



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

# Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023 - 2025



# **INDICE**

<b>Premessa</b>	<b>5</b>
<b>SEZIONE 1 - SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE</b>	<b>6</b>
<b>SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>	<b>11</b>
<b>2.1 VALORE PUBBLICO</b>	<b>11</b>
<b>2.2 PERFORMANCE</b>	<b>14</b>
<b>2.2.1 Albero e ciclo della performance</b>	<b>14</b>
<b>2.2.2 Ciclo della performance</b>	<b>15</b>
<b>2.2.3 Tipologie di performance</b>	<b>17</b>
<b>2.2.4 Performance organizzativa: il processo di budgeting</b>	<b>18</b>
<b>2.2.5 Le Dimensioni della Performance individuate e le Aree della Performance</b>	<b>18</b>
<b>2.2.6 Incremento della produzione</b>	<b>19</b>
<b>2.2.7 Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate</b>	<b>20</b>
<b>2.2.8 Migliorare l'appropriatezza</b>	<b>21</b>
<b>2.2.9 Rispetto dei percorsi e delle procedure</b>	<b>22</b>
<b>2.2.10 Rispetto Standard Prevalenti e standard di qualità</b>	<b>22</b>
<b>2.2.11 Rispetto adempimenti</b>	<b>23</b>
<b>2.2.12 Performance individuale</b>	<b>23</b>
<b>2.2.13 Misurazione e valutazione della performance</b>	<b>24</b>
<b>2.2.14 Collegamento con il sistema premiante</b>	<b>24</b>
<b>2.2.15 Rendicontazione</b>	<b>25</b>
<b>2.2.16 Elenco obiettivi operativi e indicatori per dimensione strategica</b>	<b>25</b>
<b>2.3 SISTEMI E INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE</b>	<b>32</b>
<b>2.3.1 Sviluppo e aggiornamento sistemi e infrastrutture - ICT</b>	<b>32</b>
<b>2.3.2 Gestione processi clinici interni e delle liste di attesa</b>	<b>32</b>
<b>2.3.3 Adeguamento e messa in sicurezza sistemi ICT</b>	<b>33</b>
<b>2.3.4 Obiettivi MISSIONE 6 P.N.R.R. - Aggiornamento tecnologico digitale</b>	<b>34</b>
<b>2.3.5 M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Rafforzamento strutturale del SSN) - progetti in essere</b>	<b>34</b>
<b>2.4 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</b>	<b>36</b>
<b>2.4.1 Principi ed obiettivi strategici</b>	<b>36</b>
<b>2.4.2 Definizione di corruzione</b>	<b>37</b>
<b>2.4.3 Soggetti coinvolti nella predisposizione</b>	<b>38</b>
<b>2.4.4 Contesto generale</b>	<b>39</b>
<b>2.4.5 Contesto interno</b>	<b>40</b>
<b>2.4.6 Gestione del rischio corruzione</b>	<b>43</b>
<b>2.4.7 Mappatura dei Processi</b>	<b>44</b>
<b>2.4.8 Valutazione del rischio per ciascun processo</b>	<b>44</b>

<b>2.4.9</b>	<b>Il Trattamento del Rischio</b>	<b>45</b>
<b>2.4.10</b>	<b>Misure generali di prevenzione del rischio di corruzione</b>	<b>45</b>
<b>2.4.10.1</b>	<b>Conflitto di interesse</b>	<b>45</b>
<b>2.4.10.2</b>	<b>La dichiarazione pubblica di interessi</b>	<b>48</b>
<b>2.4.10.3</b>	<b>Attività ed incarichi extra-istituzionale</b>	<b>49</b>
<b>2.4.10.4</b>	<b>Sperimentazioni cliniche</b>	<b>50</b>
<b>2.4.10.5</b>	<b>Comodati d'uso – donazioni, valutazioni “in prova”</b>	<b>51</b>
<b>2.4.10.6</b>	<b>Patti di integrità negli affidamenti</b>	<b>52</b>
<b>2.4.10.7</b>	<b>Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro</b>	<b>53</b>
<b>2.4.10.8</b>	<b>Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni</b>	<b>55</b>
<b>2.4.10.9</b>	<b>Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.</b>	<b>56</b>
<b>2.4.10.10</b>	<b>Rotazione del personale</b>	<b>58</b>
<b>2.4.10.11</b>	<b>Formazione</b>	<b>59</b>
<b>2.4.10.12</b>	<b>Codice etico comportamentale</b>	<b>60</b>
<b>2.4.10.13</b>	<b>Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)</b>	<b>62</b>
<b>2.4.10.14</b>	<b>Trasparenza</b>	<b>63</b>
<b>2.4.10.15</b>	<b>Trasparenza e tutela dei dati personali</b>	<b>64</b>
<b>2.4.10.16</b>	<b>Flussi informativi necessari a garantire l'elaborazione e la pubblicazione dei dati</b>	<b>65</b>
<b>2.4.10.17</b>	<b>Il responsabile per la trasparenza</b>	<b>66</b>
<b>2.4.10.18</b>	<b>Monitoraggio adempimenti in tema di trasparenza</b>	<b>66</b>
<b>2.4.10.19</b>	<b>Accesso civico</b>	<b>67</b>
<b>2.4.11</b>	<b>Obblighi di informazione e monitoraggio ptpc</b>	<b>68</b>
<b>2.4.11.1</b>	<b>Monitoraggio</b>	<b>69</b>
<b>2.4.12</b>	<b>Responsabilità</b>	<b>69</b>
<b>2.4.12.1</b>	<b>Responsabilità del personale</b>	<b>69</b>
<b>2.4.12.2</b>	<b>Responsabilità dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)</b>	<b>69</b>
<b>2.5</b>	<b><i>PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE</i></b>	<b>70</b>
<b>SEZIONE 3</b>	<b><i>– ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</i></b>	<b>72</b>
<b>3.1</b>	<b>STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b>	<b>72</b>
<b>3.2</b>	<b>ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE</b>	<b>75</b>
<b>3.3</b>	<b>PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO</b>	<b>78</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Programmazione strategica delle risorse umane – criteri osservati</b>	<b>81</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Vincoli economici finanziari</b>	<b>81</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Pianificazione assunzioni nel triennio</b>	<b>82</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Internalizzazioni</b>	<b>82</b>
<b>3.3.5</b>	<b>Percorsi di stabilizzazione</b>	<b>83</b>
<b>3.3.6</b>	<b>Strategie per soddisfare i fabbisogni di personale</b>	<b>84</b>

<b>3.4</b>	<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	<b>85</b>
<b>3.4.1</b>	<b>Analisi di contesto</b>	<b>86</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Piano formativo aziendale 2023</b>	<b>86</b>
<b>3.4.3</b>	<b>Aggregazione corsi per area tematica formativa</b>	<b>87</b>
<b>SEZIONE 4 – MONITORAGGI</b>		<b>89</b>



## **Premessa**

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) - previsto dall'articolo 6, comma 6, del decreto legge n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 - rappresenta per tutte le amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative) il coronamento di un percorso iniziato nel 2009 con la legge 150, dove si tracciava la strada per una amministrazione pubblica più snella ed efficiente, capace di misurare gli impatti delle sue azioni sui cittadini, sulle famiglie e sulle imprese.

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

Il PIAO consiste, dunque, in un documento di programmazione unico, che si prefigge il duplice scopo di semplificare i vari atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni e razionalizzare le scelte strategiche di sviluppo, anche rispetto agli obiettivi delineati nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) in termini di riqualificazione.

Il Piano, inoltre, tende a definire i presupposti volti a garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa nonché migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012.

Il presente documento si suddivide in 4 macro sezioni come di seguito esposte:

- **Scheda anagrafica dell'amministrazione;**
- **Valore pubblico, performance e anticorruzione:** dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
- **Organizzazione e capitale umano:** dove viene presentato il modello organizzativo adottato dall'Azienda;
- **Monitoraggio:** dove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

## SEZIONE 1 - SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE

### Contesto interno e esterno

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I (Codice Fiscale e Partita IVA 05865511009) con sede legale in Roma, presso viale del Policlinico 155.

Il sito web si trova all'indirizzo URL <http://www.policlinicoumberto1.it>.

Il logo aziendale è costituito da una croce bicolore associata alla scritta "Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico Umberto I" e "Sistema Sanitario Regionale" logo adottato dalla Regione Lazio per le Aziende appartenenti al Sistema Sanitario Regionale del Lazio con ai margini i simboli distintivi della "Medusa" storico logo del Policlinico e della Sapienza Università di Roma, nelle proporzioni riportate nel segno grafico seguente.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

L'Azienda è stata istituita con il Decreto Legge n. 341 del 1 ottobre 1999, convertito con modificazioni nella Legge n. 453 del 2 dicembre 1999.

L'Azienda, che è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, si qualifica come ente strumentale della Regione ai fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali e costituisce, per Sapienza Università di Roma, la principale Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca delle Facoltà di Medicina. I rapporti tra Regione e università "la Sapienza" sono disciplinati dal protocollo d'intesa di cui al DCA 208 del 2016.

Nella sua attuale configurazione, di Azienda Ospedaliero-Universitaria (art. 2 commi 1 e 3 D.lgs. 517/1999), si caratterizza come strumento per la realizzazione, in forma integrata, delle finalità inerenti la tutela della salute della collettività, obiettivo istituzionale del SSN, e la funzione didattico-formativa e di ricerca propria dell'Università.

E' un'Azienda Sanitaria di livello nazionale e di alta specializzazione nonché sede di DEA di secondo livello. Nell'ambito delle relazioni con il Servizio Sanitario Regionale l'Azienda, nel rispetto degli indirizzi di programmazione sanitaria, attua le politiche regionali definite nel Piano di Riorganizzazione, Riqualificazione e Sviluppo del SSR 2019-2021 (adottato con DCA 81/2020), nonché le politiche in tema di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione dell'accesso ai servizi.

Con Delibera del Direttore Generale n. 542 del 1.7.2019 è stato adottato l'Atto Aziendale, approvato con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. U00259 del 4.7.2019.

L'assetto individuato dal DCA 259/19 è stato successivamente modificato, per quanto concerne i soli



Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), dal DCA 515 del 27/12/2019 che ha approvato le modifiche all'Organigramma proposte con Deliberazione del Direttore Generale n. 1009/19, conseguenti alla cessazione dal servizio di alcuni titolari di Unità Operativa Complessa (UOC) e di Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Tra le modifiche apportate è da segnalare l'accorpamento in un unico DAI dei due dipartimenti di chirurgia presenti nel precedente Atto.

Con Deliberazione n. 1112 del 26/11/2020 è stato modificato ulteriormente l'Organigramma dei DAI per la cessazione dal servizio di alcuni titolari di unità operativa complessa o semplice dipartimentale, con ulteriore riduzione del numero di strutture attive.

L'attuale organizzazione delle strutture operative cliniche si articola, pertanto, in 10 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), cui fanno riferimento 70 Unità Operative Complesse (UOC), 51 Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD) e 55 Unità Operative Semplici.

Nel corso del 2021 con Deliberazione n.809 del 10/08/2021 è stato adottato inoltre il nuovo Organigramma delle Aree di governo aziendale, che ha ridisegnato la tecnostruttura.

Gli edifici su cui insistono le attività dell'Azienda sono oltre 50, ubicati in otto sedi distinte. La ripartizione logistica delle attività su più strutture determina importanti ricadute gestionali/organizzative che condizionano fortemente la possibilità di un utilizzo ottimale delle risorse.

L'Azienda dispone di una dotazione di **1.126 posti letto ordinari** (Determinazione Regionale n° G07512 del 18 giugno 2021), di cui 1102 dedicati all'assistenza per acuti e 24 di riabilitazione, a cui si aggiungono **105 posti letto** per le attività di ricovero a ciclo diurno. Le attività di degenza ordinaria possono contare su 90 letti di terapia intensiva per adulti, pediatria e neonatale di 14 PL di UTIC e 8 di UTN. Le attività chirurgiche dispongono complessivamente di 446 posti di degenza ordinaria di cui 194 afferenti alla chirurgia generale e 252 alle chirurgie specialistiche (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia dei trapianti d'organo, ecc.).

Posti letto	n°
<b>Ordinario</b>	<b>1126</b>
<i>Terapia Intensiva, UTIC e UTN</i>	112
<i>Chirurgia</i>	446
<i>Medicina</i>	495
<i>Psichiatria e Neuropsichiatria infantile</i>	49
<i>Riabilitazione</i>	24
<b>Day Hospital/Day Surgery</b>	<b>105</b>

I posti letto ordinari sono distribuiti su 63 reparti di degenza, mentre l'attività di ricovero a ciclo diurno si



svolge in 26 sedi differenti, frequentemente impegnate anche nell'erogazione di APA e PAC, ovvero le prestazioni ambulatoriali complesse caratterizzate da percorsi assistenziali multidisciplinari.

Dal 2020, la distribuzione dei posti letto per disciplina e per Area di attività e il loro assetto logistico è stato radicalmente sovvertito a seguito della necessità di allestire il numero di posti letto (ordinari, di terapia intensiva e sub-intensiva) necessari a fronteggiare l'epidemia di COVID 19. Nel 2022 con la fine dello stato di emergenza la situazione dovrebbe tornare alla normalità.

L'Azienda è sede di **DEA di II livello**; le attività di emergenza, articolate nel DEA Centrale, nel Pronto Soccorso Pediatrico, nel Pronto Soccorso Ostetrico, nel Pronto Soccorso Oculistico-Odontoiatrico e nel Pronto Soccorso Ematologico, si svolge presso cinque sedi distinte.

Il PUI, per le sue caratteristiche di ospedale per acuti dotato di settori ad alta specializzazione, deputato all'erogazione di prestazioni altamente specialistiche è, inoltre, hub per le seguenti reti regionali:

- Rete Assistenziale dell'Emergenza
- Rete dell'Assistenza Cardiologica e Cardiochirurgica
- Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto
- Rete Assistenziale Trauma grave e Neurotrauma
- Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica
- Rete Assistenziale della Chirurgia Maxillo Facciale
- Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano
- Rete dell'Assistenza perinatale
- Rete Assistenziale delle Malattie Emorragiche congenite
- Rete Assistenziale delle Malattie infettive
- Rete Assistenziale delle Malattie rare
- Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella
- Rete oncologica per la gestione del tumore del polmone
- Rete oncologica per la gestione del tumore del colon e del retto

L'Azienda dispone di **13 blocchi operatori** dotati complessivamente di 31 sale operatorie routinariamente attive; alcune di queste sono impegnate nella rete dell'emergenza e lavorano pertanto sulle 24 ore mentre in altre le attività chirurgiche si svolgono solo in orario diurno, per 12, 8 o 6 ore consecutive, come nella day surgery, a seconda dell'assetto organizzativo e delle discipline coinvolte.

Oltre all'attività chirurgica in senso stretto, l'Azienda eroga prestazioni di radiologia e neuroradiologia interventistica, svolta presso due sezioni radiologiche distinte e dedicate e dispone, inoltre, di due sezioni di emodinamica il cui funzionamento in emergenza urgenza è legato al ruolo di hub svolto dall'ospedale



nell'ambito della rete dell'emergenza cardiologica (angioplastica primaria). Le sezioni di emodinamica erogano anche prestazioni programmate sia di tipo diagnostico che interventistico.

Il servizio di elettrostimolazione cardiaca integra e completa il ventaglio di prestazioni cardiologiche erogate, assicurando in regime di day hospital l'inserzione di dispositivi impiantabili temporanei e definitivi (pacemaker e defibrillatori). L'attività di endoscopia digestiva, infine, è stata accorpata in una unica sede, completamente ristrutturata, con condivisione di spazi, personale e attrezzature da parte delle Unità Operative storicamente coinvolte nella erogazione di tali procedure, di carattere sia diagnostico che terapeutico.

L'assetto logistico descritto è destinato a modificarsi in relazione alla prevista attuazione del Piano di ristrutturazione e riqualificazione complessivo dell'Azienda (MASTERPLAN) che prevede la realizzazione di interventi di ristrutturazione di 18 edifici, secondo una sequenza precisa di fasi successive. Il cronoprogramma originario degli interventi, oltre stabilire la ripartizione del piano complessivo dei lavori in lotti distinti, organizza e disloca le attività assistenziali in modo opportuno al fine di garantire il mantenimento dei volumi di produzione, senza riduzione dell'offerta di servizi e prestazioni durante tutta la durata dei lavori.

Relativamente alle risorse umane, occorre evidenziare che l'Azienda si avvale complessivamente di 4.627 unità di personale (dato alla data del 31.12.2022), per il 60% rappresentato da dipendenti del Servizio Sanitario Regionale e per il 40% da figure assunte dall'amministrazione universitaria, come previsto dalla natura ospedaliero-universitaria dell'Azienda Policlinico Umberto I.

Nel corso del 2022 si è realizzata una lieve riduzione di personale ma rimane comunque confermata l'inversione di tendenza rispetto alla riduzione del numero di unità in servizio cui si assisteva negli anni precedenti, per merito dell'assunzione di nuovi dipendenti, il cui ingresso in Azienda è stato possibile in applicazione dei provvedimenti straordinari previsti in risposta allo stato di emergenza, avuto riguardo in particolare al personale del ruolo sanitario ed al loro consolidamento tramite le procedure di stabilizzazione previste dalla normativa in materia. La quota più consistente di nuovi ingressi ha riguardato il personale infermieristico.

Con l'anno 2022 si è concluso il processo di stabilizzazione delle unità in possesso dei requisiti previsti dalla cosiddetta Madia e, per l'effetto, non sono più presenti professionisti con contratto co.co.co..



		2019*	2020*	2021*	2022*
Ruolo sanitario	Dirigenti	1271	1362	1405	1353
	Comparto	1953	2319	2276	2480
Ruolo amministrativo	Dirigenti	68	56	60	57
	Comparto	485	449	414	385
Ruolo tecnico	Dirigenti	33	29	27	25
	Comparto	486	568	549	322
Ruolo professionale	Dirigenti	1	2	5	5
	Comparto	0	0	0	0
		4.297	4.785	4.736	4.627

\*dati al 31 dicembre



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

### **2.1 VALORE PUBBLICO**

Il concetto di Valore Pubblico può essere sintetizzato come «il miglioramento del livello di benessere degli utenti e degli stakeholders di una Pubblica Amministrazione (PA), a seguito del buon esito di una politica o di un servizio».

Possiamo dire dunque che si crea Valore Pubblico quando si utilizzano le risorse a disposizione in modo efficiente, efficace e dunque funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze dei cittadini, realizzando un miglioramento del livello di benessere degli stessi.

Nella prospettiva del PIAO, si genera Valore Pubblico pianificando strategie funzionali da misurare in termini di impatti e, successivamente, programmando obiettivi in modo funzionale al valore pianificato.

A riguardo, già con il D.Lgs 150/2009 si introduceva nella Pubblica Amministrazione il concetto di "performance" concepita come funzionale al miglioramento della qualità dei servizi ai fini del soddisfacimento dei fabbisogni dell'utenza dovendo essere rendicontata non solo contabilmente (accountability) e nel rispetto delle prime condizioni di trasparenza i cui contenuti erano stati affidati inizialmente alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (Civit) poi assorbita dall' Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) dal 2014 (DI 90/2014 convertito dalla legge 114/2014).

Lo scopo fondamentale dell'Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita questa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa in modo inscindibile la didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la ricerca, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche. Il perseguimento di tale scopo comporta la capacità di erogare due diverse tipologie di prestazioni, presidiando da un lato l'attività di primo livello, dall'altro aree di eccellenza che la possano caratterizzare come importante polo di attrazione. Lo sviluppo delle eccellenze risponde alla vocazione più intrinsecamente innovativa legata alla presenza di importanti aree di ricerca di base e applicata, che trovano un riscontro nella integrazione delle attività con l'Università e nella partecipazione a reti di ricerca nazionali ed internazionali. L'Azienda, in quanto sede di scuole di specializzazione di area sanitaria è anche un grande "ospedale di apprendimento", dove poter sperimentare nuovi modelli formativi che rispondano alle esigenze di multiprofessionalità ed interdisciplinarietà attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e nuove metodiche.

Impostare nuove strategie organizzative comporta fare delle scelte; sapere di poter puntare davvero sulla qualità solo perseguendo al massimo l'appropriatezza di utilizzo delle risorse, con un occhio sempre attento



all'equità perché le diseguglianze di accesso alle prestazioni rappresentano il primo segnale di un sistema pubblico che non riesce a creare valore e dunque livelli di risposta omogenei. In un'ottica di medio lungo periodo, le strategie aziendali orientate alla creazione di valore pubblico si focalizzano su:

erogare prestazioni di alta ed altissima complessità, ponendosi come riferimento non solo per i cittadini romani, ma anche per il livello regionale e nazionale;

garantire la continuità dei percorsi assistenziali e diagnostici, ricercando la massima collaborazione ed integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali operando in un'ottica di percorso;

garantire la piena accessibilità alle prestazioni, sia di ricovero che ambulatoriali, in modo tale da favorire la piena soddisfazione dei pazienti nell'ambito dei diversi percorsi;

perseguire un miglioramento continuo degli esiti e della qualità servizi offerti al fine di rispondere al meglio ai bisogni di salute dei pazienti.

Elementi costitutivi della mission aziendale sono:

- a. ricercare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza e nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- b. perseguire l'innovazione quale processo di creazione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici e produttivi, o modificazione di quelli già esistenti; sostenere l'innovazione organizzativa e gestionale quale elemento valoriale del sistema azienda nel suo complesso; promuovere soluzioni organizzative innovative anche attraverso strumenti di Project Management;
- c. mettere in essere tutte le azioni possibili per realizzare la semplificazione, la reingegnerizzazione e la digitalizzazione dei processi;
- d. favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali;
- e. dare rilievo e potenziare i processi di comunicazione verso i cittadini, e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali;
- f. affermare la ricerca, di base ed applicata, quale indispensabile strumento di sviluppo della conoscenza scientifica e della formazione dei nuovi professionisti;
- g. valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'azienda; contribuire allo sviluppo delle professioni sanitarie, nella prospettiva di definire modelli gestionali di assistenza innovativi;

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

Atteso inoltre che il Valore Pubblico si protegge anche programmando misure di gestione dei rischi



corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, include, tra gli obiettivi di performance, quelli previsti nell'ambito della trasparenza e dell'anticorruzione che costituiscono obiettivi di budget per i Dirigenti responsabili di struttura e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede di budget.

