adempimenti.

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

Rientrano nelle misure volte al rispetto del principio generale della trasparenza le misure relative alla formazione, al whistleblowing, al pantouflage, alla gestione del conflitto di interesse. Quest'Azienda rileva un livello di adempimento degli obblighi di trasparenza risulta essere soddisfacente anche se per alcuni obblighi si rileva un parziale adempimento e per altri si attende una fase di aggiornamento. I fattori di rallentamento sono dovuti ai processi di alimentazione e pubblicazione dei dati non ancora informatizzati in considerazione della molteplicità e varietà degli stessi.

Risultano efficaci le misure adottate in relazione al pantouflage, che si concretano in particolare nell'inserimento della clausola di pantouflage negli atti di assunzione del personale, nelle dichiarazioni acquisite in caso di cessazione dal servizio dei dipendenti e nel DGUE per la partecipazione a gare d'appalto, prevedendone espressamente il divieto. L'Azienda per il triennio 2023-2025, così come avvenuto per l'anno 2022, promuove l'inserimento negli atti di indirizzo e in quelli regolamentari delle misure finalizzate all'attuazione della trasparenza.

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

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

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

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

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

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

Nell'**Allegato n.1** sono indicati in dettaglio:

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

2.3.8 Piano Triennale delle Attività – Attuazione Misure

Il piano delle attività non ha un carattere esaustivo, in quanto le misure ivi contenute dovranno combinarsi con tutte le altre azioni, controlli e prescrizioni, previste nel Piano triennale ed in tutti gli altri documenti aziendali relativi a trasparenza e performance in modo da costituire un insieme di regole tese all'abbattimento del rischio di corruzione in tutte le attività esposte, in modo maggiore o minore, al rischio corruzione svolte dall'Azienda. Inoltre, stante la dinamicità del presente piano triennale, si prevede che attraverso un meccanismo di auditing l'Azienda possa ulteriormente riesaminare aree di rischio già individuate ovvero non adeguatamente mappate che potrebbero essere oggetto di trattamento mediante l'adozione di misure ulteriori di prevenzione.

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

3 SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

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

L'organizzazione dipartimentale viene confermata quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, con l'obiettivo di garantire concreta attuazione alle politiche di governance integrata e l'affermarsi di buone pratiche gestionali. Il Dipartimento vuole essere un elemento caratterizzante della strategia aziendale che valorizzi il personale, favorendo la crescita delle competenze professionali in un contesto di reale integrazione organizzativa, per dare effettiva concretezza alle politiche di governo clinico.

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

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

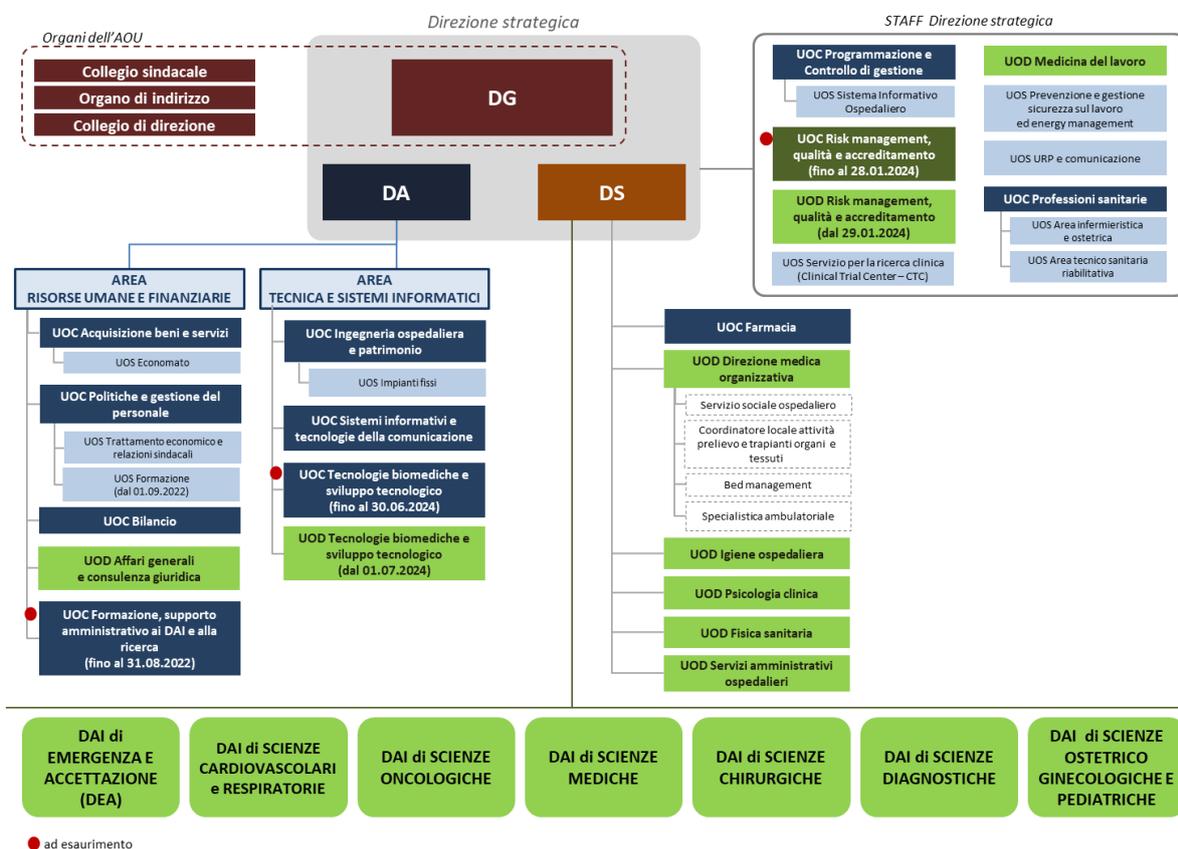
1. **DAI di Emergenza e accettazione (DEA)**, che rappresenta l'articolazione organizzativa deputata alla soddisfazione della domanda di assistenza in emergenza-urgenza attraverso l'integrazione e il coordinamento delle strutture ad esso afferenti quali il Pronto soccorso e la Breve Osservazione, la Medicina d'urgenza, l'Anestesia e rianimazione, la Psichiatria con annessa SPDC e lo Scompenso cardiaco.
2. **DAI di Scienze cardio-vascolari e respiratorie**, che raggruppa alcune strutture di alta complessità e qualificazione dedicate alla diagnosi e cura delle patologie dei distretti cardio-vascolari e respiratori, quali la Cardiochirurgia, la Cardiologia con annesse UTIC ed Emodinamica, la Chirurgia vascolare e la Pneumologia a configurare un'offerta assistenziale integrata nella quale, attraverso la condivisione delle risorse tecnologiche, viene garantita la centralità del paziente e favorito lo sviluppo di PDTA efficaci.
3. **DAI di Scienze oncologiche**, che rappresenta l'articolazione organizzativa deputata alla configurazione di una risposta assistenziale integrata e completa comprendente la diagnosi, il trattamento e il follow-up dei pazienti neoplastici attraverso il coordinamento delle attività multidisciplinari e multiprofessionali erogate dalle strutture ad esso afferenti quali: l'Oncologia, l'Ematologia e la Radioterapia (in ambito medico), la Chirurgia toracica e la Chirurgia senologica (in ambito chirurgico), la Medicina nucleare specializzata nei trattamenti diagnostici e terapeutici altamente tecnologici con l'impiego di radionuclidi.
4. **DAI di Scienze mediche**, che raggruppa le discipline principalmente coinvolte nella soddisfazione della domanda di assistenza, in urgenza o programmata, nell'ambito della medicina interna e specialistica, favorendo l'aggregazione e l'integrazione tra le stesse. Afferiscono a tale dipartimento le strutture di Medicina interna, di Medicina specialistica endocrino-metabolica (che configurano un'offerta differenziata per intensità assistenziale), la Nefrologia e la Dialisi, la Neurologia (cui afferisce la Stroke Unit e il Centro di Sclerosi Multipla, uno dei principali centri di riferimento della Regione Lazio), la struttura dedicata alle Malattie dell'apparato digerente (specializzata nel trattamento delle patologie del fegato, del pancreas e dei tumori neuro-endocrini), la Dermatologia e le Malattie infettive.