**Di seguito si rappresentano gli obiettivi specifici assegnati alle diverse strutture aziendali nell'ambito del PRE.Val.e e nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza.**

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

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore	UO	Target
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg	UOC ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	70%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEA	70%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg	UOSD TRAUMATOLOGIA ORTOPEDICA IN EMERGENZA-URGENZA	70%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% parti con taglio cesareo primario (P.Re.Val.E)	UOC OSTETRICIA	<25%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% STEMI con angioplastica nei primi 90'	UOC CARDIOLOGIA E ANGIOLOGIA	60%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% STEMI con angioplastica nei primi 90'	UOC MALATTIE CARDIOVASCOLARI	60%
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% STEMI con angioplastica nei primi 90'	UOSD EMODINAMICA B	60%
4 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Qualità servizio PS	Pazienti con esito "non risponde a chiamata o si allontana spontaneamente" sul totale dei pazienti (esito 6 e 8)	UOSD PRONTO SOCCORSO ODONTOIATRICO	<= 3%

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

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore	UO	target
6 - Rispetto adempimenti	Rispetto adempimenti in ambito anticorruzione e trasparenza	Adozione del Piano della Prevenzione della corruzione e della trasparenza del PUI entro i termini previsti	resp. Trasp.	100%
6 - Rispetto adempimenti	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	Report alla Direzione Generale sulla attuazione da parte dei rispettivi responsabili delle misure di prevenzione definite nel PTPC	resp. Trasp.	100%
6 - Rispetto adempimenti	Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge	Report contenente elenco delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti inseriti nelle singole schede di budget	resp. Trasp.	100%
6 - Rispetto adempimenti	Pubblicazione e aggiornamento delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla Trasparenza	Informazioni pubblicate sul sito internet aziendale	Tutte le UU.OO.	100%
6 - Rispetto adempimenti	Rispetto adempimenti in ambito anticorruzione e trasparenza	Rispetto obblighi formativi in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy garantendo la partecipazione alle iniziative formative delle risorse afferenti a ciascuna struttura (partecipazione ad almeno l' 80% delle iniziative proposte)	Tutte le UU.OO.	100%



## 2.2 PERFORMANCE

### 2.2.1 Albero e ciclo della performance

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, in linea con i principi normativi e con le linee d'indirizzo nazionali e regionali, rappresenta le proprie politiche di azione mediante la logica del c.d. "Albero della Performance", che rappresenta graficamente i legami tra la programmazione regionale, la *mission* aziendale, gli obiettivi strategici ed operativi.

Tale rappresentazione mostra come gli obiettivi, di diversa natura, contribuiscano, ai vari livelli organizzativi e dentro un disegno strategico complessivo coerente, al raggiungimento della *mission* aziendale ed al miglioramento dei livelli di performance sia organizzativa che individuale.

Gli obiettivi annuali, declinati sulla base degli indirizzi strategici aziendali definiti nel Piano Strategico Aziendale, nonché dei documenti di programmazione nazionali e regionali, costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance, in cui è rappresentata graficamente la loro successiva attribuzione ai vari livelli organizzativi aziendali.



Nel definire il quadro degli indirizzi di programmazione aziendale per il triennio 2021-2023 e, in particolare, nella individuazione degli obiettivi da perseguire, l'Azienda intende riferirsi necessariamente ai principali provvedimenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale che hanno stabilito importanti linee d'indirizzo strategico, fissando, al contempo, vincoli rispetto al conseguimento di importanti obiettivi sia di natura assistenziale che di natura economica.

In questo quadro, le principali disposizioni regionali che delineano in modo puntuale il quadro di riferimento sono:

- DCA 208/2016 Presa d'atto del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma La Sapienza per il triennio 2016-2018;
- DCA 257/2017 Programmazione rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015;
- Programmazione triennale del fabbisogno di personale (DCA n. 403/2016 riguardanti la stabilizzazione del



personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e DCA n. 154e n. 156 del 2016 e nella circolare regionale prot. n. 206022 del 10/06/2016)

- DCA 302/2019 Piano Regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019 -2021
- DCA 453/2019 Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso
- DCA 81/2020 Adozione in via definitiva del piano di rientro “Piano di riorganizzazione,riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-20121” ai sensi e per gli effetti dell’art.2, comma 88 della L.191/2009, secondo periodo.
- Provvedimenti adottati per fronteggiare l'emergenza Covid-19, tra cui il Piano di Risposta all'evoluzione dell'epidemia da infezione Sars-Cov-2 che stabilisce la revisione della rete ospedaliera.
- Determinazione Regionale n° G07512 del 18 giugno 2021, adozione del documento tecnico recante: “Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”

### **2.2.2 Ciclo della performance**

Il raggiungimento degli obiettivi si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato le performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

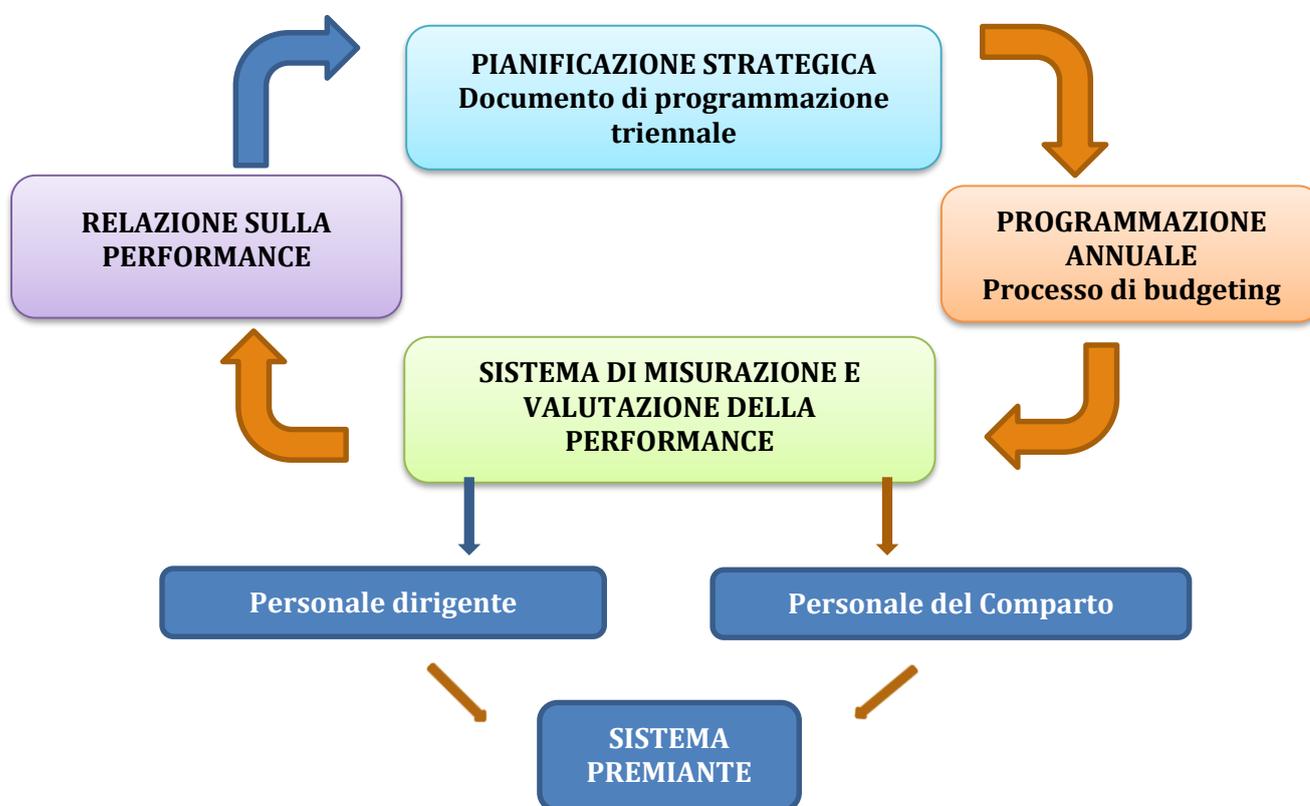
Il ciclo integrato della programmazione è definito dalla norma “Ciclo delle performance” ed il suo corretto svolgersi nel tempo, nel pieno rispetto delle scadenze e della programmazione aziendale - sia essa strategica che operativa - è un elemento essenziale e qualificante del suo sviluppo.

L'OIV sovrintende al funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità proponendo alla Direzione Generale la valutazione dei dirigenti di vertice, avendo verificato la validità delle procedure e la congruità degli obiettivi assegnati (ai sensi di quanto disposto dal D. Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs. 74/2017, e dalla L.R. 1/2011).

La Struttura Tecnica presidia l'integrità del sistema e supporta l'OIV nella gestione del ciclo delle prestazioni, fornendo dati e analisi specifiche per la definizione degli obiettivi e per il monitoraggio e la rendicontazione definitiva dei risultati ottenuti. Esercita tutte le funzioni previste nel regolamento.

#### **Fasi del ciclo di gestione della performance:**

- a) Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- b) Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- c) Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) Utilizzo dei sistemi premianti;
- f) Rendicontazione dei risultati.



Alla luce di quanto appena esposto, le strategie che l'Azienda intende attuare mirano, nel rispetto dei vincoli imposti dal contesto normativo vigente, a soddisfare gli obiettivi di programmazione sanitaria nazionale e regionale, inserendoli in un contesto interno di rapporti con l'Università "Sapienza" definita dal Protocollo d'intesa.

La programmazione aziendale, pertanto, derivando dai provvedimenti programmatori regionali (Programmi Operativi, Approvazione Piani di efficientamento, ecc.) elencati nei paragrafi precedenti, individua le sue aree prioritarie d'interesse nell'ambito dei vincoli di sostenibilità economica e di riqualificazione dei processi assistenziali.

La mappa delle strategie della Direzione aziendale si organizza intorno all'individuazione di aree strategiche di Performance che riguardano la componente clinico-professionale (dirigenza medica e sanitaria), la componente assistenziale (comparto sanitario e tecnico) e la componente amministrativa professionale (dirigenza e comparto).

Le politiche e le strategie aziendali vengono declinate quindi in obiettivi assegnati alle singole strutture operative con il processo di budgeting e attraverso la produzione di reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, ciò al fine di porre in essere



tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi. Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse con diverse modalità di comunicazione (riunioni plenarie, riunioni con il Comitato budget, pubblicazione intranet, etc.). Il raggiungimento degli obiettivi si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato le performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

Il ciclo integrato della programmazione è definito dalla norma “Ciclo delle performance” ed il suo corretto svolgersi nel tempo, nel pieno rispetto delle scadenze e della programmazione aziendale - sia essa strategica che operativa - è un elemento essenziale e qualificante del suo sviluppo.

L'OIV sovrintende al funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità proponendo alla Direzione Generale la valutazione dei dirigenti di vertice, avendo verificato la validità delle procedure e la congruità degli obiettivi assegnati (ai sensi di quanto disposto dal D. Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs. 74/2017, e dalla L.R. 1/2011).

La Struttura Tecnica presidia l'integrità del sistema e supporta l'OIV nella gestione del ciclo delle prestazioni, fornendo dati e analisi specifiche per la definizione degli obiettivi e per il monitoraggio e la rendicontazione definitiva dei risultati ottenuti. Esercita tutte le funzioni previste nel regolamento.

### **2.2.3 Tipologie di performance**

Il sistema di misurazione e valutazione aziendale ha come oggetto i seguenti due ambiti di performance:

#### **Performance organizzativa**

Il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa si riferisce al grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del processo di budgeting ed opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Organigramma aziendale e negli altri atti organizzativi (Procedura aziendale “Gestione del processo di budgeting”).

#### **Performance individuale**

Il processo di misurazione e valutazione della performance individuale si riferisce, in parte, al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi organizzativi generali della struttura di appartenenza e, in parte, a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti. (cfr. art. 9 del d. lgs. 150/09).



<b>Performance organizzativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura</li> </ul>
<b>Performance individuale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contributo individuale assicurato per il raggiungimento degli obiettivi della struttura di afferenza</li> <li>• grado di raggiungimento degli obiettivi individuali</li> <li>• valutazione comportamenti e competenze organizzative individuali</li> </ul>

#### 2.2.4 Performance organizzativa: il processo di budgeting

Il budget è lo strumento gestionale che permette di attuare una programmazione di breve-medio periodo e consiste nella individuazione di obiettivi e di risorse necessarie al conseguimento degli stessi che la Direzione negozia con i responsabili dei diversi Centri di Responsabilità.

L'Azienda si avvale, per l'attuazione del processo di budgeting, del Comitato di Budget che ha il compito di:

- » definire gli obiettivi di budget da assegnare ai Centri di Responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione Generale, in linea con gli indirizzi strategico-programmatori della Regione Lazio;
- » definire le schede di budget per tipologia di attività omogenea (UO di chirurgia, medicina, radiologia, ambulatorio, laboratorio, tecnostruttura etc.) e individuare le attività peculiari per definire obiettivi adeguati e presentarle ai responsabili di CdR;
- » partecipare alla fase di negoziazione per giungere alla definizione delle schede di budget per ciascun CdR con individuazione di obiettivi specifici (con riferimento a indicatori di produzione e di costi ma anche a misure di qualità e di appropriatezza).

#### 2.2.5 Le Dimensioni della Performance individuate e le Aree della Performance

Il Piano è stato sviluppato secondo le articolazioni dell'albero della performance, strutturato su due livelli, mediante Aree della performance attraverso le quali è possibile individuare un collegamento indicativo con le priorità strategiche stabilite dalla Direzione Generale dell'Azienda e strettamente correlate agli obiettivi di programmazione regionale.

Gli assi scelti per la Pianificazione di lungo periodo riguardano:

1. **I bisogni dei pazienti.** Orientare lo sviluppo delle attività sulla base dei bisogni specifici del proprio target assistenziale, Analizzare e definire la domanda di prestazioni di ricovero e ambulatoriali da



soddisfare consolidando attività esistenti o sviluppandone di nuove, Individuare le criticità attraverso l'analisi dei sinistri e del contenzioso.

2. **Revisione dei percorsi e dei processi:** Identificare e sviluppare i percorsi e processi interni da revisionare per aumentare il valore dell'attività - Valutare i livelli di appropriatezza dei percorsi clinici e organizzativi - Monitorare l'integrazione con i servizi di supporto (provveditorato, farmacia, ecc.)- Sviluppare la ricerca applicata all'assistenza
3. La **Prospettiva economica** Migliorare l'utilizzo dei fattori produttivi (beni sanitari, servizi, risorse umane) - Ottimizzare l'utilizzo delle risorse strutturali (degenza media, utilizzo delle sale operatorie, prestazioni ambulatoriali)
4. **Valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche Individuazione delle vocazioni e sviluppo delle competenze** - Definizione di un piano di formazione coerente con gli sviluppi strategici e la definizione dei piani individuali - Ottimizzazione dell'utilizzo delle tecnologie e definizione degli investimenti

Ai 4 assi precedentemente descritti, per l'anno 2023 sono agganciate 6 aree strategiche a cui sono collegati obiettivi operativi e indicatori.

1. **Incremento della produzione**
2. **Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate**
3. **Migliorare l'appropriatezza**
4. **Rispetto dei percorsi e delle procedure**
5. **Rispetto standard Prevale (qualità)**
6. **Rispetto degli adempimenti**

Per ciascun obiettivo è previsto un monitoraggio che può avere cadenza mensile, trimestrale, o annuale a seconda della maggiore o minore disponibilità di dati in formato elettronico e della necessità, per il calcolo del singolo indicatore, di effettuare il linkage tra database distinti che necessitano, per la loro elaborazione, di operazioni sui dati più complesse di una semplice estrazione automatica. In allegato al presente documento sono presentate le tabelle contenenti, per ciascuna area strategica, gli obiettivi e gli indicatori selezionati. Nel corso del triennio di vigenza del presente Piano della Performance, potranno essere apportate modifiche e integrazioni all'elenco di obiettivi e indicatori oggetto di monitoraggio, al fine di assicurare la coerenza con le nuove linee strategiche aziendali.

### 2.2.6 Incremento della produzione

Gli obiettivi e gli indicatori appartenenti a quest'area strategica (tipicamente obiettivi assegnabili alle UU.OO. di area clinica) sono orientati all'incremento o al mantenimento dei volumi prestazionali.



Gli obiettivi sono differenziati per regime assistenziale (ricoveri ordinari, ricoveri diurni e attività ambulatoriali) e sono particolarmente strategici per l'azienda, in quanto, dopo la flessione dei livelli prestazionali dovuti alle varie riorganizzazioni e limitazioni che sono seguite all'emergenza pandemica, l'anno 2023 è l'anno in cui è previsto il ritorno ai volumi prestazionali pre-covid.

Sono previsti obiettivi legati al generico incremento dei volumi di attività e altri più analitici declinati in indicatori su specifiche prestazioni specialistiche.

Rientrano in questa sezione anche obiettivi indirettamente collegati all'incremento dei volumi come a misurazione delle Degenza Media (tipico delle UU.OO. di area medica) e della Degenza Media preoperatoria (tipico delle UU.OO. di area chirurgica), monitorare questi indicatori e adoperarsi per la riduzione delle giornate di degenza consente di alimentare il turn over di pazienti aumentando il numero dei pazienti dimessi e dei Drg prodotti.

Al fine di perseguire tali obiettivi l'azienda ha messo in campo o programmato, da una parte una serie di azioni legate alla mappatura e alla riorganizzazione di alcuni processi, dall'altra investimenti in ambito di innovazioni tecnologiche e ammodernamento apparecchiature.

**Di seguito vengono indicati i 5 obiettivi operativi declinati nelle schede di budget cui sono collegati indicatori e target.**

- 1- Incremento/mantenimento delle prestazioni di ricovero ordinario
- 2- Incremento/mantenimento delle prestazioni di ricovero diurno
- 3- Incremento delle prestazioni ambulatoriali
- 4- Riduzione/mantenimento della DM
- 5- Riduzione/mantenimento della DM preoperatoria
- 6- Incremento tasso di occupazione PL
- 7- Incremento segnalazioni potenziali donatori

#### **2.2.7 Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate**

**All'interno di quest'area strategica vengono declinati gli obiettivi correlati al collegamento tra il ciclo della performance, il ciclo di programmazione economico finanziaria e il bilancio.**

Questo ambito strategico descrive, in modo specifico, il complesso delle attività rivolte alla razionalizzazione del "consumo" dei fattori produttivi e delle risorse assegnate. Obiettivi specifici sono posti in carico ad alcune UU.OO. in relazione al consumo di farmaci e dispositivi medici. In questo ambito assume valore particolarmente strategico l'obiettivo legato all'efficiente utilizzo della risorsa "sala operatoria". Per tutte le UU.OO. chirurgiche del PUI sono previsti obiettivi e indicatori utili a misurare la saturazione degli spazi operatori assegnati.

Fanno parte di questo ambito strategico anche obiettivi legati all'efficiente utilizzo della risorsa PL, come il



valore del Peso Medio dei ricoveri e indirettamente anche l'appropriatezza e tempestiva erogazione delle prestazioni intermedie. Concorrono al raggiungimento di obiettivi in quest'area anche le UU.OO. della tecnostruttura alle quali spetta l'onere di governare la razionalizzazione della "spesa", sia in termini di appropriatezza delle acquisizioni di forniture, sia in termini di miglioramento continuo dell'attività di procurement (con particolare riferimento, quindi, alle strutture della Farmacia e del Provveditorato). Questo particolare ambito strategico raccoglie lo specifico, ricorrente obiettivo della "spesa farmaceutica", sistematicamente declinato e attenzionato dalla Regione in sede di definizione degli obiettivi assegnati ai direttori generali.

**Di seguito gli obiettivi operativi declinati nelle schede di budget a cui sono collegati indicatori e valori traguardo.**

1. Contenimento spesa dispositivi medici
2. Contenimento spesa farmaceutica
3. Incremento PM DRG
4. Efficiente utilizzo sale operatorie
5. Riduzione tempi di risposta
6. Migliorare l'appropriatezza richieste esami per interni
7. Assicurare il rispetto del budget concordato (amm).

#### **2.2.8 Migliorare l'appropriatezza**

**Gli obiettivi di mantenimento e incremento dei volumi di attività non possono essere slegati dal necessario processo continuo di miglioramento della qualità dell'assistenza.**

La promozione della qualità dell'assistenza sanitaria quindi in termini di equità d'accesso e di uso delle risorse in base ad un buon rapporto costi-efficacia attraverso misure ed azioni tese a garantire che l'assistenza fornita ai pazienti osservi dei criteri specifici.

Questo processo riguarda l'insieme del percorso assistenziale dall'identificazione del 'bisogno sanitario' del paziente agli esiti delle cure prestate e passa attraverso una costante valutazione con criteri e obiettivi definiti per un'assistenza di buona qualità, attraverso la scelta delle linee guida in base alla migliore evidenza, l'identificazione delle pratiche migliori, la misurazione delle quote di inappropriatezza ed un monitoraggio sistematico dei livelli di complessità delle attività erogate.

Sulla base di queste misurazioni strutturate l'Azienda, laddove necessario, proseguirà il processo di rimodulazione dell'offerta sanitaria incentivando modelli organizzativi virtuosi con riguardo sia alla cura della persona che alla razionalizzazione delle risorse.

In particolare gli obiettivi proposti riguardano le UU.OO. di area clinica coinvolte nell'erogazione di ricoveri ordinari e diurni ma anche le UU.OO. coinvolte nei processi di richiesta ed erogazioni prestazioni



intermedie.