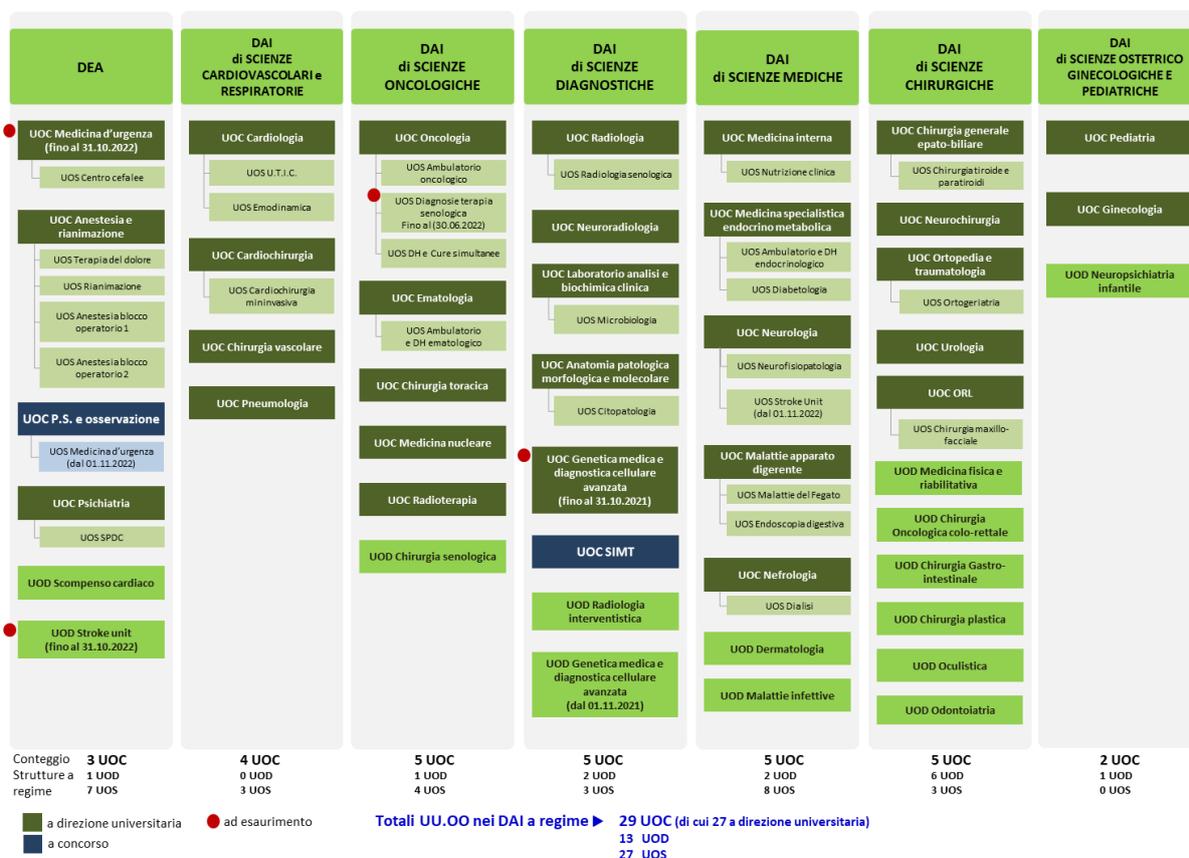
5. **DAI di Scienze chirurgiche**, che raggruppa le discipline principalmente coinvolte nella soddisfazione della domanda di assistenza, urgente o programmata, nell'ambito della chirurgia generale e specialistica, caratterizzate da un approccio multidisciplinare per il miglioramento dell'utilizzo delle risorse tecnologiche chirurgiche condivise nonché l'impiego di approcci innovativi nell'ambito dei percorsi specifici e caratteristici di ciascuna disciplina. Afferiscono a tale dipartimento le strutture di Chirurgia generale epato-biliare, la Chirurgia Gastro-intestinale e la Chirurgia oncologica colo-rettale, la Neurochirurgia, l'Ortopedia e traumatologia, l'Urologia, l'Otorinolaringoiatria, la Chirurgia plastica, l'Oculistica e l'Odontoiatria, che costituiscono, nei rispettivi campi, riconosciuti esempi di qualificata offerta assistenziale.

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

7. **DAI di Scienze ostetrico-ginecologiche e pediatriche**, che rappresenta l'articolazione organizzativa dedicata alla salute della donna e del bambino attraverso un'attività assistenziale integrata e coerente con la formazione dei medici e delle altre figure professionali coinvolte. Afferiscono a tale dipartimento le strutture di Ginecologia, di Pediatria (cui afferisce il centro di Medicina del sonno pediatrico e per la prevenzione della sindrome della morte improvvisa, e la Neuropsichiatria infantile. La realizzazione dei reparti di ostetricia e di neonatologia, completerà l'offerta assistenziale destinata al percorso nascita.

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





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

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

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

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

L'organizzazione dell'attività clinico-assistenziale, orientata in base al modello della governance integrata, vede, dunque, uno dei suoi momenti di massima espressione nella costituzione di un tessuto organizzativo fondato sulla definizione di relazioni funzionali tra professionisti che implementano e seguono specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Detto tessuto si integra con la struttura organizzativa in quanto le reti professionali istituite per la realizzazione dei PDTA utilizzano le risorse assegnate alle unità

operative dell'Azienda, che entrano in relazione funzionale tra di loro per perseguire obiettivi di maggiore efficacia ed efficienza nella diagnosi e terapia di pazienti affetti da specifiche condizioni cliniche.

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

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

Infine, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha individuato il modello di ospedale per intensità e complessità di cura come espressione dei più attuali principi di organizzazione ospedaliera. L'ospedale moderno e di alta specializzazione deve essere sempre più luogo di cura per pazienti acuti ed iperacuti, sempre meno votato ad assistere pazienti cronici stabilizzati; deve avere meno letti nel suo complesso, ma più letti per l'emergenza e per l'ospedalizzazione diurna e a ciclo breve. Esso deve rispondere alla diversità espressa da pazienti molto diversi tra loro, garantendo una progressività di erogazione delle prestazioni sanitarie fondata su esigenze assistenziali diversificate e una filosofia di appropriatezza ed economicità di impiego delle risorse.

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

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

3.2 Organizzazione del lavoro agile

A causa dell'emergenza sanitaria derivante dalla pandemia da COVID 19, nel lavoro pubblico si è reso necessario un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, ed al conseguente utilizzo del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.1 Lavoro Agile: principi e ambito di applicazione

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

Il ricorso al lavoro agile deve in ogni caso assicurare:

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

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

- 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
- 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;

3) le modalità ed i tempi di misurazione della prestazione, anche ai fini del proseguimento dell'utilizzo dello strumento del lavoro agile.

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

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

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

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

DISCIPLINA GENERALE

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

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

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

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

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

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

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

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

ACCESSO AL LAVORO AGILE

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

- l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile;
- la fornitura, a carico dell'Azienda, di idonea strumentazione tecnologica al lavoratore, salvo casi eccezionali in cui può essere consentito l'utilizzo dei propri strumenti informatici e fermo restando le necessarie misure di sicurezza;

- il prevalente svolgimento dell'attività in presenza da parte dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, del personale con qualifica dirigenziale e dei responsabili dei procedimenti.

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

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

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

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

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

ACCORDO INDIVIDUALE

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

L'accordo è sottoscritto dal lavoratore e dal dirigente responsabile della struttura a cui è assegnato il medesimo lavoratore, su delega del Direttore Generale, secondo il modello di cui all'**Allegato n.6** al presente documento.

L'accordo deve contenere i seguenti requisiti minimi:

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

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

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

Costituisce giustificato motivo di recesso e sospensione

- a) ragioni collegate al comportamento del lavoratore che:

- non si sia reso reperibile nelle modalità e negli orari risultanti nel presente accordo per almeno 3 volte;
 - in esito alle valutazioni periodiche compiute dal dirigente, risulti non aver svolto le attività indicate nel presente accordo
 - in esito alle valutazioni periodiche compiute dal dirigente, risulti non aver conseguito gli obiettivi assegnati.
- b) ragioni di natura organizzativa che:
- non consentano la prosecuzione dell'attività in regime di lavoro agile (a titolo meramente esemplificativo si fa riferimento ad ipotesi nelle quali le attività oggetto del presente accordo vengano assegnate strutture diverse da quella di assegnazione del dipendente o attribuzione di nuove competenze anche temporanee);
- c) ragioni di natura tecnica che non consentano la prosecuzione dell'attività in regime di lavoro agile;
- d) ragioni di natura personale, gravi e documentati motivi personali del lavoratore.