**Gli obiettivi operativi che attengono direttamente all'area strategica dell'appropriatezza sono cinque e sono declinati nelle schede di budget attraverso l'individuazione di specifici indicatori e target.**

1. Incremento DH medici terapeutici
2. Riduzione accessi inappropriati (DH)
3. Riduzione DRG ad altro rischio di inappropriatezza
4. Riduzione ricoveri inappropriati (per l'area di emergenza)
5. Migliorare l'appropriatezza richieste esami per interni

#### **2.2.9 Rispetto dei percorsi e delle procedure**

Questo ambito strategico descrive in via generale il complesso delle attività rivolte alla razionalizzazione/efficientamento dei percorsi organizzativi sia in area clinica (area della produzione) sia in area direzionale (UU.OO. della tecnostruttura). In tale prospettiva è stata data specifica e distinta rilevanza all'efficientamento dei percorsi chirurgici e di emergenza.

In tale ambito rientrano anche gli obiettivi inerenti il rispetto delle procedure aziendali in ambito di performance, sicurezza delle cure e gestione dei sinistri.

**Le linee operative agganciate a quest'area strategica sono di seguito riportate:**

1. Supporto alle attività di emergenza
2. Rispetto delle procedure di accettazione
3. Rispetto dei tempi previsti nelle procedure aziendali
4. Partecipazione attiva al CVS
5. Partecipazione indagine di prevalenza ICA
6. Corretta compilazione modulistica
7. Rispetto percorsi e procedure in ambito amministrativo (aggiornamento regolamenti in ambito personale, analisi performance, aggiornamento e adeguamento Data Base aziendali, monitoraggi attività, rispetto dei tempi previsti e dei cronogrammi).

#### **2.2.10 Rispetto Standard Prevale e standard di qualità**

Quest'area strategica descrive, in via generale, il complesso delle attività rivolte alla implementazione della "efficacia" qualitativa dei percorsi assistenziali verso l'utenza, sia con riguardo, specificamente, agli outcome derivanti dal Piano Nazionale Esiti (P.Re.Val.E.), sia, più in generale, con riguardo agli ulteriori risultati di miglioramento della qualità nei percorsi assistenziali del Policlinico. Tale ambito strategico raccoglie gli specifici, ricorrenti obiettivo P.Re.Val.E. sistematicamente declinati da parte della Regione in



sede di definizione degli obiettivi assegnati ai direttori generali. Considerando la crescente attenzione del management del policlinico verso i processi di certificazione ritenuti opportunità di confronto, crescita e miglioramento continuo, in quest'area trovano spazio anche obiettivi legati a quest'ambito. I percorsi di certificazione vanno interpretati non come atto formale di verifica ma come momenti di approfondimento nella conoscenza dell'organizzazione, di verifica dei processi e di valutazione dell'efficacia dei risultati conseguiti in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni.

**Gli obiettivi operativi presenti nelle schede di Budget sono i seguenti:**

1. Miglioramento indicatori Prevale
2. Certificazione di qualità dei processi sperimentazioni cliniche (amm)

#### **2.2.11 Rispetto adempimenti**

**In tale ambito vengono declinati gli obiettivi operativi con i quali si intende rispondere agli adempimenti previsti dalle norme e dai dettami regionali.**

**In particolare si collocano in quest'ambito obiettivi legati all'attuazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (cui si rimanda al capitolo 8 del presente piano), agli adempimenti in ambito di performance, privacy e formazione.**

La formazione del personale, volta a migliorare le competenze tecniche, manageriali e comportamentali degli operatori rappresenta un obiettivo strategico fondamentale nei processi di innovazione gestionale, organizzativa, tecnologica.

Gli obiettivi e la pianificazione aziendale per la formazione sono esplicitati nel Piano Annuale della Formazione.

**Fanno parte di quest'area strategica i seguenti obiettivi operativi:**

1. Rispetto degli adempimenti in ambito di Trasparenza, anticorruzione e privacy
2. Adempimento rispetto agli obblighi formativi
3. Predisposizione piani e cronoprogrammi
4. Rispetto tempi di liquidazione fatture

#### **2.2.12 Performance individuale**

Il processo di misurazione e valutazione della performance individuale si riferisce, in parte, al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi organizzativi generali della struttura di appartenenza e, in parte, a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti (cfr. art. 9 del d. lgs. 150/09).

il processo di misurazione e di valutazione della performance individuale tiene conto del:

- contributo individuale assicurato per il raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza;



- grado di raggiungimento degli obiettivi individuali;
- valutazione comportamenti e competenze organizzative individuali.

Gli ambiti di performance individuale valutati sono differenziati in funzione delle categorie di appartenenza.

Per il personale con qualifica dirigenziale, ad esempio, sono oggetto di valutazione:

- gli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- il raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- la qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- la capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una adeguata-differenziazione dei giudizi.

Per il personale con qualifica non dirigenziale, ad esempio, sono oggetto di valutazione:

- il raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- la qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza;
- le competenze dimostrate;
- i comportamenti professionali e organizzativi.

### **2.2.13 Misurazione e valutazione della performance**

Alla chiusura dell'esercizio di budget si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa.

La valutazione della performance organizzativa di ogni Centro di Responsabilità (CdR), effettuata sulla misurazione degli obiettivi assegnati e sull'eventuale stesura di documenti e relazioni a supporto delle azioni realizzate, compete al Comitato di Budget, coadiuvato dal Controllo di Gestione e viene comunicata a tutti i responsabili di CdR nonché all'OIV.

La valutazione della performance individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, in base a quanto disciplinato dalle norme vigenti e secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione.

Con DDG 839 del 21 settembre 2021 è stato approvato il Regolamento per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ex art. 7 d.lgs. 150/09 e s.m.i. del Policlinico Umberto I, regolamento cui si rimanda.

### **2.2.14 Collegamento con il sistema premiante**

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla



contrattazione integrativa decentrata.

L'esito della valutazione rappresenta la base per la corresponsione di quanto stabilito dai rispettivi CCNLL e agli Accordi Aziendali cui si rimanda.

### 2.2.15 Rendicontazione

La misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale sono espone, analizzate e contenute nella Relazione annuale sulla performance, adottato dall'Azienda entro le scadenze previste dalla normativa vigente.

### 2.2.16 Elenco obiettivi operativi e indicatori per dimensione strategica

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore
1 - incremento della produzione	Incremento delle procedure	Numero PTCA
	Incremento prestazioni specialistiche	Numero agoaspirazioni follicolari
		Numero inseminazioni artificiali
	Incremento segnalazione potenziali donatori	% pazienti deceduti segnalati al Coord Locale Prelievi
	Incremento/mantenimento dei ricoveri ordinari	N° dimessi anno 2023
	Incremento/mantenimento N° prestazioni ambulatoriali	Numero colonscopie per pazienti amb
		Numero gastroscopie per pazienti amb
		Numero prestazioni ambulatoriali anno 2023
Incremento/mantenimento prestazioni di DH	Numero ricoveri DH	
Riduzione/mantenimento della Degenza media	DM anno 2023	
	DM transito anno 2023	
2 - Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate	Contenimento spesa dispositivi medici	Spesa per dispositivi medici
	Contenimento spesa farmaceutica	Budget farmaci anti VEGT (valore annuale)
		Spesa per farmaci "File F"
Efficientamento sale operatorie	% di primi interventi iniziati entro le 8:30	



		Tempo utilizzato rispetto tempo programmato
	Incremento/mantenimento Peso Medio	Peso medio DRG anno 2023
	Appropriatezza esami di laboratorio per interni	Valore esami di laboratorio per interni
	Riduzione tempi di risposta	% di Refertazione consulenze interne non urgenti entro 24h dalla richiesta
		Esami in urgenza refertati entro 90 minuti dalla richiesta sul totale esami urgenti
		Esami refertati per pazienti ricoverati in regime ordinario entro 48 ore dalla richiesta
		Referti anatomia patologica consegnati nei 30 minuti sul totale delle richieste di esami estemporanei
		Referti anatomia patologica consegnati nel rispetto del tempo di refertazione sul totale dei referti
		Valutazione del TAT (Turn around time) richieste urgenti per esami di laboratorio
		% di Refertazione consulenze interne non urgenti entro 12h dalla richiesta
	Analisi infrastruttura informatica e ammodernamento tecnologico	Implementazione DWH x funzioni di governo
		Implementazione software per la gestione dei DM utilizzati nei B.O.
		Adeguamento software risorse umane (gestione giuridica e rilevazione presenze)
	Assicurare il rispetto del budget concordato per conto di costo di competenza	Scostamento budget preventivo rispetto budget consuntivo
		Attività di controllo del rispetto dei Budget per macrovoci di spesa
3 - Migliorare l'appropriatezza	Incremento DH medici terapeutici	% DH medico di tipo diagnostico sul totale dei DH medici



	Migliorare l'appropriatezza	Numero PAC x diabete	
	Riduzione accessi DH inappropriati	% accessi DH inappropriati sul totale degli accessi	
	Riduzione DRG ad alto rischio di inappropriatezza	% DRG ad alto rischio di inappropriatezza sul totale dei DRG prodotti	
	Appropriatezza prescrittiva esami di laboratorio per interni	Valore esami di laboratorio per interni	
	Riduzione ricoveri inappropriati	Tasso ospedalizzazione (%ricoveri/tot accessi)	
4 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Corretta compilazione modulistica autopsie ai fini della rendicontazione economica	Modulistica compilata sul totale delle autopsie	
	Indagine di prevalenza ICA come da PAICA 2022	UU.OO. partecipanti all'indagine sul totale delle UU.OO. coinvolte	
	Partecipazione attiva comitato valutazione sinistri	Partecipazione alle riunioni del CVS in almeno il 90% delle sedute	
	Rispetto dei tempi previsti dai progetti del PAICA coordinati dalla UOC	Attività nei tempi rispetto alle attività previste	
	Rispetto delle procedure in accettazione	Differenza in minuti tra accettazione amministrativa ed esecuzione prelievo inferiore o uguale a 30 minuti	
	Supporto alle attività di emergenza	Pazienti dimessi sabato e domenica/ tot pazienti dimessi	
	Tempi di attesa	Rispetto delle procedure regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	
	Rispetto delle procedure aziendali	Adeguamento del database alla nuova matrice dei Centri di Responsabilità e Costo	
		Analisi performance DAI 2023 report su contributo economico sperimentazioni	
		Analisi performance DAI 2023 su contributo scientifico alla sperimentazione clinica	
	Avvio preliminare per definizione procedure		



		sistema di qualità per sperimentazione clinica
		Definizione del Piano di comunicazione 2024
		Invio alla Direzione Aziendale di Reportistica settimanale sul n di vaccinazioni anti-influenzale e antipneumococcica x UO e x profilo professionale
		Mappatura del processo di apertura dei ticket di manutenzione
		Monitoraggio riscossione crediti da strutture private (condiviso con UOC Ref)
		Implementazione di procedura per richiesta estrazione dati di attività (obiettivo condiviso con IPAS Sistemi Informativi)
		Predisposizione di reportistica trimestrale sui tempi di liquidazione fatture x singola UO
		Predisposizione procedure di aggiornamento anagrafiche dei Centri di responsabilità e Costo finalizzate a garantire il costante allineamento dei codici su tutti gli applicativi aziendali
		Programmazione procedure di gara (con definizione del cronoprogramma), con particolare riguardo alle gare oggetto di proroga, finalizzata alla elaborazione di provvedimento deliberativo
		Relazione bimestrale sulle attività del CVS
		Ripristino reportistica trimestrale attività di ricovero e ambulatoriale
		Aggiornamento regolamenti



		Proposta aggiornamento sistema di valutazione della performance
	Rispetto tempi e procedure	Alimentazione tempestiva Flusso contratti Dispositivi Medici (In raccordo con la Farmacia)
		Cronoprogramma con elenco degli interventi di piccola manutenzione e decoro
	Informatizzazione	Completa implementazione dell'applicativo O4C - sale operatorie
		Definizione e realizzazione procedure di aggiornamento del sito aziendale
		DHW: Implementazione reportistica su indicatori di attività secondo modelli concordati con UOC Sio e flussi informativi e UOC Controllo di Gestione
		Implementazione sistema di monitoraggio performance individuale
	Riorganizzazione processi	Proposta di piano di dismissione/sostituzione apparecchiature media e bassa tecnologia con individuazione criticità (ad es: situazioni di rischio o necessità di introduzione di tecnologie nuove) anche ai fini del rinnovo del parco tecnologie
		Realizzazione attività propedeutiche alla elaborazione reportistica sulle prestazioni intermedie (consulenze, endoscopia e laboratorio)
		Realizzazione del progetto "Analisi fabbisogno e programmazione acquisti"
		Realizzazione del progetto "Orientamento logistico e accessibilità" per quanto di



		competenza (vedi cronoprogramma)
		Realizzazione del progetto "processo di approvvigionamento" per quanto di competenza (vedi cronoprogramma)
		Rispetto cronoprogramma lavori DL 34/2020
		Rispetto cronoprogramma PNRR
		Rispetto dei tempi indicati dalla DA rispetto ad atti ritenuti prioritari dalla medesima
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	Rispetto del cronoprogramma lavori MASTERPLAN
		% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg
		% parti con taglio cesareo primario (P.Re.Val.E)
		% STEMI con angioplastica nei primi 90'
6 - Rispetto adempimenti	Rispetto adempimenti in ambito anticorruzione e trasparenza	Rispetto obblighi formativi in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy
		Implementazione sezione "Prevenzione della corruzione e della trasparenza" nel PIAO
		Rispetto obblighi formativi in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy garantendo la partecipazione alle iniziative formative delle risorse afferenti a ciascuna struttura (partecipazione ad almeno l' 80% delle iniziative proposte)
		Progettazione a attivazione corsi formativi su trasparenza, anticorruzione



	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	Report alla Direzione Generale sulla attuazione da parte dei rispettivi responsabili delle misure di prevenzione definite nel PTPC
	Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge	Report contenente elenco delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti inseriti nelle singole schede di budget
	Pubblicazione e aggiornamento delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla Trasparenza	Informazioni pubblicate sul sito internet aziendale
	Adeguamento agli standard di sicurezza	Rispetto degli adempimenti previsti
	Rispetto adempimenti DL 34	DL 34 Espletamento delle procedure di acquisizione previste nel piano di riorganizzazione e non vincolate alla conclusione dei lavori
	Rispetto adempimenti NSIS	Flusso apparecchiature grandi impianti NSIS: implementazione delle informazioni relative alle grandi app.re sanitarie in uso al PUI e autocertificazione delle informazioni in ottemperanza del DM 22/04/2014
	Rispetto adempimenti	Predisposizione del piano di formazione 2024 e relativa atto deliberativo
		Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture
Valorizzazione attività e formazione su aree di interesse CUG	Aggiornamento, verifica ed implementazione delle indagini effettuate sul benessere lavorativo ed organizzativo.	



		Progettazione Corso di Formazione su tematiche e progetti proposti dal CUG in accordo con la Direzione aziendale
--	--	--

## **2.3 SISTEMI E INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE**

I sistemi dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma sono utilizzati quotidianamente da circa 6.000 utenti di *dominio* dotati di credenziali di autenticazione personali con le quali accedono a oltre 2.500 postazioni di lavoro desktop, 70 workstation, 900 stampanti di rete e 70 notebook.

L'infrastruttura di rete dell'Azienda Policlinico Umberto I è costituita da dorsali in fibra ottica per la connessione dei 46 edifici di campus e delle 7 sedi esterne, (4 delle quali collegate in dark fiber), circa 240 apparati attivi di rete, oltre 4.000 punti doppi di cablaggio strutturato, 120 VLAN, sistemi di comunicazione analogici (MD110) e VoIP per un totale di circa 5.500 numerazioni telefoniche attive.

Le dimensioni e i numeri dell'Azienda sono pari a quelli di una cittadina di medie dimensioni con la complessità derivante dalla necessità di gestire con reale consapevolezza servizi ad elevata criticità che devono essere assicurati a tutte le strutture dell'Ospedale e in particolare alle strutture dell'area dell'emergenza (1 DEA e 4 PP.SS.), 6 terapie intensive, 15 blocchi operatori, 7 sale interventistiche. Il Policlinico assicura, inoltre, il servizio di HUB per gli Spoke distribuiti sul territorio regionale, individuati dalla Regione Lazio con DCA n. U00257 del 5 luglio 2017 nella logica della gestione dell'emergenza in reti di specialità tempo dipendenti.

### **2.3.1 Sviluppo e aggiornamento sistemi e infrastrutture - ICT**

Attenuatasi la pressione determinata dal ruolo di ospedale di riferimento per il ricovero dei pazienti affetti da Covid-19, l'Azienda ha gradualmente riattivato la propria offerta di prestazioni specialistiche. Contestualmente ha intrapreso un percorso di sviluppo, aggiornamento e completamento dei sistemi e delle infrastrutture ICT con l'obiettivo di mettere a disposizione dell'ospedale tecnologie in grado di supportare per intero il percorso paziente e di raccogliere dati sull'assistito con un minore impegno di tempo.

### **2.3.2 Gestione processi clinici interni e delle liste di attesa**

In particolare, l'Azienda ha reso operativo il sistema di gestione del paziente nel percorso operatorio e ha avviato un'importante azione formativa a supporto dei propri specialisti per un utilizzo più appropriato delle funzioni di gestione delle Liste di attesa e della prescrizione dematerializzata.

L'uso diffuso degli applicativi sopra richiamati è stato reso possibile attraverso una costante assistenza e



formazione in modalità training on-the-job, l'unica realmente efficace per la graduale transizione dalla tradizionale gestione analogica a quella digitale con l'obiettivo della smaterializzazione dei processi, con conseguente possibilità per i professionisti di:

1. monitorare il reale andamento delle progressioni in lista di attesa attraverso funzioni di facile utilizzo che, attraverso un algoritmo applicativo, indicatori di score priority e indicatori cromatici, mettono in primo piano i pazienti da prendere in carico prioritariamente sulla base di criteri obiettivi ("peso" della diagnosi e tempo di permanenza in lista. Ne consegue una più efficace ed equa gestione dei ricoveri e degli interventi;
2. procedere speditamente tramite l'applicativo per la prescrizione dematerializzata integrata con il sistema di gestione dell'assistito (ricoverato, ambulatoriale o dimesso dall'area dell'emergenza). Attraverso tale sistema i professionisti sono stati messi nella condizione di prescrivere direttamente al paziente le impegnative dematerializzate per:
  - a. le visite specialistiche di controllo;
  - b. le prestazioni diagnostiche ritenute necessarie dallo specialista;
  - c. la prescrizione dei farmaci individuati per l'avvio della terapia domiciliare senza che l'assistito abbia necessità rivolgersi successivamente al proprio medico di medicina generale.

Al fine di coinvolgere il maggior numero di professionisti, in un'ottica di costante aggiornamento degli strumenti di lavoro, l'Azienda ha programmato un percorso di adeguamento numerico e qualitativo delle risorse hardware che consentono alle funzioni aziendali di gestire le attività di propria competenza con strumenti più aderenti alle esigenze di efficienza a beneficio degli assistiti.

### 2.3.3 Adeguamento e messa in sicurezza sistemi ICT

Nella logica dell'adeguamento dell'infrastruttura ICT l'Azienda ha programmato e attuato interventi finalizzati a elevare il livello di efficienza e di sicurezza delle infrastrutture tecnologiche dell'ospedale (migrazione del data-center, consolidamento dei sistemi presenti nel Campus, realizzazione di una soluzione di Disaster Recovery, attività finalizzate alla diffusione di una maggiore consapevolezza degli operatori verso le problematiche della protezione dei dati e della sicurezza, verifica dell'operato degli Amministratori di sistema, monitoraggio costante dei sistemi ed esecuzione periodica di attività di Vulnerability Management con verifica dei processi di sicurezza attivi e valutazione costante delle eventuali necessità di adeguamento in ambito security.

Le soluzioni, le politiche di sicurezza e la maggior consapevolezza degli operatori nell'utilizzo dei sistemi ICT è stato l'elemento dirimente per consentire ai dipendenti dell'Azienda di fruire di soluzioni che hanno consentito loro, ove autorizzati, di svolgere la propria attività lavorativa in modalità "agile".



### 2.3.4 Obiettivi MISSIONE 6 P.N.R.R. – Aggiornamento tecnologico digitale

In questo quadro di costante progressiva implementazione di componenti necessarie al miglioramento delle condizioni di lavoro con conseguente valore aggiunto verso l'utenza, si innestano alcune delle linee di attività previste e finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il PNRR definisce infatti un quadro di investimenti e di riforme con obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente al cui conseguimento si lega l'assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall'Unione Europea.

Per quanto riguarda gli obiettivi ICT nell'ambito della MISSIONE 6 - SALUTE COMPONENTE M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO DIGITALE - INVESTIMENTO 1.1.2, di seguito una sintesi:

### 2.3.5 M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Rafforzamento strutturale del SSN) - progetti in essere

Sono previste 5 voci di finanziamento per 5 ambiti tecnologici diversi che, congiuntamente, contribuiscono all'innalzamento delle infrastrutture e degli applicativi affinché questi ultimi siano in grado di rispettare quanto previsto dalle Linee Guida nazionali per l'attuazione del FSE 2.0.

Le attività progettuali sono in corso per ognuno dei 5 finanziamenti considerato che le procedure Consip obbligatorie (Accordi Quadro o Convenzioni specifiche) sono state attivate parzialmente e in momenti diversi.

Di seguito una sintesi:

Attività	procedura CONSIP	stato procedura Consip
Cablaggio LAN e Wi-Fi	Convenzione Consip Reti Locali 7	Convenzione che supporta parzialmente l'upgrade della connettività in quanto non prevede la fornitura degli apparati attivi necessari per l'upgrade dell'infrastruttura aziendale su piattaforma Cisco – è stata disposta l'adesione preliminare per stesura fibra ottica necessaria per realizzare la magliatura della LAN aziendale
Servizi di sviluppo dell'interoperabilità dei dati sanitari e sviluppo di interfacce applicative, sistemi di message broker e di orchestrazione	AQ Sanità Digitale 2	Accordo Quadro Consip
Sviluppo di APP mobile e servizi on- line per la fruizione di servizi e informazioni al cittadino	AQ Sanità Digitale 2	Accordo Quadro Consip



Fabbisogno tecnologie informatiche - HW postazioni di lavoro	Convenzione PC Desktop e Workstation 2	Convenzione Consip
Licenze d'uso e altre licenze software e hardware per la tecnologia della categoria Postazioni	Convenzione Licenze multi brand	Le licenze disponibili non sono quelle necessarie ai sistemi aziendali in uso

Il finanziamento **Fabbisogno tecnologie informatiche - HW postazioni di lavoro** consentirà di procedere con:

- una diffusa attività di upgrade delle postazioni di lavoro nelle aree con maggiore necessità di continuità operativa (DEA - PP.SS., area dell'emergenza e delle terapie intensive, Blocchi operatori, attività diagnostiche, gestione del front-office e dell'accoglienza, PDL di reparto)

Il finanziamento **Cablaggio LAN e Wi-Fi** consentirà di procedere con:

- upgrade della connettività di rete con ampliamento della capacità di banda e conseguente miglioramento delle prestazioni applicative che prevedono la gestione delle immagini

Il finanziamento **Servizi di sviluppo dell'interoperabilità dei dati sanitari e sviluppo di interfacce applicative, sistemi di message broker e di orchestrazione** consentirà di procedere con:

- l'adeguamento applicativo dei sistemi in uso per la gestione della specialistica ambulatoriale, della refertazione di radiologia, di laboratorio e dell'anatomia patologica per la conseguente produzione dei referti specialistici nel rispetto degli standard nazionali previsti dalle Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico pubblicate l'11 luglio 2022 adottate con DM Salute 20 maggio 2022, finalizzate al conferimento della documentazione sanitaria ritenuta di prioritaria rilevanza per il paziente (referti diagnostici, referti ambulatoriali, lettera di dimissione etc.) al **Fascicolo Sanitario Elettronico regionale**, e di conseguenza verso il FSE nazionale, con conseguente beneficio per l'assistito di avere a disposizione la propria documentazione sanitaria procedendo con l'accesso a un'unica piattaforma applicativa

Il finanziamento **Sviluppo di APP mobile e servizi on-line per la fruizione di servizi e informazioni al cittadino** consentirà di procedere con lo sviluppo di una App per:

1. l'orientamento dell'utente verso servizi e prestazioni all'interno della struttura sanitaria. Tramite la funzione di geolocalizzazione integrata e potenzialmente scalabile sarà possibile fornire un servizio adeguato alle aspettative per una struttura di rilievo quale il Policlinico;



2. l'integrazione con il sistema regionale RECUP per la gestione della prenotazione, accettazione e pagamento delle prestazioni.

## **2.4 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

### **2.4.1 Principi ed obiettivi strategici**

La presente sezione del PIAO è dedicata alla strategia aziendale di protezione del valore pubblico attraverso il contenimento del rischio corruttivo. L'ANAC, con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2022 approvato con del. N. 7 del 17 gennaio 2023) ha sottolineato come *“le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico ma esse stesse produttive di valore pubblico e strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese”*.

La prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e per la creazione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione o ente. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico. Nella stessa ottica si pongono le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio). Tali presidi, al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi come strumento di creazione di valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali. Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale.

Il Piano anticorruzione, attraverso un'azione coordinata ed integrata con gli altri strumenti strategici dell'Azienda, intende favorire l'attuazione di efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione. La legge n. 190/2012 prevede che l'Organo di Indirizzo di ciascuna Pubblica Amministrazione definisca gli obiettivi strategici, in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, quale contenuto imprescindibile sia del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza che dei documenti di pianificazione strategica e programmazione gestionale.

L'ANAC, con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2022), richiede che l'Organo di Indirizzo assuma un ruolo proattivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo, indicando gli obiettivi strategici su cui intervenire.



Sempre la Legge 190 sottolinea la necessità che l'OIV verifichi la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori.

Come sancito da ultimo nell'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito in legge 6 agosto 2021 n. 113, Anticorruzione e Performance sono componenti di un sistema unico e risulta indispensabile uno sviluppo coordinato e sinergico della pianificazione dei processi e delle attività dell'organizzazione pubblica in ordine alla performance e all'anticorruzione, anche alla luce della pianificazione economico-finanziaria.

Le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza devono essere, intese non come mero adempimento normativo, ma come una politica di miglioramento organizzativo dell'Azienda nel suo complesso. Le misure per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e le misure e gli obblighi in materia di trasparenza collegate sono considerate, cioè, come inerenti a tutti i processi aziendali e viste, quindi, come obiettivi di tutto il personale aziendale.

L'Azienda individua come obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione:

- a. la mappatura delle altre aree di rischio, oltre a quelle già individuate, con il coinvolgimento delle ulteriori Strutture dell'Amministrazione Centrale e, infine, dei Dipartimenti ad Attività Integrata, allo scopo di individuare gradualmente tutti i processi a rischio di eventi corruttivi e conseguentemente le azioni preventive, eventualmente migliorando le misure già in atto, rendendole più adeguate, concrete e verificabili;
- b. l'adozione di un regolamento sull'accesso che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, anche in conformità con le nuove disposizioni in materia di protezione dei dati personali;
- c. la promozione di maggiori livelli di trasparenza, da perseguire attraverso il progetto di implementazione del nuovo sito web dell'Azienda, così da favorire l'accesso a dati e informazioni da parte dei cittadini e quindi la loro partecipazione;
- d. la promozione di una attività formativa di prevenzione della corruzione che miri al costante aggiornamento dei Responsabili dei settori a rischio e del Personale che opera presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I;
- e. il rispetto degli obblighi di pubblicazione, sia in termini di tempistica che di contenuti;
- f. il monitoraggio generale di tutte le misure pianificate nel PTPCT.

#### **2.4.2 Definizione di corruzione**

Il concetto di corruzione che viene preso a riferimento nel presente documento ha un'accezione più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, in quanto



coincidente con la “*maladministration*”, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell’interesse pubblico e pregiudicano l’affidamento dei cittadini nell’imparzialità dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse, a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite.

### 2.4.3 Soggetti coinvolti nella predisposizione

**I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all’interno dell’Azienda sono:**

- **la Direzione strategica aziendale:** l’Organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale.
- **il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:** ha il compito di proporre alla Direzione Aziendale un piano per il contenimento del rischio corruttivo, verificarne l’attuazione, curare la formazione del personale in materia e verificare l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture interessate.
- **i Direttori/responsabili di struttura** sono tenuti, nell’ambito delle articolazioni organizzative di competenza, a promuovere la formazione e la diffusione della cultura organizzativa basata sull’integrità, a rispondere dell’attuazione delle misure di propria competenza programmate, tenendo conto in sede di valutazione delle performance del reale contributo apportato dai dipendenti all’attuazione delle stesse.
- **i Dirigenti** per le aree di rispettiva competenza;
- **I dipendenti dell’Azienda**, il personale universitario in afferenza ed i collaboratori a qualsiasi titolo, partecipano attivamente alla gestione del rischio e sono tenuti, in particolar modo, ad attuare le misure di prevenzione programmate e segnalare eventuali casi di illecito e di conflitto di interessi
- **l’O.I.V.** L’Organismo Indipendente di Valutazione, le strutture di audit e del sistema interno dei controlli, devono offrire, per le rispettive competenze, supporto metodologico, dati e informazioni utili all’analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi, favorendo l’integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance ed il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Gli uffici interni che dispongono di dati utili e rilevanti ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio hanno l’obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT.

Considerato che, come sopra specificato, occorre realizzare il collegamento tra performance e



anticorruzione e in considerazione del fatto che la verifica della coerenza tra gli obiettivi del PTPCT e del Piano della Performance è rimessa all'OIV, il D.Lgs. 97/2016 prevede il coinvolgimento dell'OIV nell'ambito della valutazione delle misure di prevenzione della corruzione.

#### 2.4.4 Contesto generale

Contesto esterno e emergenza covid-19: i settori e i rischi di corruzione emergenti in Italia durante la crisi sanitaria, economica e sociale

E' utile procedere all'analisi del fenomeno corruttivo nel contesto romano e laziale, poiché esso incide sulle dinamiche che riguardano l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I.

L'analisi del contesto esterno, quindi, risulta utile ai fini dell'impostazione del sistema di prevenzione della corruzione aziendale, in quanto consente di proporre misure efficaci.

L'ultima relazione semestrale della Direzione investigativa antimafia (Dia) ha confermato che la pandemia del Coronavirus e le conseguenze sull'economia del post Covid-19 hanno rappresentato una "grande opportunità" per le mafie e lo snellimento delle procedure d'affidamento degli appalti e dei servizi pubblici ha comportato "seri rischi di infiltrazione mafiosa dell'economia legale, specie nel settore sanitario".

Così come l'erogazione dei Fondi per l'attuazione del PNRR deve passare attraverso il rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo proprio alla gestione dei fondi europei e del PNRR.

L'approvvigionamento di beni e servizi nel sistema sanitario è una attività esposta al rischio della corruzione. La necessità di acquisire in tempi rapidi forniture di dispositivi medici e di medicinali ha giustificato l'introduzione di procedure d'urgenza, con esposizione a maggiori rischi, legati alla riduzione dei tempi e alla concentrazione di poteri decisionali.

In Italia si è registrato con un calo delle "attività criminali di primo livello" (traffico di droga, estorsioni, ricettazione, rapine), ma un aumento di casi di riciclaggio e usura, fattore sintomatico di una pressione "indiretta" comunque esercitata sul territorio.

Sarà poi "oltremodo probabile" che i clan tentino di intercettare i finanziamenti per le grandi opere e la riconversione alla green economy.

Il regolamento UE 2021/241, che istituisce il Dispositivo europeo per la ripresa e la resilienza corrispondente alla gran parte del Next Generation EU, richiede che le modalità proposte dallo Stato membro nel proprio PNRR siano tali da prevenire, individuare e contrastare anche sul piano penale la corruzione, la frode e i conflitti di interessi nell'utilizzo dei fondi, comprese le modalità volte a evitare la duplicazione dei finanziamenti da parte del dispositivo e di altri programmi dell'Unione.

Le Pubbliche Amministrazioni stanno facendo ampio ricorso al conferimento di incarichi di lavoro autonomo per sopperire alle carenze di organico e fronteggiare la crisi epidemiologica in corso. Il rischio



maggior risiede nella mancanza di trasparenza delle procedure e di controlli.

Con la diffusione del ricorso al lavoro agile, si sono registrate difficoltà di gestione della “nuova” modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, con il rischio di diminuzione dell’efficienza, di disparità di trattamento tra il personale dipendente e di scarsa sicurezza dei dati sanitari.

Occorre aumentare le misure di sicurezza tecnologiche per garantire la tracciabilità dei dati, il controllo degli accessi e monitorare le attività dei dipendenti che hanno accesso ai dati.

In conclusione, il contesto esterno in cui si colloca l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto risulta caratterizzato da elevati profili di criticità: la presenza di criminalità organizzata, la scarsa percezione di sicurezza, la numerosità di reati contro la PA e l’elevata percezione della corruzione nel territorio romano suggeriscono la predisposizione di un sistema di prevenzione della corruzione, intesa sia nella sua forma più conosciuta, sia in termini di potenziale commistione con l’attività amministrativa, cosiddetta maladministration.

A tal proposito, maggior attenzione dovrebbe essere posta nelle attività che richiedono un’interazione con soggetti esterni. Non a caso, tra i processi risultati maggiormente esposti al rischio corruttivo, si annoverano quelli che riguardano i rapporti con l’esterno (es. autorizzazione agli incarichi extra-istituzionali o i processi dell’area Contratti). Per questi processi, ad esempio, è utile introdurre misure di prevenzione della corruzione volte a migliorare la trasparenza delle azioni, ad arginare ipotesi di conflitto di interessi garantendo, al contempo, il miglioramento delle procedure di controllo interno.

#### **2.4.5 Contesto interno**

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I (Codice Fiscale e Partita IVA 05865511009) è stata istituita con il Decreto Legge n. 341 del 1 ottobre 1999, convertito con modificazioni nella Legge n. 453 del 2 dicembre 1999.

L’Azienda, che è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, si qualifica come ente strumentale della Regione ai fini dell’erogazione delle prestazioni assistenziali e costituisce, per Sapienza Università di Roma, la principale Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca delle Facoltà di Medicina.

Nella sua attuale configurazione, di Azienda Ospedaliero-Universitaria (art. 2 commi 1 e 3 D.lgs. 517/1999), si caratterizza come strumento per la realizzazione, in forma integrata, delle finalità inerenti la tutela della salute della collettività, obiettivo istituzionale del SSN, e la funzione didattico-formativa e di ricerca propria dell’Università.

E’ un’Azienda Sanitaria di livello nazionale e di alta specializzazione nonché sede di DEA di secondo livello. Nell’ambito delle relazioni con il Servizio Sanitario Regionale l’Azienda, nel rispetto degli indirizzi di programmazione sanitaria, attua le politiche regionali definite nel Piano di Riorganizzazione,



Riqualficazione e Sviluppo del SSR 2019-2021 (adottato con DCA 81/2020), nonché le politiche in tema di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione dell'accesso ai servizi.

Con Delibera del Direttore Generale n. 542 del 1.7.2019 è stato adottato l'Atto Aziendale, approvato con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. U00259 del 4.7.2019.

L'assetto individuato dal DCA 259/19 è stato successivamente modificato, per quanto concerne i soli Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), dal DCA 515 del 27/12/2019 che ha approvato le modifiche all'Organigramma proposte con Deliberazione del Direttore Generale n. 1009/19, conseguenti alla cessazione dal servizio di alcuni titolari di Unità Operativa Complessa (UOC) e di Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Tra le modifiche apportate è da segnalare l'accorpamento in un unico DAI dei due dipartimenti di chirurgia presenti nel precedente Atto.

Con Deliberazione n. 1112 del 26/11/2020 è stato modificato ulteriormente l'Organigramma dei DAI per la cessazione dal servizio di alcuni titolari di unità operativa complessa o semplice dipartimentale, con ulteriore riduzione del numero di strutture attive.

L'attuale organizzazione delle strutture operative cliniche si articola, pertanto, in 10 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), cui fanno riferimento 70 Unità Operative Complesse (UOC), 51 Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD) e 55 Unità Operative Semplici.

Nel corso del 2021 con Deliberazione n.809 del 10/08/2021 è stato adottato inoltre il nuovo Organigramma delle Aree di governo aziendale, che ha ridisegnato la tecnostruttura.

Gli edifici su cui insistono le attività dell'Azienda sono oltre 50, ubicati in otto sedi distinte. La ripartizione logistica delle attività su più strutture determina importanti ricadute gestionali/organizzative che condizionano fortemente la possibilità di un utilizzo ottimale delle risorse.

L'Azienda dispone di una dotazione di 1.097 posti letto ordinari (DCA 257/2017), di cui 1.073 dedicati all'assistenza per acuti e 24 di riabilitazione, a cui si aggiungono 138 posti letto per le attività di ricovero a ciclo diurno, e 14 culle. Le attività di degenza ordinaria possono contare su 74 letti di terapia intensiva per adulti, pediatria e neonatale e di UTIC.

Le attività chirurgiche dispongono complessivamente di 484 posti di degenza ordinaria di cui 191 afferenti alla chirurgia generale e 293 alle chirurgie specialistiche (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia dei trapianti d'organo, ecc.).

I posti letto ordinari sono distribuiti su 63 reparti di degenza, mentre l'attività di ricovero a ciclo diurno si svolge in 26 sedi differenti, frequentemente impegnate anche nell'erogazione di APA e PAC, ovvero le prestazioni ambulatoriali complesse caratterizzate da percorsi assistenziali multidisciplinari.

Nel corso del 2020, la distribuzione dei posti letto per disciplina e per Area di attività e il loro assetto



logistico è stato radicalmente sovvertito a seguito della necessità di allestire il numero di posti letto (ordinari, di terapia intensiva e sub-intensiva) necessari a fronteggiare l'epidemia.

Per il 2021 la Regione Lazio ha stabilito (Emergenza Covid 19 - Azioni di Fase IX) di configurare la Rete Ospedaliera Covid secondo una organizzazione modulare e flessibile che deriva da quattro scenari di rischio di livello crescente monitorati settimanalmente attraverso un set di indicatori specifici. Lo scenario di rischio 1 è caratterizzato dalla centralizzazione dei ricoveri nelle strutture Hub Covid 19 tra le quali è presente il Policlinico Umberto I. Gli scenari di rischio più elevato prevedono la progressiva attivazione di posti letto nelle strutture Hub.

Occorre segnalare che a fronte dell'incremento dei PL Covid, corrisponde una contrazione del numero di posti letto a disposizione per le patologie non Covid. Tale riorganizzazione ha assunto un significato di estrema rilevanza in considerazione del ruolo svolto dal Policlinico nel contesto della Rete dell'Emergenza Urgenza.

L'Azienda è, infatti, sede di DEA di II livello; le attività di emergenza, articolate nel DEA Centrale, nel Pronto Soccorso Pediatrico, nel Pronto Soccorso Ostetrico, nel Pronto Soccorso Oculistico-Odontoiatrico e nel Pronto Soccorso Ematologico, si svolge presso cinque sedi distinte.

L'Azienda dispone di 13 blocchi operatori dotati complessivamente di 31 sale operatorie routinariamente attive; alcune di queste sono impegnate nella rete dell'emergenza e lavorano pertanto h 24. Nel corso del 2020 la necessità di dare assistenza ai pazienti affetti da Covid-19 ha comportato la messa a disposizione di tre blocchi operatori per l'allestimento di reparti di terapia intensiva, per un totale di 11 sale operatorie non più utilizzabili per l'attività chirurgica.

L'Azienda si avvale complessivamente di 4.601 unità di personale (dato alla data del 31.12.2022), per il 60% rappresentato da dipendenti del Servizio Sanitario Regionale e per il 40% da figure assunte dall'amministrazione universitaria, come previsto dalla natura ospedaliero-universitaria dell'Azienda Policlinico Umberto I.

Rispetto alle figure con contratto libero professionale o a tempo determinato, nel 2022 è proseguito il processo di stabilizzazione delle unità in possesso dei requisiti previsti dalla normativa in materia, che ha portato a ridurre il numero di personale con contratto co.co.co.

Il 2020 ed il 2021 sono stati anni impegnativi nei quali l'attività dell'Azienda ha dovuto più volte adeguarsi e rimodularsi per rispondere in modo tempestivo all'epidemia da Covid-19. Alcune progettualità anche di tipo strutturale, con importanti ricadute proprio sul fronte del miglioramento dell'organizzazione dei servizi, hanno subito inevitabilmente dei rallentamenti ma sono ormai in fase di completamento con il 2022. Sono invece in fase di progettazione alcuni interventi di ristrutturazione e di revisione del layout di alcuni padiglioni per meglio rispondere al flusso dei pazienti.



#### 2.4.6 Gestione del rischio corruzione

Con la delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, il Consiglio di ANAC ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, che reca indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del “Sistema di gestione del rischio corruttivo”.

L’approvazione del PNA 2022 si inserisce in una fase storica complessa. Una stagione di cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall’Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell’Europa dell’Est. L’ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall’altra, ad avviso dell’Autorità, richiedono il rafforzamento dell’integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l’attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative.

Gli impegni assunti con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni, incidono in modo significativo sull’innovazione e l’organizzazione e riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici, ambito in cui preminente è l’intervento dell’ANAC.

Novità nel sistema dell’anticorruzione e della trasparenza sono state previste dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”<sup>1</sup>

Con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2018/2020, l’Azienda Policlinico Umberto I aveva proceduto per la prima volta alla “Mappatura dei rischi di corruzione”, secondo un modello top-down, formulando una visione generale del sistema. La metodologia utilizzata ha fatto ampio ricorso alle tecniche di benchmarking con altre Aziende Ospedaliero-Universitarie, semplificando la mappatura dei rischi.

Tenuto conto che con la Delibera del Direttore Generale n. 542 del 1 luglio 2019 è stato approvato l’Atto Aziendale dell’AOU Policlinico Umberto I, che ha delineato un nuovo assetto organizzativo aziendale, è stato necessario nei mesi di ottobre e novembre del 2019 procedere alla revisione della mappatura dei processi aziendali e dell’analisi rischi corruttivi con l’attiva partecipazione dei Responsabili dei settori a maggiore rischio corruzione, già individuati nei precedenti Piani aziendali.

Nel corso del 2021, si sarebbe dovuto procedere alla mappatura delle altre aree di rischio, con il coinvolgimento delle ulteriori Strutture dell’Amministrazione Centrale e, infine, dei Dipartimenti ad Attività Integrata, ma l’emergenza sanitaria da Covid-19 non ha reso possibile il completamento della mappatura avviata nel 2019. Si rimanda pertanto al 2023 il progetto di individuare gradualmente tutti i



processi a rischio di eventi corruttivi e conseguentemente le azioni preventive, eventualmente migliorando le misure già in atto, rendendole più adeguate, concrete e verificabili.

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi e richiede la partecipazione dei Dirigenti delle aree interessate, per questo motivo all'avvio del progetto sono state emanate circolari esplicative e sono stati organizzati incontri formativi. La documentazione discussa e condivisa con i Dirigenti è stata pubblicata nell'intranet aziendale, nella sezione Formazione ed Aggiornamento professionale, Formazione del personale amministrativo.

#### **2.4.7 Mappatura dei Processi**

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio.