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

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

All'esito delle verifiche di cui sopra con esito positivo, la UOC SIETC comunica alla UOC Politiche e Gestione del Personale tramite il protocollo i nominativi dei dipendenti autorizzati a svolgere il lavoro agile e la relativa decorrenza dovuta alla disponibilità delle risorse/apparati (non è prevista la fornitura di VDT, tastiere, stampanti e mouse).

ARTICOLAZIONE DELLA MODALITÀ "AGILE" E DIRITTO ALLA DISCONNESSIONE

La prestazione lavorativa è articolata nelle seguenti fasce temporali:

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

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

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

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

FORMAZIONE

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

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

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

ATTIVITÀ CHE POSSONO ESSERE SVOLTE IN MODO AGILE

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

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

e che presentino i requisiti di seguito indicati:

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

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

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

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

- a) personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto a rischi da contatto con altre persone;
- b) lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- c) situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro;
- d) lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151;
- e) lavoratore/lavoratrice con figli di età inferiore ad anni quattordici in caso di disposizione di didattica a distanza da parte della scuola di appartenenza del minore, ovvero di sorveglianza preventiva o di quarantena
- f) esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni;
- g) maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede lavorativa;
- h) tipologia dell'attività da svolgere, favorendo quella più idonea;
- i) esigenze collegate alla frequenza, da parte del lavoratore, di corsi di studio o di percorsi di apprendimento che non danno diritto ad altre agevolazioni;

Obiettivi ed indicatori. Modalità di verifica.

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

Durata delle attività in lavoro agile.

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

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

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

Tutela assicurativa

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

CARATTERISTICHE DELLA STRUMENTAZIONE INFORMATICA

La prestazione in lavoro agile è consentita esclusivamente con strumenti messi a disposizione dall'Azienda, il che include un PC portatile opportunamente configurato, con accesso limitato alla rete intranet, alle applicazioni strettamente necessarie ed avente le porte USB bloccate, salvo le ipotesi eccezionali su-richiamate e ferme restando le misure di sicurezza che dovranno essere previste a cura della UOC Sistemi Informativi e Tecnologie della Comunicazione (SIETC).

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa devono essere tempestivamente comunicati all'HELP DESK al numero 0633775395 o via e-mail all' indirizzo hrti@ospedalesantandrea.it affinché venga attivata la soluzione al problema e venga prestata idonea assistenza tecnica.

Nel caso non sia possibile risolvere prontamente il problema tecnico che impedisce lo svolgimento dell'attività lavorativa, il lavoratore e il suo diretto responsabile concorderanno le modalità di completamento della prestazione ivi compreso, ove possibile, il rientro del dipendente nella sede di lavoro per la parte residua della prestazione giornaliera. Se il problema si dovesse protrarre, la prestazione lavorativa in regime agile viene sospesa fino alla sua risoluzione. Tale sospensione deve essere comunicata alla UOC Politiche e gestione del personale.

L'Azienda non è in ogni caso responsabile di guasti e malfunzionamenti che dovessero riguardare le attrezzature di proprietà del lavoratore.

TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE

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

Il Servizio Prevenzione e Protezione (S.P.P.) fornisce ai lavoratori e ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.) l'informativa relativa ai rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa.

Il Datore di Lavoro fornisce al lavoratore, avvalendosi della consulenza del Servizio Prevenzione e Protezione, le informazioni circa le eventuali situazioni di rischio, anche in riferimento al corretto utilizzo dell'impianto elettrico e alle relative misure di tutela della salute e sicurezza adottate e da adottare nell'ambito dello svolgimento del lavoro agile. Tale obbligo in capo al Datore di Lavoro, per i lavoratori in lavoro agile, si intende assolto mediante la sottoscrizione dell'accordo individuale suddetto (vedi **Allegato n.6**).

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

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

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

Diligenza e riservatezza

Il lavoratore è tenuto a trattare con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dall'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa, attenendosi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro.

Ai fini del rispetto della disciplina sulla Privacy si fa riferimento a quanto espressamente previsto in tema di protezione dei dati personali nel caso del Lavoro Agile, che costituisce parte integrante del Contratto Individuale sottoscritto tra le parti (vedi **Allegato n.6**).

3.2.2 Lavoro da Remoto

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

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

- a) telelavoro domiciliare, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente;
- b) altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite.

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

L' Azienda può adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio - nel caso di attività, previamente individuate dalla stessa Azienda e/o ufficio Responsabile, ove è richiesto un presidio costante del processo e ove sussistono i

requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

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

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1 La programmazione strategica delle risorse umane

Nella stesura del Piano triennale dei fabbisogni di personale per l'attività assistenziale ordinaria, l'Azienda ha preso in considerazione, quali atti prodromici e alla base del proprio fabbisogno, la programmazione delle proprie attività, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, costituita dalla spesa sostenuta per il personale nell'anno, oltre la spesa effetto del trascinarsi delle assunzioni eseguite durante l'anno precedente.