Tutte le pubbliche amministrazioni devono prendere innanzitutto in considerazione le aree di rischio generali e obbligatorie, individuate da ANAC:

1. Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
2. Incarichi e nomine,
3. Contratti Pubblici,
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (corrispondente ad autorizzazioni e concessioni),
5. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati),
6. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio,
7. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni,
8. Affari legali e contenzioso.

L'ANAC ha quindi individuato le seguenti aree peculiari del settore sanitario, rispetto alle quali ogni Ente deve individuare le ulteriori e proprie "aree di rischio specifico":

1. Attività libero professionale,
2. Liste di attesa,
3. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
4. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni,
5. Rapporti con soggetti erogatori.

#### **2.4.8 Valutazione del rischio per ciascun processo**



La stima del livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi è stata effettuata in base a motivate valutazioni, espresse su specifici criteri o indicatori di rischio.

L'autovalutazione da parte dei Responsabili del processo è stata supportata da dati oggettivi e ha condotto alla classificazione delle attività in 3 livelli di rischio: basso, medio e alto.

#### **2.4.9 Il Trattamento del Rischio**

La terza fase di gestione del rischio, "Trattamento del rischio", consiste nell'individuare le misure di prevenzione per neutralizzare o ridurre il livello di rischio e nello specificare gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente definendo i correttivi adeguati e funzionali all'attuazione delle misure.

#### **2.4.10 Misure generali di prevenzione del rischio di corruzione**

##### **2.4.10.1 Conflitto di interesse**

La tutela anticipatoria dei fenomeni corruttivi si realizza soprattutto attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il funzionario/dirigente direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'Amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Occorre tener presente che le disposizioni sul conflitto di interessi fanno riferimento a un'accezione ampia attribuendo rilievo a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale. Pertanto alle situazioni palesi di conflitto di interessi reale e concreto, che sono quelle esplicitate all'art. 7 e all'art. 14 del D.P.R. n. 62 del 2013, si aggiungono quelle di potenziale conflitto che, seppure non tipizzate, potrebbero essere idonee a interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost.

Esso è stato affrontato dalla l. 190/2012, con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione/ente sia a soggetti esterni destinatari di incarichi nelle amministrazioni/enti, mediante norme che attengono a diversi profili quali:

- l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi;
- le ipotesi di inconfirabilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39;



- l'adozione dei codici di comportamento;
- il divieto di pantouflage;
- l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali;
- l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti.

In merito all'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi, si evidenzia che con l'art. 1, co. 41, della l. 190/2012 è stato introdotto nella legge sul procedimento amministrativo (legge 7 agosto 1990, n. 241) l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse.

Tale disposizione, contenuta all'art. 6-bis "conflitto di interessi" della l. 241/1990, ha una valenza prevalentemente deontologico-disciplinare e diviene principio generale di diritto amministrativo che non ammette deroghe ed eccezioni.

La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", emanato con il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62. In particolare, l'art. 6 rubricato "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi" prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti.

La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate.

L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

L'art. 7 del codice di comportamento contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'obbligo di astensione, in sintonia con quanto disposto per l'astensione del giudice all'art. 51 c.p.c..

Più nel dettaglio l'art. 7 dispone che «il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia



amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza».

Ciò vuol dire che, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

Il D.P.R. n. 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 rubricato "Contratti ed altri atti negoziali" che appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all'art. 7 sopra citato. In particolare, il comma 2 dell'art. 14 dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si "astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio".

Sebbene la norma sembri configurare un'ipotesi di conflitto di interessi configurabile in via automatica, si ritiene opportuno che il dipendente comunichi la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico che decide sull'astensione in conformità a quanto previsto all'art. 7 del D.P.R. 62/2013. Si rammenta, peraltro, che uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente è previsto nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'Amministrazione (art. 14, co. 3, del D.P.R. 62/2013).

L'art. 42 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recante il Codice dei contratti pubblici, disciplina il conflitto di interessi, al fine di contrastare fenomeni corruttivi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni e garantire la parità di trattamento degli operatori economici. La ratio della norma va ricercata nella volontà di disciplinare il conflitto di interessi in un ambito particolarmente esposto al rischio di interferenze, a tutela del principio di concorrenza e del prestigio della pubblica amministrazione.

L'ipotesi del conflitto di interessi è stata descritta avendo riguardo alla necessità di assicurare l'indipendenza e la imparzialità nell'intera procedura relativa al contratto pubblico, qualunque sia la modalità di selezione del contraente. La norma ribadisce inoltre l'obbligo di comunicazione all'amministrazione/stazione appaltante e di astensione per il personale che si trovi in una situazione di conflitto di interessi.

In particolare al primo comma, l'art. 42 del codice dei contratti pubblici richiede alle stazioni appaltanti la previsione di misure adeguate per contrastare frodi e corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza



e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. La funzione della norma è quella di evitare che l'amministrazione aggiudicatrice si lasci guidare, nella scelta del contraente, da considerazioni estranee all'appalto, accordando la preferenza a un concorrente unicamente in ragione di particolari interessi soggettivi.

Al secondo comma, la disposizione offre una definizione di conflitto di interessi con specifico riferimento allo svolgimento delle procedura di gara, chiarendo che la fattispecie si realizza quando il personale di una stazione appaltante o un prestatore di servizi che intervenga nella procedura con possibilità di influenzare in qualsiasi modo il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può minare la sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione del contratto. A titolo esemplificativo, la norma indica le situazioni che determinano l'obbligo di astensione previste dall'art. 7 del D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62.

Il rimedio individuato dal citato art. 7 nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi consiste nell'obbligo di comunicazione alla stazione appaltante e nell'obbligo di astensione dal partecipare alla procedura, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale. Giova ricordare, in proposito, anche l'art. 14 del D.P.R. 62/2013.

La disposizione in esame va coordinata con l'art. 80, co. 5, lett. d) del codice dei contratti pubblici secondo cui l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42, co. 2, del codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile.

Vista la rilevanza degli interessi coinvolti nel settore degli appalti pubblici, area considerata fra le più esposte a rischio di fenomeni corruttivi, l'ANAC, nell'ambito dei poteri attribuiti dall'art. 213 del codice, ha ritenuto di dedicare un approfondimento sul tema nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019 recante le «Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici», ai sensi del citato art. 42 del d.lgs. 50 del 2016.

Le suddette linee guida sono state trasmesse a tutti i Dirigenti delle Unità Operative aziendali interessati all'affidamento di contratti pubblici con nota protocollo n. 0031415 del 28 agosto 2019.

#### **2.4.10.2 La dichiarazione pubblica di interessi**

La Direzione strategica aziendale, accogliendo l'invito dell'Assessorato Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio, a partire dal secondo semestre del 2018 ha promosso la compilazione on line della dichiarazione pubblica di interessi da parte dei Professionisti appartenenti all'area sanitaria e amministrativa che hanno, a vario titolo, responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi



decisionali in materia di farmaci, dispositivi, tecnologie, ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Si tratta di una misura di prevenzione della corruzione introdotta dall'ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione del 2015 - sezione speciale Sanità - e coerente con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013.

La dichiarazione è al tempo stesso uno strumento a garanzia del professionista sul piano individuale e a tutela della governance amministrativa a livello aziendale, perseguendo l'obiettivo di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione, con la creazione di una piattaforma informatica che consenta la tracciabilità delle informazioni e le possibilità di incrocio con altre banche dati.

ANAC e AGENAS avevano predisposto un supporto informatico, presente sulla home page del sito di AGENAS ([www.agenas.it](http://www.agenas.it)) per la compilazione on line, tuttavia dal 1 gennaio 2021 la compilazione delle dichiarazioni è sospesa in quanto la convenzione stipulata tra Agenas e ANAC è scaduta.

Per il momento pertanto l'applicativo per la compilazione della dichiarazione pubblica di interesse è accessibile all'indirizzo [pna-sanita@agenas.it](mailto:pna-sanita@agenas.it) per la sola consultazione delle dichiarazioni inserite nelle annualità precedenti.

Il Regolamento Donazioni liberali adottato con deliberazione n. 0001046 del 27/12/2021 prevede l'obbligo di compilazione della suddetta dichiarazione in modalità cartacea da parte dei beneficiari diretti e indiretti della donazione.

#### **2.4.10.3 Attività ed incarichi extra-istituzionale**

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, "Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato".

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni del suddetto art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.



La Legge 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

Il rilievo delle disposizioni dell'art. 53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 53, co. 12).

In considerazione di ciò, l'Azienda con Determinazione del Direttore Generale n. 89 del 22 dicembre 2015, ha approvato il "Regolamento in materia di incarichi esterni conferiti al personale in servizio nell'Azienda ospedaliera Umberto I", volto a rilevare eventuali incompatibilità, conflitti di interessi e il possibile cumulo di impieghi. La valutazione dell'eventuale conflitto di interesse viene effettuata dal Responsabile della struttura di afferenza del richiedente.

#### **2.4.10.4 Sperimentazioni cliniche**

Il PNA 2016 nella parte "Approfondimenti Sanità - Ulteriori temi" ha sottolineato che i proventi derivanti alle Aziende Sanitarie a seguito di sperimentazioni cliniche, specie nel caso di studi clinici randomizzati interventistici con farmaci che devono essere introdotti sul mercato, possono assumere una consistenza molto rilevante. Per questo motivo e per le cointeressenze che possono esserci tra le ditte farmaceutiche e gli sperimentatori, l'attività sperimentale viene considerata a rischio corruttivo. L'azione dei Comitati Etici (di seguito CE), volta ad accertare la scientificità e la eticità del protocollo di studio, non fornisce d'altronde specifiche garanzie al riguardo.

La ripartizione tra Azienda e Università dei proventi derivanti dalle sperimentazioni promosse da soggetti esterni avviene dopo avere coperto i costi per la conduzione della sperimentazione secondo procedure in via di definizione. I costi vivi, infatti, devono essere rimborsati per intero all'Azienda, come previsto dalla Determinazione del 7 luglio 2014 n. G09771 della Regione Lazio relativa al Contratto Unico Regionale e dall'art.20, comma 2, del D.lgs. 211/2003 e ss. mm. ii.

Dai proventi quindi è detratto l'overhead, dovuto sia all'Ateneo che all'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Alla luce del Regolamento (UE) 536/2014 – entrato in vigore il 31 gennaio 2014 - e nelle more dei decreti attuativi del d.lgs. 3/2018"Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni



sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute” ai sensi dell’articolo 1, commi 1 e 2, della legge 11 gennaio 2018, n. 3”, l’Unità di Ricerca Clinica e Clinical Competence dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I sta redigendo un Regolamento aziendale per la disciplina delle sperimentazioni cliniche, sia spontanee che sponsorizzate da un soggetto esterno che, tra l’altro recepisce le recenti norme:

- definizione ad opera di AIFA dei requisiti per l’autorizzazione dei centri per la conduzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali e delle procedure di monitoraggio annuale delle strutture,
- misure rivolte a facilitare la crescita degli studi clinici no-profit e osservazionali,
- l’indipendenza della sperimentazione clinica e la garanzia di assenza di conflitti di interessi,
- la revisione delle procedure di valutazione e di autorizzazione delle sperimentazioni cliniche, garantendo il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti,
- indicazioni volte a garantire la piena trasparenza dei dati relativi alle sperimentazioni cliniche.

Il Regolamento aziendale disciplinerà pertanto gli strumenti per eliminare eventuali conflitti di interesse, tenuto conto che ad oggi sia i componenti del Comitato Etico che i Principal Investigator (PI) dichiarano l’assenza di tali conflitti.

Nel dettaglio, i componenti del CE infatti rilasciano una dichiarazione, con cadenza annuale, di assenza di cointeressenze di tipo economico tra i membri del Comitato e le aziende del settore farmaceutico che richiedono la sperimentazione.

Inoltre in occasione dell’esame di ciascuno studio, viene dichiarata l’estraneità e la mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta con evidenza nei verbali delle sedute del Comitato.

Lo Sperimentatore Responsabile dello studio clinico (PI), infine, sottopone al CE una scheda di fattibilità locale della sperimentazione per il controllo dei costi e la “Dichiarazione di interessi”, così come approvata da AIFA, al fine di garantire uniformità procedurale nell’applicazione del Regolamento (UE) n. 536/2014 dal 31 gennaio 2022.

#### **2.4.10.5 Comodati d’uso – donazioni, valutazioni “in prova”**

Un’attenzione particolare deve essere rivolta ad alcune particolari modalità di ingresso delle tecnologie all’interno dell’Azienda, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento.

Nell’analisi di una di una proposta di comodato, infatti, devono essere valutati gli eventuali costi per l’Azienda Sanitaria correlati all’utilizzo della tecnologia (es. materiali di consumo), tali costi indiretti potrebbero infatti costituire un vincolo che attribuisce all’intera operazione la natura di contratto di appalto, il quale dovrebbe essere gestito secondo le ordinarie procedure di gara.

La medesima precisazione va riferita anche alle “donazioni” e/o alle “prove dimostrative”. Per queste



ultime, qualsiasi onere economico (inclusi materiali di consumo) deve essere totalmente a carico del soggetto che propone all'Azienda Sanitaria la prova dimostrativa.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, in coerenza con il PNA 2016 (Approfondimenti Sanità – Ulteriori temi), ha proceduto ad una regolamentazione del tema riguardante l'accettazione delle donazioni, sia sotto forma di apparecchiature medico scientifiche sia in denaro. Il Regolamento sulle Donazioni liberali, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 0001046 del 27/12/2021, tra l'altro ha disciplinato le modalità di accettazione delle donazioni, prevedendo nell'ambito dell'istruttoria la verifica di eventuali situazioni di conflitto di interesse e l'obbligo per i beneficiari diretti e indiretti della donazione di compilare la "Dichiarazione pubblica di interessi" predisposta da Agenas.

#### **2.4.10.6 Patti di integrità negli affidamenti**

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1, co. 17, della l. 190/2012, di regola, predispongono e utilizzano protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite.

L'AVCP nella determinazione n. 4/2012 aveva affermato la legittimità dell'inserimento di clausole contrattuali che impongono l'obbligo del rispetto dei protocolli di legalità/patti d'integrità. Nella determinazione si precisava che «mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons. Stato, sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. Stato, sez. V, 9 settembre 2011, n. 5066)».

La previsione ha trovato riconoscimento normativo nell'articolo 1, co. 17, della l. 190/2012, laddove si dispone, in particolare, che: «le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara».

La Corte di Giustizia Europea nella sentenza C-425/14 ha affermato che la previsione dell'obbligo di accettazione di un protocollo di legalità appare idonea a rafforzare la parità di trattamento e la trasparenza nell'aggiudicazione di appalti. Inoltre, poiché tale obbligo incombe su qualsiasi candidato od offerente



indistintamente, lo stesso non viola il principio di non discriminazione. La Corte ha specificato, tuttavia, che, conformemente al principio di proporzionalità, che costituisce un principio generale del diritto dell'Unione, una siffatta misura non deve eccedere quanto necessario per raggiungere l'obiettivo perseguito.

Lo strumento dei patti di integrità o protocolli di legalità potrebbe essere utilizzato per rafforzare alcune prescrizioni.

Inoltre, nelle Linee guida adottate dall'ANAC con la delibera n. 494/2019 sui conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici è stato suggerito l'inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della insussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente.

È stata evidenziata, altresì, l'opportunità di prevedere, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti.

Il Decreto legge n. 76/2020, cd. Decreto Semplificazioni, come convertito con legge n. 120/2020, ha inserito nel D. Lgs. 159/2011, cd. Codice antimafia, l'art. 83-bis, che, al comma 3, statuisce "le stazioni appaltanti prevedono negli avvisi, bandi di gara o lettere d'invito che il mancato rispetto dei protocolli di legalità costituisce causa di esclusione dalla gara o di risoluzione del contratto".

Il modello di patto di integrità è stato trasmesso a tutti i Dirigenti delle Unità Operative aziendali interessati all'affidamento di contratti pubblici con nota Protocollo n. 0037038 del 18 ottobre 2021.

Nella suddetta nota è stato specificato che il modello di patto di integrità contiene le prescrizioni minime a carico delle parti e che rimane ferma la possibilità di integrare il testo dell'accordo con la previsione di ulteriori obblighi volti ad improntare i comportamenti delle Parti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza.

E' stato inoltre ribadito che il patto di integrità deve essere utilizzato per qualsiasi procedura di affidamento di appalti di lavori, servizi e forniture, nonché di concessioni di lavori e servizi, ad eccezione degli affidamenti diretti, per i quali è facoltativo.

#### **2.4.10.7 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

L'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività



dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La norma prevede, inoltre, in caso di violazione del divieto, specifiche conseguenze sanzionatorie che svolgono effetto nei confronti sia dell'atto sia dei soggetti. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti.

La disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo, il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica innanzitutto ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, individuate all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001, oltre che ai soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo (cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015).

Per quanto riguarda le competenze dell'ANAC in materia, è pacifica l'attività consultiva, come evidenziato nel Regolamento del 7 dicembre 2018 «per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'Autorità nazionale anticorruzione ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, al di fuori dei casi di cui all'art. 211 del decreto stesso».

Quanto all'attività di vigilanza in materia di pantouflage, l'ANAC verifica l'inserimento nei PTPCT delle pubbliche amministrazioni di misure adeguate volte a prevenire tale fenomeno.

Si sottolinea che la formulazione della normativa ha dato luogo a incertezze circa l'attribuzione ad ANAC dei poteri di vigilanza nei confronti dei soggetti privati che violino il divieto di pantouflage.

La questione è stata di recente esaminata dal Consiglio di Stato, Sezione V, nella pronuncia del 29 ottobre 2019, n. 7411, che ha stabilito la competenza dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di "incompatibilità successiva" di cui all'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, espressamente richiamato all'art. 21 del d.lgs. 39/2013.

Con circolare Protocollo n. 0031234 del 16/09/2020 l'Azienda ha previsto l'adozione delle seguenti misure per garantire l'attuazione della disposizione sul pantouflage:

➤ Inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti,



la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. Ugualmente, al momento della sottoscrizione del contratto (o di atto analogo) il soggetto affidatario dovrà rendere la dichiarazione di cui sopra. Per tale ragione la stessa dovrà essere inserita mediante la previsione di un apposito articolo nello schema di contratto ovvero in caso di sottoscrizione di atto analogo potrà anche essere acquisita apposita dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

➤ Inserire nei contratti di assunzione del personale, nei contratti individuali di lavoro riferiti a dipendenti, sia a tempo determinato che indeterminato ovvero relativi a incarichi di vertice e/o dirigenziali/direttoriali, nei contratti di lavoro autonomo, la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto per conto dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

#### **2.4.10.8 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni**

Con il Decreto Legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei dirigenti/funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato. Le disposizioni del decreto tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita. La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

Il legislatore ha inoltre stabilito i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati fissando all'art. 3 del d.lgs. 39/2013 il divieto ad assumere incarichi in caso di sentenza di condanna anche non definitiva per reati contro la pubblica amministrazione. La durata della inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia del reato.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 del d.lgs. 39/2013).

Ulteriori sanzioni sono previste a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione, per i quali è stabilito il divieto per tre mesi di conferire incarichi (art. 18 del d.lgs. 39/2013).

Con riferimento ai casi di incompatibilità, è prevista la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo



contratto, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa della incompatibilità, ai sensi dell'art. 19 del d.lgs. 39/2013.

L'ANAC con propria delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, ha chiarito l'ambito di applicazione del decreto con riguardo al settore sanitario, disponendo che le ipotesi di inconferibilità o incompatibilità devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore agli artt. 5, 8, 10 e 14 del d.lgs. 39/2013.

Inoltre, con determinazione n. 833 del 3 agosto 2016, l'ANAC ha dettato le linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi.

Al fine di assicurare il rispetto delle citate disposizioni, per i predetti incarichi, occorre prevedere:

- che all'atto del conferimento dell'incarico l'interessato deve sottoscrivere una dichiarazione relativa alla insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità, relativa agli incarichi/cariche ricoperte, nonché, relativa alle eventuali condanne per reati contro la pubblica amministrazione;
- che nel corso dell'incarico l'interessato deve presentare annualmente (entro il 31 gennaio di ogni anno) una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità.

Le predette dichiarazioni sono pubblicate sul sito web dell'Azienda ai sensi dell'art. 20, comma 3, d.lgs. 39/2013.

#### **2.4.10.9 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.**

L'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, introdotto dalla l. 190/2012, stabilisce preclusioni a operare in settori esposti a elevato rischio corruttivo laddove l'affidabilità dell'interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione.

Si evidenzia che l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 presenta alcune analogie con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013, ai sensi del quale non possono essere conferiti gli incarichi ivi specificati in caso di sentenze di condanna, anche non passate in giudicato, per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale. Sussistono tuttavia differenze fra le due norme in ordine all'ambito soggettivo, agli effetti e alla durata del tempo.

Secondo la valutazione operata ex ante dal legislatore, i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per le attività e gli incarichi di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013, coincidono con l'assenza di precedenti penali, senza che sia consentito alcun margine di apprezzamento all'amministrazione (cfr. delibera n. 159 del 27 febbraio 2019; TAR Lazio, Sez. I, 11 giugno 2019, n. 7598).

Le limitazioni previste dalle citate disposizioni non si configurano come misure sanzionatorie di natura penale o amministrativa, bensì hanno natura preventiva e mirano a evitare che i principi di imparzialità e



buon andamento dell'agire amministrativo siano o possano apparire pregiudicati a causa di precedenti comportamenti penalmente rilevanti, proprio con riguardo ai reati contro la p.a.

In merito all'ambito oggettivo, l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;
- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Si evidenzia, peraltro, che il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

La durata illimitata della inconferibilità, di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, ha dato luogo a perplessità, in merito alle quali l'ANAC si è riservata di inoltrare una segnalazione a Governo e Parlamento.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

L'art. 3 del d.lgs. 39/2013 "Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione" dispone il divieto a ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La durata della inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia del reato.

La disposizione ha come destinatari, a differenza dell'art. 35-bis sopra illustrato, non solo le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, ma anche gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del decreto.

Si sottolinea che la preclusione disposta all'art. 3 del d.lgs. 39/2013 opera in presenza di sentenza, ivi



compresi i casi di patteggiamento, per reati contro la pubblica amministrazione, anche se la sentenza non è divenuta irrevocabile, quindi anche nel caso di condanna da parte del Tribunale. La causa ostativa viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità disciplinata all'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013 si appalesa nel corso dello svolgimento dell'incarico, il RPCT nell'esercizio dei poteri attribuiti ai sensi dell'art. 15 del decreto deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013 sopra riportati, le pubbliche amministrazioni sono tenute a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Con riferimento alle ipotesi di cui all'art. 3 del d.lgs. 39/2013, vige l'obbligo dell'interessato di rendere una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità, previsto all'art. 20 del d.lgs. 39/2013. La dichiarazione è da intendersi sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 445/2000.

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

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

#### **2.4.10.10** Rotazione del personale

La rotazione c.d. "ordinaria" del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. Essa è stata introdotta nel nostro ordinamento, quale misura di prevenzione della corruzione, dalla legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b).

Come programmato nel PTPCT 2018-2020, l'AOU Policlinico Umberto I ha adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 903 del 26/10/2018 il "Regolamento per la rotazione dei dirigenti e del personale del comparto che opera nelle aree a maggior rischio di corruzione, nonché dei componenti delle



commissioni”, che disciplina la rotazione secondo modalità compatibili con il regolare funzionamento delle strutture e che prende in considerazione prioritariamente le strutture più esposte al rischio di corruzione individuate nel PTPCT.

Il Regolamento aziendale ha tenuto conto inoltre delle indicazioni contenute nella parte Speciale del PNA 2016, Approfondimento Sezione “Sanità”, riguardo alla rotazione “ordinaria” degli incarichi nell’organizzazione sanitaria.

**Nel corso degli 2019, 2020 e 2021 nell’AOU Policlinico Umberto I si è proceduto, pertanto, alla rotazione del personale con qualifica di RUP e DEC negli appalti più rilevanti e nella rotazione dei Coordinatori Infermieristici dipartimentali.**

L’istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall’istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all’art. 16, co. 1, lett. l-quater<sup>28</sup>, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

La rotazione “ordinaria” del personale è una 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, servizi, procedimenti 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 e l’assunzione di decisioni non imparziali.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

Ove non sia possibile utilizzare la rotazione “ordinaria” come misura di prevenzione della corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi. A titolo esemplificativo si ricordano: la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l’isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza “interna” delle attività; l’articolazione delle competenze, c.d. “segregazione delle funzioni”.

#### **2.4.10.11 Formazione**

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

L’incremento della formazione dei dipendenti e l’innalzamento del livello qualitativo della formazione



erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono obiettivi strategici, così come specificato al paragrafo 3 del presente PTPCT.

Il RPCT propone annualmente all'Organo di Indirizzo i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi, tenendo conto che ANAC, sulla base dell'esperienza maturata nella vigilanza e nella funzione consultiva, ha spesso riscontrato un'impostazione della formazione in materia di prevenzione della corruzione basata prevalentemente sull'analisi della regolazione e delle disposizioni normative rilevanti in materia. ANAC, pur ritenendo che tale approccio non deve essere assolutamente svalutato, ritiene che debba essere arricchito sia con un ruolo più attivo dei discenti, valorizzando le loro esperienze, sia con un lavoro su casi concreti che tengano conto delle specificità di ogni amministrazione. ANAC raccomanda che gli interventi formativi siano finalizzati a fornire ai destinatari strumenti decisionali in grado di porli nella condizione di affrontare i casi critici e i problemi etici che incontrano in specifici contesti e di riconoscere e gestire i conflitti di interessi.

ANAC invita a erogare a tutti i dipendenti, a prescindere dalle tipologie contrattuali (ad esempio, a tempo determinato o indeterminato) una formazione iniziale sulle regole di condotta definite nel Codice di comportamento nazionale (D.P.R. 62/2013) e nel codice di comportamento aziendale.

E' senz'altro opportuno definire inoltre percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono.

Nel corso del 2019 nell'Azienda è stata erogata la formazione con particolare riguardo alla "Gestione del rischio di corruzione", in relazione alla mappatura dei processi, all'individuazione, valutazione e trattamento del rischio, mentre nel corso del 2020 e 2021 non sono stati realizzati gli interventi formativi programmati a causa dell'emergenza sanitaria da covid-19.

#### **2.4.10.12** Codice etico comportamentale

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla legge 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in connessione con i PTPCT. A tal fine, l'art. 1, co. 44 della legge. 190/2012, riformulando l'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001 rubricato "Codice di comportamento", ha attuato una profonda revisione della preesistente disciplina dei codici di condotta. Tale disposizione prevede che:

- con un codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici, si assicuri «la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico»;
- ciascuna pubblica amministrazione definisca, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio OIV, un proprio codice di comportamento che integri e specifichi il



codice di comportamento nazionale;

- la violazione dei doveri compresi nei codici di comportamento, ivi inclusi quelli relativi all'attuazione del PTPCT, abbia diretta rilevanza disciplinare;
- ANAC definisca criteri, linee guida e modelli uniformi di codici per singoli settori o tipologie di amministrazione;
- la vigilanza sull'applicazione dei codici sia affidata ai dirigenti e alle strutture di controllo interno.

In attuazione dell'art. 54, co. 1, del d.lgs. 165/2001, il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, recante il «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici». Gli obblighi di condotta sono estesi anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi di indirizzo, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi, ai sensi dell'art. 54, co. 5, del d.lgs. 165/2001, di propri codici di comportamento. Essi dettano una disciplina che, a partire da quella generale, diversifichi i doveri dei dipendenti, in funzione delle specificità di ciascuna amministrazione, delle aree di competenza e delle diverse professionalità.

ANAC ha il compito di definire criteri, linee guida e modelli uniformi con specifico riguardo a singoli settori o tipologie di amministrazione, ai sensi dell'art. 54, co. 5, del d.lgs. 165/2001. L'Autorità, nell'esercizio di tale potere, ha definito le prime Linee guida generali in materia con delibera n. 75 del 24 ottobre 2013.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, ha adottato con determinazione del Direttore Generale n. 05 del 25/02/2014 il "Codice etico comportamentale", unificando in un unico documento il Codice etico (documento ufficiale dell'Azienda che contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità nei confronti di tutti i "portatori di interesse", dipendenti, fornitori, utenti) e il Codice di comportamento dei dipendenti.

Successivamente ANAC ha anche adottato Linee guida di settore per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale con determina n. 358 del 29 marzo 2017 e, valorizzando l'esperienza maturata, ha adottato con la Delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 le nuove Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche.

Quale adempimento del RPCT e del Direttore della UOC Amministrazione del Personale per l'anno 2021 era prevista la presentazione della proposta del nuovo Codice di comportamento, in conformità delle Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche.

La proposta del nuovo Codice di comportamento è stata trasmessa, in data 17 dicembre 2021, ai componenti dell'OIV, che hanno rilasciato il parere preventivo obbligatorio.

Il documento dovrà pertanto essere sottoposto all'organo di indirizzo perché adotti una prima deliberazione, preliminare, da sottoporre a procedura partecipativa.



La seconda fase del procedimento, volta alla conclusiva definizione del codice, è caratterizzata dalla partecipazione aperta a tutti gli interessati. In particolare, per essere aperta, la partecipazione deve consentire a chiunque, in forma singola o associata, di esprimere proprie considerazioni e proposte di modificazione e integrazione del codice.

In sede di partecipazione potranno essere riconosciute alle organizzazioni sindacali forme di intervento più penetranti (si consideri, ad esempio, l'esame congiunto della bozza). Si evidenzia, tuttavia, che il legislatore ha operato una netta cesura con la precedente disciplina dei codici di amministrazione, sostituendo la previsione secondo cui il codice doveva essere adottato sentite le organizzazioni sindacali rappresentative con la previsione di una "procedura aperta alla partecipazione" che non assicura posizioni privilegiate alle organizzazioni sindacali.

#### **2.4.10.13 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)**

L'art. 54-bis del Decreto Legislativo n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1 della Legge n. 179/2017, prevede che il pubblico dipendente, nell'interesse dell'integrità della Pubblica Amministrazione, può segnalare condotte illecite, di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ovvero all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), o può denunciarle all'Autorità Giudiziaria Ordinaria o a quella Contabile, senza subire misure ritorsive derivanti dalla propria segnalazione.

Il sistema di protezione si compone di tre tipi di tutela:

- la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante;
- la tutela da eventuali misure ritorsive o discriminatorie eventualmente adottate dall'Azienda a causa della segnalazione effettuata;
- l'esclusione dalla responsabilità nel caso in cui il whistleblower sveli, per giusta causa, notizie coperte dall'obbligo di segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico o industriale (artt. 326, 622, 623 del c.p.) ovvero violi l'obbligo di fedeltà (art.2015 c.c.).

Nell'Azienda Policlinico Umberto I, le condotte illecite possono essere segnalate al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. A tal fine, in data 4 novembre 2019 è stata presentata alla Direzione strategica una Procedura (Whistleblowing Policy) per la trasmissione e la gestione delle segnalazioni di condotte illecite, al fine di tutelare la riservatezza del dipendente che effettua la segnalazione (c.d. whistleblower), in attuazione della norma citata e del PTPCT dell'Azienda Policlinico Umberto I.

La procedura è stata predisposta in conformità alle "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)" approvate da ANAC con determina n. 6 del 28 aprile 2015.

La procedura si applica a tutti i soggetti che, a qualsiasi titolo, prestano servizio presso l'Azienda Policlinico



Umberto I e che, in ragione del proprio rapporto di lavoro, siano venuti a conoscenza di condotte illecite. La procedura si applica altresì ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'Azienda Policlinico Umberto I.

La procedura, in via di approvazione, prevede che la segnalazione venga formalizzata compilando e sottoscrivendo un apposito Modulo, che sarà reperibile nel sito internet dell'Azienda, nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti - Anticorruzione".

Il Modulo di segnalazione:

- ✓ potrà essere consegnato brevi manu al Servizio smistamento della corrispondenza interna, che ha sede al piano terra del IV padiglione, in busta chiusa indirizzata al RPCT con la dicitura riservata personale;
- ✓ potrà essere spedito per posta, in busta chiusa indirizzata al RPCT con la dicitura riservata personale;
- ✓ potrà essere inoltrato alla casella anticorruzione.trasparenza@pec.policlinicoumberto1.it a cui ha accesso riservato il RPCT.

Il RPCT, dopo aver ricevuto e preso in carico le segnalazioni, porrà in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute", da ritenersi obbligatoria.

Una volta valutata l'ammissibilità della segnalazione il RPCT avvierà l'istruttoria interna sui fatti o sulle condotte segnalate.

Qualora, a seguito dell'attività svolta, il RPCT ravvisi elementi di manifesta infondatezza della segnalazione, ne dispone l'archiviazione con adeguata motivazione.

Qualora invece il RPCT ravvisi il fumus di fondatezza della segnalazione è opportuno si rivolga immediatamente agli organi preposti interni o enti/istituzioni esterne, ognuno secondo le proprie competenze, trasmettendo una relazione di risultanze istruttorie riferendo circa le attività svolte.

Non spetta, invece, al RPCT accertare le responsabilità individuali qualunque natura esse abbiano né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'Amministrazione oggetto di segnalazione, a pena di sconfinare nelle competenze dei soggetti a ciò preposti.

L'attività istruttoria viene svolta dal RPCT entro 30 giorni dalla ricezione della segnalazione.

#### **2.4.10.14** Trasparenza

##### **Nozioni di trasparenza**

Il d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, ha operato una significativa estensione dei confini della trasparenza intesa oggi come «accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche».

Il legislatore ha attribuito un ruolo di primo piano alla trasparenza affermando, tra l'altro, che essa concorre



ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è anche da considerare come condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrando il diritto ad una buona amministrazione e concorrendo alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa, inoltre, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, co. 2, lett. m), della Costituzione (art. 1, co. 3, d.lgs. 33/2013).

La stessa Corte Costituzionale, sentenza n. 20/2019, ha considerato che con la legge 190/2012 «la trasparenza amministrativa viene elevata anche al rango di principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione» e che le modifiche al d.lgs. 33/2013, introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, hanno esteso ulteriormente gli scopi perseguiti attraverso il principio di trasparenza, aggiungendo la finalità di «tutelare i diritti dei cittadini» e «promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa».

La Corte ha riconosciuto, inoltre, che i principi di pubblicità e trasparenza trovano riferimento nella Costituzione italiana in quanto corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) e del buon funzionamento dell'amministrazione (art. 97 Cost.).

Con delibera n. 1310/2016, l'ANAC ha adottato «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016».

Nella suddetta delibera, ANAC ha elaborato una ricognizione degli obblighi di trasparenza da pubblicare nella sezione «Amministrazione trasparente».

Con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei Dirigenti delle Aziende Sanitarie di cui all'art. 14 del D. Lgs. 33/2013, si segnalano le delibere ANAC n. 586 del 26 giugno 2019 e n. 1126 del 4 dicembre 2019.

#### **2.4.10.15 Trasparenza e tutela dei dati personali**

La Corte Costituzionale, sentenza n. 20/2019, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono «contemporaneamente tutelati sia



dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato».

Il bilanciamento tra i due diritti è, quindi, necessario, come lo stesso Considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679 indica, prevedendo che «Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità». In particolare, nella richiamata sentenza, la Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che «richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi».

Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato, essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto dei principi di liceità, pertinenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

#### **2.4.10.16 Flussi informativi necessari a garantire l'elaborazione e la pubblicazione dei dati**

Con la legge 190/2012 la trasparenza amministrativa ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione (art. 1, co. 36).

Una delle principali novità introdotte dal d.lgs. n. 97/2016 è stata la piena integrazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Pertanto, l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non è più oggetto di un atto separato ma diventa parte integrante



del Piano come “apposita sezione”.

Come l’Autorità ha indicato nella delibera n. 1310/2016, il PTPCT deve contenere una sezione dedicata alla trasparenza, impostata come atto fondamentale, con il quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l’individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni (art. 43, co. 3, d.lgs. 33/2013), caratteristica essenziale della sezione è l’indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione.

L’Azienda Policlinico Umberto I ha scelto la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell’organizzazione.

Ogni Responsabile, individuato nell’Allegato 2 al Piano, provvede a pubblicare, per il tramite di risorsa appartenente alla propria struttura, i documenti ed i dati e le informazioni previsti nel Piano, garantendo il tempestivo e regolare flusso delle informazioni ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla normativa, verificando che il dato trasmesso sia realmente pubblicato e posizionato nella sezione corretta dell’Amministrazione Trasparente.

Compete infine al RPCT l’attività di monitoraggio degli adempimenti di pubblicazione, attraverso il supporto della struttura responsabile della pubblicazione dei dati, con cadenza periodica.

#### **2.4.10.17** Il responsabile per la trasparenza

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, considerata l’importanza della trasparenza quale misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, ha ritenuto già nel 2016 di concentrare in un unico soggetto le figure del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza e l’Integrità. Con la modifica della legge 190/2012 (art. 1, comma 7), ad opera del D.Lgs. 97/2016, è stata confermata questa linea unificando in un unico soggetto le responsabilità in tema di trasparenza ed prevenzione della corruzione.

I riferimenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sono pubblicati sul sito web dell’Azienda alla sezione “Amministrazione Trasparente”.

#### **2.4.10.18** Monitoraggio adempimenti in tema di trasparenza

L’attività di monitoraggio degli adempimenti di pubblicazione è svolta dal RPCT, con cadenza periodica. Su tale attività il RPCT riferisce periodicamente all’OIV.

Nel corso del 2023 saranno coinvolti i Responsabili delle pubblicazioni obbligatorie nel progetto di rivisitazione e implementazione del sito web aziendale, con incontri dedicati alle modalità di assolvimento



degli obblighi di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013, di cui all'Allegato 2 "Tabella dati soggetti a obblighi di comunicazione" del Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

#### 2.4.10.19 Accesso civico

La principale novità del d.lgs. n. 97 del 2016 in materia di trasparenza ha riguardato il nuovo diritto di accesso civico generalizzato a dati e documenti non oggetto di pubblicazione obbligatoria delineato nel novellato art. 5, co. 2, del d.lgs. 33/2013.

In virtù della disposizione richiamata, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge, che contestualmente vengono in evidenza.

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Sull'istituto dell'accesso civico generalizzato l'Autorità, chiamata dallo stesso d.lgs. 33/2013 a definire le esclusioni e i limiti, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza unificata, ha adottate specifiche Linee guida con delibera n. 1309/2016.

L'accesso generalizzato non ha sostituito l'accesso civico "semplice" previsto dall'art. 5, co. 1 del d.lgs. 33/2013 e disciplinato nel citato decreto già prima delle modifiche ad opera del d.lgs. 97/2016.

L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. Questa tipologia di accesso riguarda, quindi, i soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio nei casi di mancata osservanza degli stessi. Si tratta di un istituto attraverso il quale si può realizzare il "controllo" sociale previsto dall'art. 1 del d.lgs. 33/2013.

La *ratio* dell'introduzione dell'accesso civico generalizzato risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, comma 2 del decreto trasparenza).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I a partire dal 2018 ha messo a disposizione la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico semplice, via mail, al seguente indirizzo: [anticorruzione.trasparenza@pec.policlinicoumberto1.it](mailto:anticorruzione.trasparenza@pec.policlinicoumberto1.it).

Compete, inoltre, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- la facoltà di chiedere agli uffici dell'Azienda informazioni circa l'esito delle istanze di accesso civico (art. 5, comma 6, d.lgs. 33/2013);



- il riesame dell'istanza di accesso generalizzato, su richiesta del richiedente, nei casi di diniego totale o parziale o in caso di mancata risposta (art. 5, comma 7, d.lgs. 33/2013).

L'ANAC, con la suddetta determinazione n. 1309 del 28-12-2016 recante "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013", ha previsto che ciascuna Amministrazione adotti una disciplina interna sugli aspetti procedurali per esercitare l'accesso civico e che sia istituito presso ogni amministrazione un registro delle richieste di accesso.

Il Regolamento in questione costituisce misura di attuazione del Piano e verrà sottoposto alla Direzione Strategica aziendale nel corso del 2022-2023. Esso disciplinerà le modalità d'esercizio del diritto d'accesso nelle sue varie forme, fungendo da strumento operativo per agevolare l'attività amministrativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I nella gestione delle relative istanze.

In attuazione del PTPCT 2019-2021 è stato istituito nel corso dell'anno 2019 il registro degli accessi, aggiornato con cadenza periodica e pubblicato sul sito web aziendale nell'apposita sotto-sezione di "Amministrazione Trasparente".

#### **2.4.11 Obblighi di informazione e monitoraggio ptpc**

##### **Obblighi di informazione**

La legge 190/2012 all'art. 1, comma 9, lettera c), impone uno specifico obbligo di informazione, per il personale addetto alle attività a rischio corruzione di cui l'allegato 1 del Piano, nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del presente Piano.

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

l-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;

l-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

l-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

In attuazione di quanto sopra previsto, i Responsabili dei settori a rischio individuati nella "Mappatura dei rischi di corruzione", hanno l'obbligo di relazionare ed informare il RPCT in merito allo stato di avanzamento delle singole azioni e misure previste dal PTPCT.

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



disciplinariamente.

#### **2.4.11.1 Monitoraggio**

La responsabilità del monitoraggio del PTPCT è attribuita al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), che ogni anno predispone una relazione sull'attuazione del Piano e degli esiti rilevati.

Si prevede un monitoraggio intermedio generale di tutte le misure pianificate nel Piano, che sarà effettuato dal RPCT con la collaborazione dei Responsabili dei settori a rischio, attraverso appositi incontri, acquisendo eventualmente dagli stessi specifiche note sull'attuazione delle misure nelle aree di rispettiva competenza e sulle eventuali criticità riscontrate.

#### **2.4.12 Responsabilità**

##### **2.4.12.1 Responsabilità del personale**

- Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate con il presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e non dirigenti (art. 8 del DPR 62/2013 "Codice di comportamento"), nonché dal personale con rapporto di collaborazione o consulenza.
- La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare per i dipendenti, mentre, per tutte le altre figure professionali operanti in Azienda può costituire giusta causa di risoluzione contrattuale (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012).
- La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni e dei dati, da parte dei responsabili individuati nell'allegato 2 del presente Piano, va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001.
- Il Responsabile della prevenzione della corruzione, in relazione alla loro gravità, segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e dal predetto Piano, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il RPCT segnala altresì gli inadempimenti al Direttore Generale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (d.lgs 33/2013, art. 43).

##### **2.4.12.2 Responsabilità dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)**

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento e l'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I con Deliberazione n. 110 del 31/01/2018, ha nominato il Dott. Angelo Furfaro, Direttore della UOC Beni e Servizi, quale soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA).



## 2.5 PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE

Negli anni '90, con la legge 10 aprile 1991, n. 125, nasce il Piano di Azioni Positive, quale evoluzione della disciplina sulle pari opportunità, al fine di assicurare la rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne.

Il d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 prevede all'art. 48 che ciascuna Pubblica Amministrazione predisponga un Piano di azioni positive dove la nozione giuridica di "azioni positive" consiste nelle misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro.

È notorio, infatti, che un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, salute e sicurezza è un ambiente nel quale si ottiene un maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività, che di appartenenza.

Su quest'ultimo punto l'art. 28, comma 1 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (c.d. Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), ha reso esplicito l'obbligo di valutare in un'ottica di genere e di verificare ed aggredire il rischio da stress lavoro-correlato quando esso emerga. La norma prevede, infatti, che "La valutazione di cui all'art. 17, comma 1, lettera a), [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, [...] tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, [...] quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, [...] nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro".