Il fabbisogno tiene conto di alcuni elementi essenziali, particolarmente per quanto attiene alle unità di personale assunte a tempo determinato nelle more delle procedure concorsuali, a quelle assunte nelle more delle procedure di stabilizzazione, nonché dei rapporti di lavoro a tempo determinato attivati per le esigenze correlate alla pandemia da CoViD-19. Inoltre vengono indicate le procedure concorsuali in corso e l'indicazione dei tempi previsti per la loro conclusione.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale aggiorna e ridefinisce la programmazione dei fabbisogni precedentemente adottata (v. **Allegato n.7**). Tale pianificazione interviene a valle delle modifiche intervenute su governance e funzioni dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea e tiene conto:

- dei fabbisogni di personale rilevati nel corso degli ultimi anni;
- delle proposte dei Direttori delle Direzioni, ai sensi dell'art. 16, c.1, lettera a-bis del D. Lgs. 165/2001;
- del Piano integrato di attività ed organizzazione 2022-2024 (PIAO);
- del bilancio di previsione decisionale dell'esercizio 2022 e del bilancio pluriennale 2022-2024, nonché del piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio,
- dell'attuale quadro legislativo come modificatosi a seguito delle disposizioni normative intervenute con il D. Lgs. 75/2017, con la legge 205/2017 (legge di bilancio 2018), con la legge 145/2018 (legge di bilancio 2019), con la legge 160/2019 (legge di bilancio 2020), con la legge 234/2021 (legge di bilancio 2022) e, da ultimo, con legge 197/2022 (legge di bilancio 2023) in materia di reclutamento e assunzioni di personale,
- delle linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 6 ter comma 1 del D. Lgs. 165/2001 e pubblicate nella G.U. 173 del 27 luglio 2018 nonché delle Linee di indirizzo inviate con ultima circolare della Regione Lazio prot. n. U.1213615 del 30-11-2022.

Il fabbisogno triennale esprime le unità incrementalmente rispetto alla consistenza organica al 01 gennaio 2022 e, pertanto, esprime la differenza tra dotazione organica e consistenza organica al 01 gennaio 2022, garantendo, altresì, il turn over del personale in relazione alle cessazioni. Pertanto, tutte le assunzioni verificatesi dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022, al netto delle cessazioni verificatesi, sono inserite nel fabbisogno 2023.

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

Il fabbisogno 2022 – 2023 – 2024 è stato determinato prendendo in considerazione: le unità già a tempo determinato o in comando da stabilizzare, le unità necessarie per incrementare attività di alcuni servizi, le unità che possono concorrere – seppure in parte – alla riduzione delle prestazioni aggiuntive e all'utilizzo delle nuove tecnologie acquisite, le unità necessarie per il rispetto della Legge 68/99.

Il fabbisogno 2022, 2023 e 2024 è stato determinato prendendo in considerazione il personale attualmente in servizio, compreso il personale assunto per l'emergenza, si è provveduto a sostituire solo il personale che si prevede cesserà dal servizio nel prossimo trienni, e ciò tende, esclusivamente, considerate le assunzioni già verificatesi sino al 30.11.2022, a garantire il turn over e a stabilizzare il personale a tempo determinato o in comando, e quindi, tende esclusivamente a garantire l'attuale forza lavoro e l'attuale costo sostenuto, salvo qualche unità incrementale che si viene a individuare nella tabella riportata di seguito.

Gli incrementi relativi alla figura professionale del Dirigente Medico disciplina Malattie Infettive, è dovuto al fatto che la Regione ha riattivato il Reparto di Malattie Infettive, attribuendo a questa Azienda 10 posti letto.

Per quanto attiene all'incremento relativo alla figura professionale di Dirigente Medico disciplina di Chirurgia Toracica, tale incremento scaturisce dall'aumento delle attività oncologiche.

Relativamente alla figura professionale di Dirigente Medico disciplina di Radiologia interventistica, l'incremento è riconducibile al fatto di supportare le necessità interventistiche inerenti la casistica aziendale.

Relativamente all'assunzione di n. 5 unità di Dirigente Medico di Medicina Interna, la stessa si è resa necessaria a seguito dall'approvazione del "Piano Aziendale dei ricoveri da pronto soccorso per la gestione del sovraffollamento" (in ottemperanza al DCA n 453/2019 e Determina G15959/2022), che prevede la riorganizzazione del Pronto soccorso con un area definita "boarding", afferente funzionalmente al Pronto soccorso, nell'ambito della quale gli utenti "in destinazione" saranno gestiti da dirigenti medici differenti da quelli assegnati al PS per tutte le cure richieste dal caso concreto.

Qualifica	Quantità	ospedalieri/ universitari	mese di assunzione
Coadiutori amministrativi (categorie protette)	5	osp	gennaio
scompenso cardiaco (boarding) medicina interna	5	osp	gennaio
medicina e chirurgia d'urgenza	3	osp	maggio
Medici di ematologia	1	osp	gennaio
Medici di chirurgia plastica	1	osp	dicembre
medici cardiocirurgia	1	osp	agosto
Medici cardiologi	1	uni	gennaio
Medici oncologia	1	uni	agosto
Medici di toracica	1	osp	maggio
Medici di Radiologia interventistica	1	osp	aprile
Reumatologo	1	uni	maggio
Medici di malattie infettive	1	uni	giugno
Medici di malattie infettive	1	uni	maggio
Medico di Patologia Clinica	1	osp	marzo
Medici di neurochirurgia	1	osp	febbraio
Medici di urologia	1	osp	marzo
Biologi	1	osp	luglio
farmacia	1	osp	agosto
fisica sanitaria	1	osp	settembre
Tecnici di prevenzione	1	osp	luglio
audiometrista	1	osp	agosto
ortottista	1	osp	luglio
Infermieri	8	osp	gennaio
Terapista occupazionale	1	osp	marzo
Assistente tecnico	1	osp	gennaio
oss	16	osp	febbraio
dirigente medico genetista	1	uni	settembre