Il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità è previsto anche dal d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

L'art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 è intervenuto in tema di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle P.A. apportando modifiche rilevanti agli artt. 1, 7 e 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Più in particolare, il novellato art. 7 introduce l'ampliamento delle garanzie, oltre che per le discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione che possa discendere da tutti quei fattori di rischio più volte enunciati dalla legislazione comunitaria, esplicitando che "le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta relativa all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, estendendo il campo di applicazione nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica



al proprio interno.”

Per la prima volta la questione della parità e delle pari opportunità entra a pieno titolo in una normativa di carattere generale tra i fattori che condizionano il funzionamento organizzativo.

La norma allarga l’ambito di tutela, individuando ulteriori fattispecie di discriminazioni, rispetto a quelle di genere, a volte meno visibili, quali, ad esempio, gli ambiti dell’età e dell’orientamento sessuale, oppure quello della sicurezza sul lavoro.

La stessa legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto, ex novo, un obbligo avente natura giuridica riguardante il generare, nelle organizzazioni pubbliche, benessere organizzativo.

Prevedendo lo stesso art. 7 comma 1 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, così come modificato dall’art. 21 della legge ora citata che “Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo”

Inoltre, le integrazioni all’art. 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, operate dall’art. 21 sopracitato, hanno previsto l’istituzione di un Comitato unico di garanzia (CUG) che sostituisce, assorbendone le competenze, il Comitato pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing operanti in ogni amministrazione.

L’Amministrazione, in collaborazione con il CUG, adotta il Piano di Azioni Positive. Il CUG ne monitora l’attuazione nel quadro generale dei compiti propositivi, consultivi e di verifica che contraddistinguono il suo ruolo.

Da ultimo, ai sensi dell’art. 1 DPR 24 giugno 2022, n. 81 Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022) sono "assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni: .... f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive)".

Il Comitato Unico di Garanzia dell’Azienda Policlinico Umberto I è stato ricostituito con delibera del Direttore Generale n. 1009 del 02.12.2021 e, a seguito della designazione del Presidente con delibera n. 192 del 07.04.2022, si è insediato il 13 giugno 2022, con un mandato di 4 anni da detta data, al fine di dare attuazione a tutte le disposizioni in materia.

Il Comitato Unico di Garanzia Aziendale è un Organismo Istituzionale Indipendente a composizione paritetica e composto da:

- componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative, ai sensi degli art.40 e 43 del decreto legislativo 165/2001;
- pari numero di rappresentanti dell’Amministrazione.

E’ stata anche istituita una “Rete di supporto attivo” per coinvolgere tutti i dipendenti che si sono resi disponibili a collaborare all’individuazione di proposte innovative e soluzioni concrete per raggiungere gli



scopi del Comitato, che aderiscono ai Gruppi di lavoro.

Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento di funzionamento del Comitato (delibera n. 669 del 22.10.2022) il CUG esercita i compiti ad esso spettanti ai sensi dell'articolo 57, comma 3, del d.lgs.165/2001 e dell'articolo 21 della L. 183/2010, nonché delle Direttive emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, tra i quali:

- *Predisporre il Piano triennale delle Azioni Positive per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo nonché prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo all'interno dell'Azienda.*

Il CUG ha trasmesso alla Direzione Generale in data 1 febbraio 2023 il Piano di Azioni Positive 2023 -2025, aderente alla vigente normativa di riferimento, e che vuole rappresentare un punto di partenza, non esaustivo, per l'analisi, lo sviluppo e la realizzazione di iniziative volte a migliorare la produttività e il benessere dei lavoratori, alimentando un clima organizzativo ispirato da sentimenti contrari alla violenza e alla discriminazione sotto ogni forma, e da principi di parità di genere.

Il metodo condiviso è stato quello scientifico: partire dall'analisi dei dati statistici per evidenziare punti di forza e di debolezza del contesto lavorativo, le criticità da affrontare e la stesura di proposte per il miglioramento continuo del benessere organizzativo.

Sono stati individuate 5 macroaree:

1. No alla Violenza e ad ogni forma di discriminazione
2. Benessere Organizzativo
3. Conciliazione Vita Privata- Lavoro
4. Pari Opportunità
5. Formazione

Per ognuna delle quali sono state individuate delle linee progettuali che si sono sviluppate in 22 schede Progetto contenenti i Presupposti, l'Obiettivo e descrizione delle Azioni Positive proposte, i soggetti attuatori.

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

### **3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

Con il DCA 259 del 4.7.2019 è stato approvato l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 542 del 01.07.2019,



indispensabile strumento di autogoverno e di funzionamento aziendale.

L'Atto Aziendale ha definito i principi generali di organizzazione ed ha delineato la configurazione degli assetti organizzativi e delle articolazioni di governo dell'azienda, individuando un modello idoneo ad assicurare la funzionalità e la coerenza fra le attività di assistenza e quelle di didattica e di ricerca (d.lgs 165/2001 e d.lgs 517/1999); ha disciplinato, inoltre, i livelli di competenza e responsabilità, distinguendo le funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e di supporto dell'Azienda, definendo la cornice di riferimento di una serie di regolamenti interni che stabiliscono sul piano organizzativo e gestionale le regole di funzionamento e il sistema delle responsabilità.

L'assetto individuato dal DCA 259/19 è stato successivamente modificato, per quanto concerne i soli Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), dal DCA 515 del 27/12/2019 che approva le modifiche all'Organigramma proposte con Deliberazione del Direttore Generale n. 1009/19, conseguenti alla cessazione dal servizio di alcuni titolari di Unità Operativa Complessa (UOC) e di Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI). Tra le modifiche apportate è da segnalare l'accorpamento in un unico DAI dei due dipartimenti di chirurgia presenti nel precedente Atto.

Con Deliberazione n. 1112 del 26/11/2020 è stato, infine, dato seguito a quanto stabilito dall'Atto Aziendale circa le variazioni all'Organigramma dei DAI già previste a seguito della cessazione dal servizio di alcuni titolari di unità operativa complessa o semplice dipartimentale, con ulteriore riduzione del numero di strutture attive.

L'attuale organizzazione delle strutture operative cliniche si articola, pertanto, in 10 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) cui fanno riferimento 69 Unità Operative Complesse (UOC), 51 Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD) e 55 Unità Operative Semplici.

	UOC	UOSD	UOS
CARDIO-TORACO-VASCOLARE E CHIRURGIA DEI TRAPIANTI D'ORGANO	5	6	5
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA E ORTOPEDIA	7	7	4
EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E DERMATOLOGIA	5	1	8
EMERGENZA-ACCETTAZIONE, AREE CRITICHE E TRAUMA	5	10	3
MATERNO INFANTILE E SCIENZE UROGINECOLOGICHE	10	3	10
MEDICINA DIAGNOSTICA E RADIOLOGIA	11	3	13
MEDICINA INTERNA, SCIENZE ENDOCRINO-METABOLICHE E MALATTIE INFETTIVE	5	4	4
MEDICINA INTERNA E SPECIALITÀ MEDICHE	8	5	2
NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE	5	5	1
TESTA COLLO	8	7	5
<b>TOTALE DIREZIONE AZIENDALE</b>	<b>69</b>	<b>51</b>	<b>55</b>

Alle strutture cliniche si aggiungono le articolazioni organizzative della Direzione Strategica che

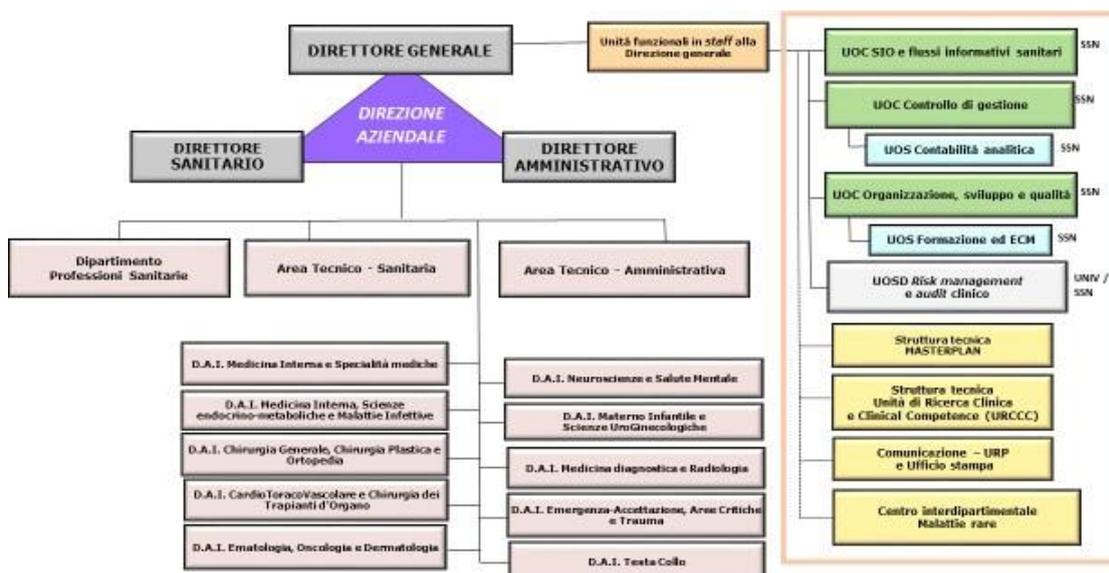


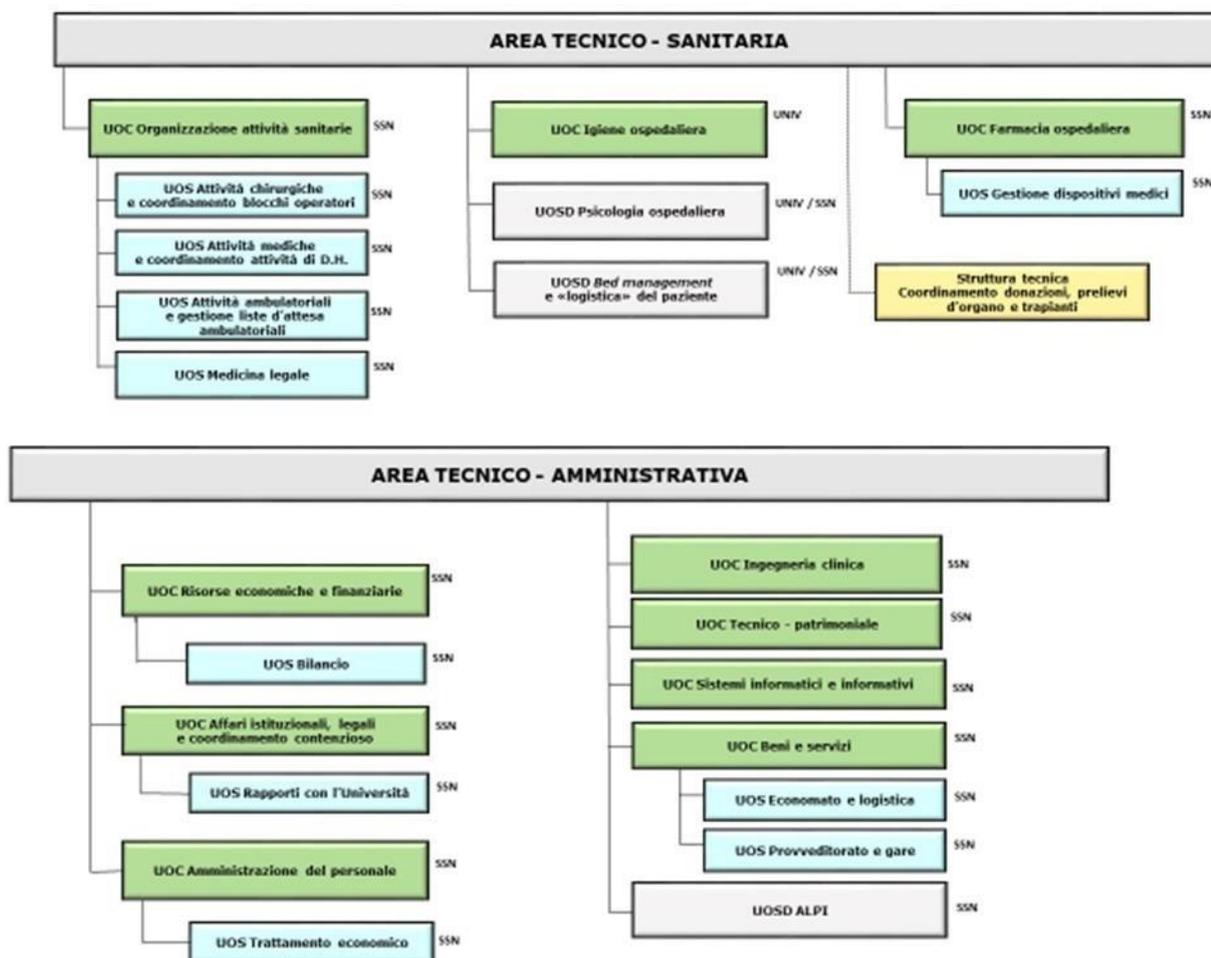
comprendono 15 Unità Operative Complesse (UOC), 5 Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD) e 12 Unità Operative Semplici, come rappresentato nella tabella seguente.

	UOC	UOSD	UOS
Direzione Generale	3	1	2
Direzione Sanitaria	3	2	5
Dipartimento Professioni Sanitarie	2	1	
Direzione Amministrativa	7	1	5
<b>TOTALE DIREZIONE AZIENDALE</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>12</b>

L'Organigramma completo, prevede un totale di 84 Unità Operative Complesse, 56 Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale e 67 Unità Operative Semplici.

L'organigramma della direzione aziendale e dei DAI è graficamente riportato nelle tabelle seguenti:





### 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

In Italia il lavoro agile è stato introdotto dall'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 che comporta una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto.

Durante l'emergenza pandemica il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell'articolo 87, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con la legge 24 aprile 2020, n. 27 e l'A.O.U. Policlinico Umberto I, per garantire la continuità delle attività istituzionali ha introdotto lo smart working (lavoro agile) in quanto l'organizzazione del lavoro è più flessibile e più sostenibile.

In applicazione di quanto previsto dal D.P.C.M. 08.03.2020 art. 2 comma 1 punto r), l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I ha autorizzato l'accesso alla modalità di lavoro agile ai dipendenti del ruolo tecnico - amministrativo, tutelando, in via prioritaria, coloro che rappresentavano le seguenti condizioni:

- carico di cura dei figli minori a seguito dell'eventuale contrazione di servizi dell'asilo nido, della scuola



dell'infanzia e primaria per assistenza a disabili o a persone in condizioni di particolare fragilità;

- portatori di patologie per cui maggiormente esposti al contagio;
- utilizzo di mezzi di trasporto pubblico per raggiungere la sede di lavoro

In generale, è stato ammesso a svolgere la propria attività in modalità agile tutto il personale non addetto all'assistenza dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I con rapporto a tempo indeterminato o determinato, anche con contratto part-time o con impegno orario ridotto, nonché il personale comandato in ingresso, le cui mansioni fossero compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività dell'Unità Operativa di afferenza. Ha svolto la propria attività in modalità agile anche il personale universitario assegnato funzionalmente al Policlinico, in coerenza con quanto previsto anche da Sapienza.

In considerazione della particolare situazione, sono stati autorizzati allo svolgimento della propria prestazione lavorativa in smart working in via prioritaria, tutti i dipendenti con patologie tali da renderli maggiormente esposti al contagio, i lavoratori con figli in condizioni di disabilità ex art. 3 comma 3 della L. 104/92, i lavoratori impegnati nella cura dei figli fino ad otto anni di età, in conseguenza della contrazione dei servizi educativi, dipendenti che utilizzino il trasporto pubblico per il raggiungimento della sede lavorativa, dipendenti in stato di gravidanza, dipendenti in stato di disabilità, dipendenti residenti in zone ad alto contagio, dipendenti con familiari in quarantena, dipendenti con familiari conviventi in condizione di disabilità ex art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Per le attività da remoto sono utilizzate strumentazioni tecnologiche, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui il lavoratore deve accedere.

L'amministrazione ha assicurato il costante monitoraggio del rispetto dei livelli di sicurezza e al dipendente in possesso di un cellulare, è stato consentito di ricevere le chiamate pervenute all'interno telefonico del proprio ufficio.

In particolare, l'accesso alle risorse digitali ed alle applicazioni dell'amministrazione raggiungibili tramite la rete internet è stato possibile attraverso l'attivazione di una VPN (Virtual Private Network, una rete privata virtuale che garantisce privacy, anonimato e sicurezza) anche per l'accesso alla posta elettronica aziendale, in grado di assicurare un livello di sicurezza adeguato e tramite sistemi di accesso alla rete predisposti sulla postazione di lavoro in dotazione in grado di assicurare la protezione da qualsiasi minaccia proveniente dalla rete. Inoltre, l'Amministrazione ha anche previsto un sistema di protocollo raggiungibile da remoto per consentire la gestione in ingresso e in uscita di documenti ed anche per la ricerca della documentazione.

Successivamente, al fine di supportare i propri smart workers, l'Azienda ha adottato quindi la piattaforma AWINGU che prevede, tra l'altro, l'accesso all'infrastruttura tramite Multi Factor Authentication (MFA).



Il dipendente autorizzato ha avuto quindi a disposizione le applicazioni aziendali per le quali è abilitato e, in aggiunta:

- a. un set di applicazioni standard che potranno essere implementate laddove l'Azienda lo decida per finalità specifiche;
- b. un'area di File Sharing per importare ed esportare i propri files in modalità sicura.

*A seguito della pubblicazione del Decreto Legge n. 56 del 30.04.2021, l'Azienda Policlinico ha disposto il permanere del regime semplificato in tema di smart working, fino alla definizione della disciplina del lavoro agile da parte dei contratti collettivi e comunque non oltre il 31.12.2021.*

All'esito della pubblicazione del Decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24 recante "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza", dal 1 aprile 2022, l'Azienda Policlinico Umberto I, nelle more della definizione della disciplina del lavoro agile da parte della contrattazione collettiva nazionale e fino alla definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile all'interno del P.I.A.O., ha emanato disposizioni interne volte a precisare le condizioni prioritarie di accesso al lavoro agile, in coerenza con le previsioni normative nel tempo vigenti.

Il Regolamento in materia di lavoro agile è stato poi adottato con atto deliberativo n. 17 del 9.1.2023 in attuazione della normativa nazionale vigente, in raccordo con quanto previsto dall'art. 14, L. 7 agosto 2015 n. 124 e in osservanza della Legge 22 maggio 2017, n. 81 e s.m.i.; lo stesso, si applica a tutto il personale dipendente dell'Azienda, a tempo indeterminato o determinato, anche con contratto part-time o con impegno orario ridotto, nonché al personale comandato in ingresso, le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività della Struttura di afferenza.

Sono, invece, esclusi dall'ambito di applicazione del Regolamento e, pertanto, non sono ammessi allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile i dipendenti che: svolgono attività di cura e di assistenza diretta che, per loro natura, devono necessariamente essere espletate nelle sedi aziendali, nei presidi ospedalieri e nelle sedi territoriali; svolgono attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico; svolgono attività per le quali è necessaria la presenza nella sede di lavoro aziendale (per esempio, magazzino, laboratori, ecc.); svolgono attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto.

Alla luce di quanto sopra, il Regolamento non si rende applicabile al personale sanitario, fatto salvo per le sole attività espletabili da remoto e nei periodi in cui l'attività non prevede l'erogazione diretta dell'assistenza.

Nella prima fase di sperimentazione, l'autorizzazione alla prestazione lavorativa in modalità agile è concessa dall'Azienda per un periodo fino al 31.12.2023, eventualmente rinnovabile, garantendo da parte



del/della dipendente la continuità della prestazione lavorativa fino alla nuova assegnazione degli obiettivi annuali dell'esercizio successivo.

L'introduzione del lavoro agile è finalizzata a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa, garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Nel Regolamento vengono indicati i criteri e le modalità attraverso i quali viene o meno concessa al dipendente l'autorizzazione a svolgere l'attività lavorativa in modalità agile.

La U.O.C. Amministrazione del Personale sulla base della documentazione acquisita provvede agli adempimenti conseguenti e necessari per regolarizzare la richiesta di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

La prestazione deve svolgersi ricorrendo agli applicativi dell'Ente esclusivamente tramite piattaforma di accesso da remoto a doppio fattore di autenticazione, mediante una postazione di proprietà del dipendente. Al fine di supportare i propri smart workers, l'Azienda ha adottato quindi la piattaforma AWINGU che prevede, tra l'altro, l'accesso all'infrastruttura tramite Multi Factor Authentication (MFA).

Il dipendente autorizzato ha avuto quindi a disposizione le applicazioni aziendali per le quali è abilitato e, in aggiunta:

- a. un set di applicazioni standard che potranno essere implementate laddove l'Azienda lo decida per finalità specifiche;
- b. un'area di File Sharing per importare ed esportare i propri files in modalità sicura.

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

Il PTFP si configura come un atto di programmazione ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo n. 165 del 2001 ed in base all'articolo 6, comma 4, del d.lgs. 165/2001 esso viene adottato annualmente nel rispetto delle previsioni di cui ai commi 2 e 3 ed è approvato secondo le modalità previste dalla disciplina dei propri ordinamenti.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale individua nel medio termine, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi, le risorse umane necessarie all'espletamento delle attività, superando il tradizionale concetto di dotazione organica statica che diventa invece dinamica e quindi tale da ridefinirsi quantomeno con un orizzonte triennale. Resta sullo sfondo la possibilità di mantenere la cosiddetta dotazione organica "a tendere" che esprime la consistenza delle figure professionali auspicabili per la migliore efficienza delle strutture.