Per quanto concerne il terapeuta occupazionale, è figura indispensabile nell'ambito della UOC Psichiatria, SPDC, per avviare un processo riabilitativo degli interessati che, adoperando come mezzo privilegiato il fare e le molteplici attività della vita quotidiana, attraverso un intervento individuale o di gruppo, coinvolge la globalità della persona con lo scopo di aiutarne l'adattamento fisico, psicologico o sociale, per migliorarne globalmente la qualità di vita pur nella disabilità. Attualmente l'Azienda è priva di una tale figura a fronte del notevole aumento di casi cui la struttura di Psichiatria è chiamata a far fronte. L'acquisizione di un tale professionista, come previsto nel piano, porterà ad una riduzione del tempo di ricovero e si auspica potrà in qualche modo prevenire il susseguirsi di ricoveri a breve lasso temporale e potrà meglio gestire le interazioni familiari.

Per quanto concerne la figura del tecnico della prevenzione, si fa riferimento ad una abilitazione di 3° livello, per la quale attualmente l'Azienda ha in corso una convenzione esterna che si ritiene di dover far cessare internalizzando il relativo servizio di vigilanza.

Con riferimento al personale del comparto, sanitario e amministrativo, indicato in tabella si ritiene necessario fare le seguenti considerazioni. Si è proceduto all'espletamento delle due procedure concorsuali per le figure professionali di Assistente Amministrativo cat. C e Collaboratore Amministrativo Professionale cat. D rispettivamente per n. 20 posti e 12 posti.

Nell'ambito della spesa sono comprese le assunzioni obbligatorie ex Legge 68/1999. A tal proposito questa Azienda si è adoperata ad attenersi alle disposizioni di cui all'art. 18 co. 2 della Legge 68/99 inerente le categorie protette per n. 5 coadiutori amministrativi a fronte degli 8 richiesti procedendo, conseguentemente, a richiedere ulteriori 3 nominativi nella figura professionale di CPS Infermiere cat. D.

Per quanto concerne il personale infermieristico si evidenzia che con la deliberazione n. 1072 del 29.09.2022 l'Azienda ha proceduto ad incrementare la dotazione organica da 850 a 880 unità, ciò in considerazione dell'ampliamento dei servizi per l'utenza, quale boarding, posti letto malattie infettive, pronto soccorso ecc..

Per quanto attiene il personale OSS, si tratta di un incremento di 16 unità che sono state assunte anticipatamente ma vanno a colmare la cessazione del personale ausiliario al 31.12.2023, per riequilibrare un rapporto tra OSS e Infermieri per una assistenza qualitativamente migliore considerati anche i servizi di cui sopra.

Per quanto attiene le nuove figure professionali (audiometrista, ortottista, assistente tecnico), tali assunzioni sono finalizzate all'accrescimento della funzionalità e produttività di alcune strutture organizzative attraverso un utilizzo più appropriato del personale afferente, lo stesso che, ad oggi, è chiamato ad assolvere anche compiti non pertinenti il proprio profilo di appartenenza.

In merito alla figura del Dirigente medico Urologo lo stesso è figura centrale per garantire il supporto e lo sviluppo dei programmi di intervento anche a livello territoriale già avviati dall'Azienda nella relativa disciplina.

Per tutte le ulteriori figure previste e riportate nella tabella di cui sopra, rappresentano figure necessarie per implementare supportare e sviluppare la produttività aziendale riguardo a programmi ed attività già in essere presso l'Azienda.

Si precisa che, per quanto riguarda il fabbisogno ordinario relativo alle unità da conteggiare quale direttore di struttura complessa, le unità da inserire sono quelle previste dal vigente Atto Aziendale che si sono rese vacanti e per le quali, pertanto, è necessario garantire il turn over.

Sono in itinere le procedure per la U.O.C. Medicina Trasfusionale, la U.O.C. Farmacia, U.O.C. Professioni sanitarie.

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

UNITA' INTERESSATE DAL PERCORSO DI STABILIZZAZIONE

Sono in corso, a seguito di nuovo termine di maturazione del requisito di cui all'art. 20 comma 2 del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. le seguenti procedure di stabilizzazione: Procedura concorsuale riservata ai sensi dell'art.20 comma 2 del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. per la copertura a tempo pieno ed indeterminato n. 1 Dirigente Psicologo– in itinere; Procedura concorsuale riservata ai sensi dell'art.20 comma 2 del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. per la copertura a tempo pieno ed indeterminato n. 2 posti di Assistente Sociale cat. D. Inoltre, ai sensi dell'art. 1 c. 268 della L. 234/2021, sono in corso di espletamento le seguenti procedure di stabilizzazione per l'area comparto: 8 CPS Tecnico di Laboratorio Biomedico cat. D, n. 30 CPS Infermiere, n. 1 CPS Fisioterapista, n. 9 CPS Tecnico di Radiologia Medica cat. D, n. 18 posti di Operatore Socio Sanitario. Mentre per la Dirigenza saranno espletate procedure per le seguenti specialità: cardiologia, malattie infettive, malattie dell'apparato respiratorio, biochimico clinico, gastroenterologo, medicina interna, anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia d'accettazione ed urgenza.

COSTI

Alla luce di quanto sopra esposto e delle relative tabelle allegate, rappresentative dello stato del personale e delle varie procedure aziendali in itinere e di futura attuazione, tese ad incrementare lo stesso per le motivazioni indicate in parte narrativa, la previsione di costo al 31 dicembre 2023 stima una spesa complessiva pari ad euro 112.835.484,69.

Tale importo è comprensivo del maggior onere derivante dalle nuove assunzioni citate, le quali, tenuto conto dei nuovi livelli di costo previsti contrattualmente, ammonta ad euro 2.647.278,57.

Rispetto al budget assegnato ed indicato nelle linee guida per la redazione del bilancio economico preventivo 2023 trasmesse con pec del 14.12.2022, pari ad euro 112.388.000,00, si presenta una maggior spesa per un importo di euro 390.031,96.

Quest'ultima differenza economica è riconducibile all'ambito dei nuovi livelli economici riconosciuti al personale dipendente del comparto e fissati nell'ambito delle tabelle economiche allegate al nuovo CCNL di riferimento.

Infatti, come riscontrato all'attenzione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria all'esito della richiesta del 09.11.2022 in merito all'impatto economico derivante dall'applicazione del nuovo testo contrattuale, la spesa gravante per l'Azienda è di euro 2.943.207,26.

Tale importo, sommato alla previsione di spesa in tema di personale dell'anno 2022, pari ad euro 110.060.000,00, porta la disponibilità aziendale 2023 per costo del personale non ad euro 112.388.000,00 ma, bensì, ad euro 113.003.207,00, facendo così rientrare nel limite di spesa assegnato quanto previsto dall'Azienda per il 2023. Resta, tra l'altro, inteso che eventuali comandi presso altre aziende di personale dipendente, in particolare verso aziende non dell'area del comparto di appartenenza, potrebbero essere scorporate dai costi indicati e comprensivi delle stesse.

In conclusione, qualora si verificassero nuove esigenze organizzative e/o condizioni tali da determinare mutazioni del quadro di riferimento e che allo stato attuale non è possibile prevedere, questa Azienda adeguerà il fabbisogno stimato.

3.3.2 La Formazione del Personale

La formazione, nelle sue molteplici modalità di svolgimento, è elemento essenziale per lo sviluppo, il rafforzamento ed il miglioramento delle competenze professionali ed incide in modo diretto nel miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia dell'azione aziendale e della sua economicità.

Per il raggiungimento di tali finalità l'azione formativa aziendale si concretizza oltre che nel Piano Formativo Aziendale per l'educazione continua e la salute e sicurezza dei luoghi di lavoro (nell'ambito del quale sono declinate le singole iniziative preposte tanto al rafforzamento delle competenze anche di natura trasversale e di ulteriore qualificazione del personale dipendente) anche nell'adesione ad una serie di iniziative che saranno

proposte da operatori istituzionali, quali ad esempio valore PA e S.N.A., per il rafforzamento delle conoscenze nei temi strategici comuni a tutte le pubbliche amministrazioni. Inoltre, si provvederà, nel rispetto delle risorse stanziate, ad organizzare o aderire a singole iniziative, anche se non comprese nel piano formativo, là dove i responsabili delle strutture organizzative ritenessero di dover intervenire con azioni formative su specifiche aree tematiche.

Le azioni formative pianificate e realizzate saranno differenziate tra loro sulla base delle necessità emerse attraverso la sistematica rilevazione dei fabbisogni formativi (v. **Allegato n.8**) e rappresentate dai vari livelli organizzativi ed eseguite secondo i livelli di responsabilità, di profilo d'appartenenza e livello di formazione già acquisito nel corso del tempo in modo tale da supportare l'obiettivo della crescita costante nell'ambito della professionalità e della qualità (v. **Allegato n.9**).

A fronte delle iniziative formative già pianificate, oggetto del Piano Formativo aziendale 2023, l'Azienda si riserva la facoltà di integrare la programmazione della formazione, destinata sia alla componente dirigenziale che del comparto afferente alle Unità Operative assistenziali e alle strutture in staff alle Direzioni o afferenti alla Tecnostruttura, sui temi oggetto delle linee strategiche rappresentate nelle sette politiche aziendali di cui al capitolo 2.2.1.

Per quanto concerne le risorse le stesse sono quantificate negli appositi documenti di programmazione economica e finanziaria aziendale. Oltre alle risorse economiche l'Azienda può far conto e mette a disposizione della funzione formativa apposite risorse strumentali e tecniche: due aule dedicate agli eventi e, nel corso del primo semestre dell'anno, un apposito sistema informatizzato per consentire l'erogazione degli eventi anche in modalità FAD nelle sue due diverse declinazioni: sincrona e asincrona.

4 SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio del valore pubblico e performance

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

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

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

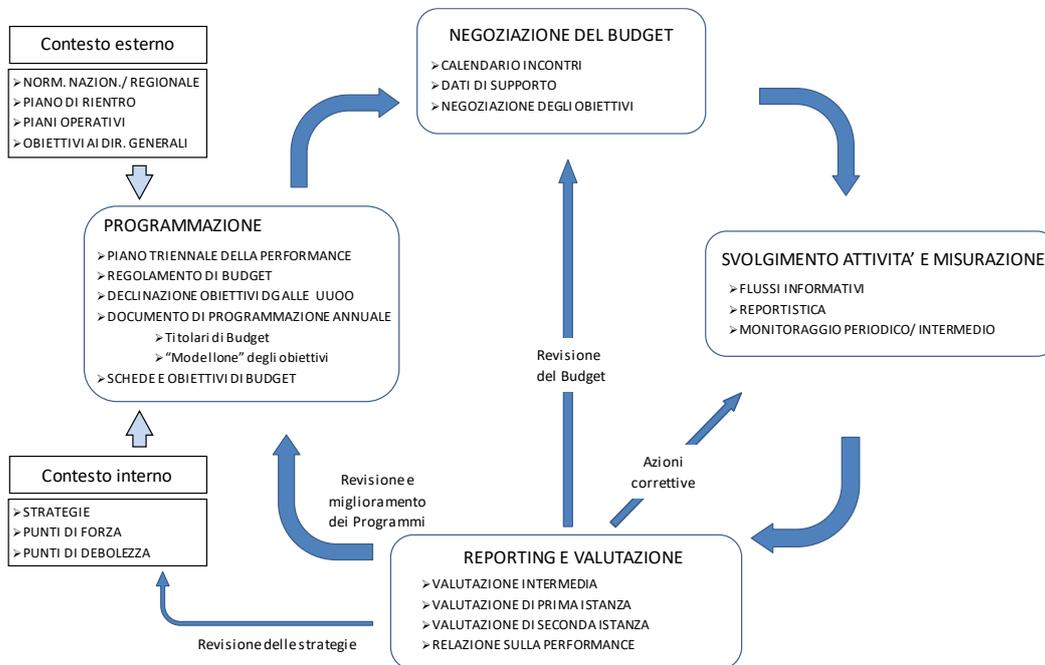
Attraverso tale struttura, i responsabili delle diverse articolazioni aziendali possono individuare le priorità, le attività da realizzare, gli obiettivi da delegare al proprio personale e il comportamento atteso da parte di tutti gli operatori.

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

- delibera il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) triennale;
- individua e declina gli obiettivi annuali ai vari livelli dell'articolazione organizzativa aziendale individuando altresì i Titolari dei Centri di Responsabilità di attività e budget con i quali si dà l'avvio al Ciclo di Gestione della Performance e al Processo di Budget annuale;
- negozia con i Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget gli obiettivi operativi;

- delibera le risultanze del processo di negoziazione.

IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE



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

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

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

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

Fase 1 - Definizione, assegnazione e negoziazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, nonché dall'U.O.C. Programmazione e controllo di gestione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), sulla base delle indirizzi programmatici regionali contenuti nei Piani Operativi regionali e nei diversi Decreti Commissariali, definisce i livelli di produzione e di attività, tenendo conto delle risorse a disposizione (economiche, tecnologiche ed umane), del trend dei risultati relativi agli anni precedenti, delle linee di innovazione e dei livelli di investimento. Vengono dunque definiti gli obiettivi di budget strategici e operativi annuali (quantitativi e qualitativi), che saranno assegnati ai Direttori dei Centri di Responsabilità di attività e budget ed ai titolari di Incarico di Funzione attraverso il processo di budget annuale.

Fase 2 - Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi

L'Azienda misura la performance attraverso il monitoraggio periodico e finale degli indicatori appositamente definiti per ogni obiettivo concordato, curato dalla U.O.C. Programmazione e controllo di gestione.

Tale monitoraggio ha la finalità di verificare nel corso dell'esercizio annuale che i trend delle attività e degli obiettivi definiti siano in linea con i target finali e con i programmi definiti nel Piano della Performance triennale e nella pianificazione annuale degli obiettivi.

In modo programmato o se ritenuto necessario in seguito alle risultanze emerse dal monitoraggio periodico, può essere prevista una fase di Ri-Negoziazione degli obiettivi annuali, di norma realizzata nel mese di settembre dell'anno in corso, per disporre di un ultimo trimestre dell'anno per potenziare alcune attività o invertire alcune "rotte" non in linea con le strategie aziendali.

Fase 3 - Misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale

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

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

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

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

Fase 4 - Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi

L'attività di rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo aziendali e a tutti gli Stakeholder viene effettuata dall'U.O.C. Programmazione e controllo di gestione attraverso la predisposizione della Relazione sulla Performance a chiusura del processo di valutazione annuale.

La Relazione sulla Performance, predisposta entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. b, del D.Lgs. 150/2009 (come novellato dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione ed evidenza, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Tale documento, successivamente, viene pubblicato sul sito web aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

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

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

4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

Come descritto nel capitolo 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza", i monitoraggi periodici sono effettuati dai dirigenti responsabili delle UU.OO. e sono pubblicati nella versione prodotta da ogni singola struttura in formato PDF nell'area amministrazione trasparente della sezione altri contenuti/dati ulteriori.

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

A prescindere dalla classificazione del rischio, permane in capo ai dirigenti il dovere di procedere al costante monitoraggio, controllo ed alla verifica sulla correttezza dei procedimenti amministrativi intrapresi nonché sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano

Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, come novellato dal dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017.

5 ALLEGATI

- Allegato n.1: Rischi corruttivi e trasparenza: Tabella degli obblighi di pubblicazione (ex D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016).
- Allegato n.2: Rischi corruttivi e trasparenza: Misure di prevenzione oggetto di adozione – PIAO 2023-2025.
- Allegato n.3: Rischi corruttivi e trasparenza: Scheda per l'effettuazione del monitoraggio periodico dei procedimenti a rischio corruzione.
- Allegato n.4: Rischi corruttivi e trasparenza: Scheda utilizzata per la segnalazione di eventi corruttivi.
- Allegato n.5: Rischi corruttivi e trasparenza: Anagrafica dei rischi.
- Allegato n.6: Lavoro agile: Accordo individuale per la prestazione lavorativa.
- Allegato n.7: Fabbisogno di personale: Sintesi Piano Assunzionale triennale 2022-2024.
- Allegato n.8: Piano formativo aziendale: Rilevazione fabbisogno formativo.
- Allegato n.9: Piano formativo aziendale: Progetti formativi.