#### **Premessa di contesto - *Personale Universitario e personale SSR – caratteristiche e criticità***

Nella scrivente Azienda Ospedaliero-Universitaria, costituita ai sensi del Digs. 517/1999, la componente di personale universitario era, all'atto dell'istituzione, ovviamente preponderante rispetto al personale del SSR. Alla cessazione del personale universitario assegnato funzionalmente all'Azienda, non reintegrato



dall'Ateneo, l'Azienda ha dovuto procedere nel corso del tempo all'assunzione di un consistente numero di operatori (medici, sanitari laureati e non, tecnici), con conseguente aumento del costo del personale a parità di unità impiegate. Infatti, mentre per il personale universitario l'Azienda sostiene solo il costo della c.d. De Maria, relativo all'equiparazione del personale universitario al personale del SSR, e Sapienza sostiene il costo della parte stipendiale fissa (trattamento fondamentale), il costo del personale del SSR è interamente a carico dell'Azienda.

Nell'anno 2005 su un totale di 5924 unità, la componente universitaria risultava incidere per il 61% (3609 dipendenti universitari e 2315 del SSR), nell'anno 2018 su un numero complessivo di 4395 unità l'incidenza è scesa al 48% (2192 dipendenti universitari e 2203 del SSR) mentre per l'anno 2021 su un numero complessivo di 4.731 unità l'incidenza è pari al 41% (1.940 dipendenti universitari e 2.791 del SSR). Tale rapporto, con la cessazione per quiescenza dei dipendenti universitari, è in costante diminuzione, cosicché, salvo l'eccezione dell'attribuzione delle funzioni assistenziali al personale docente e ricercatore, l'avvicendamento delle altre figure avviene ed avverrà solo con assunzioni di profili del SSR con evidente impatto sulla dimensione del costo del personale.

Per quanto riguarda il personale universitario medico e sanitario non medico, inoltre, trattasi per la maggior parte di personale docente, per il quale le ore dedicate all'assistenza sono pari a 28 ore settimanali rispetto alle 38 ore del personale SSR. Ciò comporta, nel calcolo del Full Time Equivalent (FTE) che per ogni figura della dirigenza medica e sanitaria non medica del SSR corrisponda solo lo 0.74% del personale universitario.

Relativamente al conferimento degli incarichi è necessario evidenziare, una volta individuato il contingente del personale medico, che laddove si riscontrino vacanze si procede in via prioritaria - secondo quanto previsto dall'art. 27 comma 3 del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e l'Università Sapienza di Roma di cui al DCA 208/2016 - alla strutturazione del personale universitario disponibile e idoneo. Inoltre sull'argomento si rammenta che, con nota prot. 47435 del 29/12/2022, questa Azienda ha chiesto specifica autorizzazione per incrementare di € 2.000.000 il costo del personale anno 2023 al fine di permettere la graduale e non più procrastinabile applicazione delle disposizioni di cui all'art. 6 D.Lgs. 517/99.

Al netto delle criticità organizzative legate all'avanzata età media del personale che influisce sulle prestazioni in termini di limitazioni/prescrizioni, vanno inoltre rilevate alcune criticità di sistema che comportano bilanciamenti organizzativi e gestionali non privi di difficoltà; in particolare l'Azienda presenta nel suo contingente di profili professionali anche un consistente numero di unità, gradualmente in via di esaurimento ma ancora di dimensioni significative, in possesso di inquadramenti definiti alla fine degli anni 90 e nei primi anni successivi (equiparati alla dirigenza, ex prefettati etc) che non trovano sempre una precisa corrispondenza con i profili del S.S.N. e che in ogni caso comportano una spesa maggiore rispetto a



quella tipica della categoria e/o profilo di riferimento. Per quanto riguarda gli equiparati alla dirigenza la scrivente Direzione ha formulato una specifica richiesta di parere all'Avvocatura Generale dello Stato in ordine al corretto inquadramento degli stessi; detta Avvocatura ha riscontrato ma lasciando ancora aperti taluni dubbi applicativi.

Tali criticità si riverberano in modo particolare sulla dotazione di personale in ambito amministrativo e delle professioni tecnico-sanitarie, dove gli inquadramenti a suo tempo disposti non corrispondendo a funzioni oggettivamente esigibili da parte dei beneficiari degli stessi, hanno creato una evidente discrasia tra figure di categoria C e di categoria D, sovvertendo il normale rapporto in cui le prime dovrebbero essere in numero superiore rispetto alle seconde.

Va inoltre considerato che la fisiologica complessità organizzativa di una A.O.U. quale il Policlinico Umberto I confrontata con altre aziende di analoghe dimensioni e caratteristiche, risulta accentuata dall'ancora ridotto sviluppo delle tecnologie informatiche a supporto dei processi amministrativi, dell'elevata età media del personale di tale profilo, dalla dispersione logistica delle attività in oltre 50 edifici distinti, dalla storica stratificazione del personale amministrativo universitario sopra menzionato all'interno dei Dipartimenti assistenziali ove risulta di fatto utilizzato anche in una logica di integrazione con le funzioni dei D.U.

Nel P.T.F.P. 2021-2023 si era tenuto conto di queste criticità al fine di attivare un percorso di graduale superamento di tale scenario, utilizzando il risparmio di spesa per il personale tecnico amministrativo al fine di potenziare esclusivamente i servizi centrali della tecnostruttura amministrativa aziendale, su cui grava almeno il 70% delle funzioni afferenti al core business aziendale. Anche nel presente Piano si prosegue su questa linea anche se con numeri ridotti, compatibilmente con le risorse disponibili.

Il P.T.F.P. 2022-2024 deve tuttora tenere conto della variabile COVID-19 che ha caratterizzato la quasi totalità delle azioni organizzative e gestionali degli anni 2020, 2021 e 2022 ma che purtroppo si prevede graverà ancora in termini di apparato organizzativo-assistenziale nell'anno 2023 vincolando risorse umane e strumentali e condizionando l'efficientamento delle stesse.

Come è possibile vedere dal quadro sotto riportato, l'incidenza del personale assunto con rapporto a termine per l'emergenza pandemica da Covid-19 sul totale del personale a tempo determinato, conferma la dinamica sopra descritta che inevitabilmente condiziona e caratterizza il piano di sviluppo del personale del P.U.I.

#### Contratti a tempo determinato

PROFILO	COVID 19 TD	NO COVID-19	TOTALE
COLL.PROF. ASSISTENTE SOCIALE	1		1



<b>COLL.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA</b>	4		<b>4</b>
<b>COLL.PROF.SAN. TEC.PREV.AMB.LUOG.LAV.</b>	1		<b>1</b>
<b>COLL.PROF.SAN. TS LABORATORIO BIOMED.</b>	4	2	<b>6</b>
<b>COLL.PROF.SAN. TS RADIOL.MEDICA</b>	4	2	<b>6</b>
<b>COLL.PROF.SANITARIO INFERMIERE</b>	29	3	<b>32</b>
<b>OPERATORE SOCIO SANITARIO</b>	120	12	<b>132</b>
<b>DIRIGENTE AMMINISTRATIVO</b>		4	<b>4</b>
<b>DIRIGENTE BIOLOGO</b>	6	6	<b>12</b>
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	6	5	11
PATOLOGIA CLINICA		1	1
<b>DIRIGENTE FARMACISTA</b>	2	4	<b>6</b>
FARMACIA OSPEDALIERA	2	4	6
<b>DIRIGENTE MEDICO</b>	<b>101</b>	<b>4</b>	<b>105</b>
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	27		27
CARDIOLOGIA	9		9
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	11		11
MALATTIE INFETTIVE	20		20
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	22		22
MEDICINA INTERNA	11		11
PEDIATRIA		4	4
<b>Totale complessivo</b>	<b>271</b>	<b>37</b>	<b>308</b>

### 3.3.1 Programmazione strategica delle risorse umane – criteri osservati

Nella redazione del piano sono stati considerati i seguenti fattori relativamente a ciascuna annualità del triennio di riferimento: il personale in servizio al 1<sup>a</sup> gennaio, la relativa spesa prevista per lo stesso nel medesimo anno, il risparmio medio per cessazioni, tarato sul trend dell'ultimo triennio, il costo delle assunzioni, rapportate alle mensilità incidenti sul relativo esercizio, definite sulla base delle priorità condivise dalla direzione strategica in relazione alle singole figure professionali necessarie per adeguare gli organici delle varie strutture.

### 3.3.2 Vincoli economici finanziari

Il Piano dei fabbisogni triennio 2022-2024 è coerente con le risorse finanziarie attribuite a questa Azienda per l'anno 2022, giusta DGR 19 luglio 2022 n. 589, per il costo del personale anno 2022 quantificato in sede di preconsuntivo in € 233.548,00, comprensivo di costi Covid pari ad €



**41.632,00.**

In coerenza con quanto disposto dalla competente direzione regionale con nota prot. 0045315 del 14.12.2022, il Piano è stato redatto in coerenza con le risorse previste nel BEP 2023 - costo del personale **pari a € 237.385.000** comprensivo degli incrementi contrattuali del personale del Comparto CCNL 2019-2021.

**Sulla scorta di dette risorse è stato purtroppo possibile prevedere nell'ambito del Fabbisogno anno 2023 esclusivamente le residuali assunzioni programmate per l'anno 2022 nel Piano triennale 2021-2023 che alla data del 01.01.2023 non risultano effettuate, mentre il fabbisogno 2023 già declinato è stato posticipato al 2024.**

In ordine al vincolo di spesa per l'anno in corso si fa presente tuttavia che questa Azienda, con nota prot. 46880 del 23/12/2022, ha rappresentato alla competente Direzione Regionale **la necessità di revisionare il BEP**, in aderenza alla metodologia utilizzata, **in € 238.411.000**. Detto incremento, se accordato, consentirebbe di rivedere la programmazione in argomento per l'anno corrente.

Si richiama inoltre la recente Determinazione n. G17819 del 15.12.2022, avente ad oggetto "Interventi atti a garantire la continuità delle prestazioni assistenziali", con la quale si è preso atto degli Accordi sottoscritti il 28.11.2022 tra l'Assessorato della Regione Lazio e le Organizzazioni sindacali, finalizzato a dare continuità alle prestazioni assistenziali nell'ambito della riorganizzazione della rete regionale di assistenza, che ha comportato la proroga sino al 31.12.2023 dei contratti di lavoro del personale assunto con rapporti a tempo determinato, anche per l'emergenza pandemica, al fine di continuare a garantire l'erogazione dei LEA e nelle more della conclusione dei percorsi di stabilizzazione.

### **3.3.3 Pianificazione assunzioni nel triennio**

Dalla sintesi delle azioni strategiche descritte in precedenza è emerso il Piano assunzionale aziendale 2023-2025 che sarà oggetto di separata adozione e pubblicazione, stante la tempistica della competente direzione regionale in ordine alla conclusione del concordamento di budget con le varie aziende sanitarie e ospedaliere, i cui termini influenzano in modo sostanziale la definizione del Piano in questione. Dovendo rispettare i termini di adozione del PIAO si rinvia quindi ad un atto separato da rendere pubblico con le dovute modalità e che lo andrà evidentemente ad integrare in un momento successivo.

### **3.3.4 Internalizzazioni**

L'azienda è impegnata da diversi anni in un processo di internalizzazione delle competenze del personale infermieristico e di supporto che ha visto la progressiva acquisizione di perimetri e setting assistenziali coerenti con l'implementazione del modello di complessità assistenziale e continuità di presa in carico. Il processo di internalizzazione rallentato dalla fase pandemica ha ripreso e, da aprile 2021, in coincidenza



con il cambio appalto, si è avviato il processo di configurazione secondo percorsi integrati e sostenuti da personale infermieristico e di supporto.

Il capitolato prevede l'attivazione di tre lotti con perimetri distinti e autonomi tra loro.

Il 2022 è stato avviato un processo di internalizzazione con conseguente "spegnimento" progressivo dei contratti corrispondenti ai lotti.

Il primo dei lotti oggetto di reinternalizzazione è stato il lotto A.

Per il 2023, in relazione alla progressiva internalizzazione degli altri due lotti si prevedono ulteriori assunzioni di personale infermieristico e sociosanitario.

### 3.3.5 Percorsi di stabilizzazione

Nel corso dell'anno 2022 sono state portate a termine tutte le procedure ex art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 con il conseguente esaurimento di tutti i rapporti di collaborazione coordinata e continuativa.

Il PUI ha nel suo organico profili professionali inseriti nel percorso di stabilizzazione ex art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234/2021.

Sulla base degli accordi sottoscritti in data 18 febbraio, 22 aprile 2022, 5 agosto 2022 e 19 settembre 2022 tra l'Assessorato della Regione Lazio alla Salute e Integrazione Sociosanitaria e le Organizzazioni sindacali del Comparto e della Dirigenza al momento sono stati banditi gli avvisi per il personale della dirigenza in possesso dei requisiti al 31.12.2021 e per il personale del comparto in possesso dei requisiti al 30.06.2022. Risultano in carico al 31.12.2022 le seguenti unità con rapporto a tempo determinato che si distinguono in personale con l'evidenza se in possesso (o che saranno in possesso) entro il 31.12.2023, dei requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234/2021:

PROFILO	NO	SI	TOTALE
<b>COLL.PROF. ASSISTENTE SOCIALE</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
<b>COLL.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA</b>		<b>4</b>	<b>4</b>
<b>COLL.PROF.SAN. TEC.PREV.AMB.LUOG.LAV.</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
<b>COLL.PROF.SAN. TS LABORATORIO BIOMED.</b>		<b>6</b>	<b>6</b>
<b>COLL.PROF.SAN. TS RADIOL.MEDICA</b>		<b>6</b>	<b>6</b>
<b>COLL.PROF.SANITARIO INFERMIERE</b>	<b>3</b>	<b>29</b>	<b>32</b>
<b>OPERATORE SOCIO SANITARIO</b>	<b>35</b>	<b>97</b>	<b>132</b>
<b>DIRIGENTE AMMINISTRATIVO</b>	<b>4</b>		<b>4</b>
<b>DIRIGENTE BIOLOGO</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	5	6	11
PATOLOGIA CLINICA		1	1



<b>DIRIGENTE FARMACISTA</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
FARMACIA OSPEDALIERA	3	3	6
<b>DIRIGENTE MEDICO</b>	<b>34</b>	<b>71</b>	<b>105</b>
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12	15	27
CARDIOLOGIA		9	9
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		11	11
MALATTIE INFETTIVE	7	13	20
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	11	11	22
MEDICINA INTERNA		11	11
PEDIATRIA	4		4
<b>Totale complessivo</b>	<b>84</b>	<b>224</b>	<b>308</b>

Va rilevato che la distribuzione delle unità stabilizzabili o meno con risultante dalla soprastante tabella potrà subire alcune secondo quanto disposto dal cd. "Milleproroghe" di cui al D.L. n. 198 del 29 dicembre 2022, convertito in Legge n. 14 del 24 febbraio 2023.

### 3.3.6 Strategie per soddisfare i fabbisogni di personale

Al netto delle procedure sopra indicate, per il resto si ritiene di dover procedere al reperimento di graduatorie utili, ovvero alla valutazione di bandire concorsi ad hoc ovvero aggregarsi a procedure che la Direzione regionale dovesse ritenere di autorizzare.

Allo stato, la situazione risulta essere la seguente.

#### AGGREGAZIONE CONCORSI

PROFILO	POSTI	AZIENDA
Infermiere	30	ASL Roma 2
Dietista	5	ASL Roma 2
OSS	50	PTV
DM Ortopedia e Traumatologia	3	ASL Roma 5
Assistenti Amministrativi	8	ASL Roma 3
DM Neuropsichiatria Infantile	1	ASL Roma 5

#### UTILIZZO GRADUATORIE

PROFILO	POSTI	AZIENDA
Tecnico laboratorio biomedico	4	ASL Roma 4
Logopedista	1	ASL Roma 3
Fisioterapista	2	ASL Roma 6
Assistente Sociale	3	ASL Rieti
Dirigente Biologo	4	ASL Roma 2



CP – Ingegnere	2	ASL Roma 1
Collaboratore Amministrativo	4	AOU Sant'Andrea
Collaboratore Amministrativo	?	ASL Roma 1

**CONCORSI**

PROFILO	POSTI	NOTE
Assistenti tecnici camera iperbarica	5	da bandire
Dirigente Fisico	1	concorso da bandire con aggregazione altre Aziende
DM Pediatra per Oncologia Pediatrica	5	Bando pubblicato
DM Pediatra per Diabetologia Pediatrica	1	da bandire
Assistente Tecnico – Informatico	10	concorso riservato ex lege 68/99 art. 1
Collaboratore Tecnico – Informatico	4	concorso riservato ex lege 68/99 art. 18, c. 1

**COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO**

PROFILO	POSTI	MODALITA'
Coadiutori Amministrativi	11	avviamento riservato ex lege 68/98
Operatore Tecnico - addetto all'informatica	8	avviamento riservato ex lege 68/99

In ordine alle procedure assunzionali ex lege 68/99 si rappresenta che è stata stipulata una Convenzione con la Direzione Provinciale del lavoro per la pianificazione delle assunzioni in parola, riguardanti le scoperture dell'anno 2021 che dovrà essere integrata per le scoperture relative all'anno 2022.

**INCARICHI di STRUTTURA COMPLESSA DELLE AREE DI GOVERNO AZIENDALE**

Riguardo le Unità Operative Complesse delle Aree di Governo aziendale, si evidenzia che l'Azienda ha in fase di pubblicazione l'avviso, rivolto al personale interno, per l'acquisizione di manifestazione d'interesse finalizzata all'affidamento dell'incarico di direttore, delle seguenti strutture:

- a. UOC Amministrazione del Personale
- b. UOC Controllo di Gestione
- c. UOC Organizzazione Sviluppo e Qualità

**3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Il sistema ECM prevede l'accreditamento di attività formative che riguardano l'aggiornamento e la formazione su competenze specifiche finalizzate ad uno sviluppo continuo di un "professionista" nell'ambito di percorsi di base accademici (laurea e/o specializzazione) che costituiscono ufficialmente il "core curriculum" di una professione/disciplina/area professionale.

I valori guida intorno ai quali si declina la Formazione Continua in Medicina nell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma sono:



- a. efficacia, quindi la ricerca e lo sviluppo di metodologie formative necessarie per determinare i comportamenti professionali attesi e la loro declinazione nei contesti di lavoro;
- b. appropriatezza, quindi l'adeguatezza dei percorsi formativi rispetto ai bisogni di competenze che esitano dalla relazione del professionista con la sua organizzazione di appartenenza;
- c. etica, ovvero la consapevolezza che la finalità di ogni intervento formativo e il miglioramento della qualità delle cure, tutelando i setting di apprendimento da qualsiasi possibile interferenza di interessi che non abbia in questa finalità il suo chiaro indirizzo;

Oggi, la necessità dettata dalla normativa di individuare gli obiettivi formativi attraverso l'analisi dei bisogni e di valutarne il raggiungimento induce le strutture sanitarie a una maggiore attenzione metodologica sul processo (tempi e funzioni dedicate) ed a un coinvolgimento più capillare e formalizzato di tutti i livelli organizzativi aziendali. La rilevazione del fabbisogno formativo acquista una rilevanza particolare ed evita il rischio di aumentare la forbice tra gli investimenti per lo sviluppo professionale e i risultati organizzativi.

#### **3.4.1 Analisi di contesto**

La formazione continua e l'aggiornamento professionale, rappresentano uno strumento necessario per favorire il cambiamento di comportamenti individuali e collettivi nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel contesto organizzativo dell'azienda e per promuovere lo sviluppo professionale a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi; pertanto, svolge un ruolo prioritario in tutti gli ambiti organizzativi in cui la qualità delle "prestazioni" dipende essenzialmente dalle risorse umane e dall'organizzazione delle relative attività, migliorando la qualità delle prestazioni rivolte ai cittadini.

#### **3.4.2 Piano formativo aziendale 2023**

E' lo strumento della Direzione Strategica, che definisce modalità, risorse e leve formative per supportare il perseguimento degli obiettivi di sviluppo aziendale e professionale.

Si è provveduto all'individuazione di criteri omogenei che hanno consentito di operare la classificazione degli eventi formativi, sviluppando le capacità dell'operatore a muoversi in una realtà complessa quale è l'organizzazione sanitaria. Gli obiettivi comuni e condivisi valorizzano tutte le risorse disponibili in questo modo la formazione diventa strumento strategico per la gestione delle risorse umane, per lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità e per lo sviluppo del sistema stesso.

Il Piano Formativo Aziendale nel 2023 ha previsto n. 134 progetti formativi, dei quali 114 eventi accreditabili in ECM . Ciò consentirà un aggiornamento puntuale delle competenze individuali e innovare le attività degli operatori in modo da rispondere alle aspettative del territorio ed anticiparne i bisogni.

**3.4.3** Aggregazione corsi per area tematica formativa

sintesi aree formative	n.ro eventi
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	6
APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	2
COMUNICAZIONE	5
DONAZIONE TRAPIANTI	3
ETICA -BIOETICA E DEONTOLOGIA	1
EVIDENCE BASE PRACTICE	1
HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	2
MANAGEMENT SANITARIO	10
PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI	62
SANITA' DIGITALE	15
SANITA' DIGITALE	1
SICUREZZA E IGIENE AMBIENTI DI LAVORO	8
SICUREZZADEL PAZIENTE E RISK MANAGEMENT	9
UMANIZZAZIONE DELLE CURE	8
SOMMINISTRAZIONE STUPEFACENTI	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>134</b>

**Eventi esterni**

Per quanto concerne gli eventi esterni, il Personale Tecnico Amministrativo potrà partecipare a n. 25 eventi formativi, erogati da società esterne specializzate in aggiornamenti di natura tecnica formando così 50 dipendenti.

**Budget di Formazione**

Spese di accreditamento	(conto 502020301)	€ 30.000,00	10%
Spese per docenti/società esterni	(Conto 502020302)	€ 100.000	40%
Spese per rimborsi viaggio, vitto e alloggio	(Conto 502020119)	€ 10.000,00	10%
Spese pagamento dei docenti/tutor dell'Azienda	(Conto 502020399)	€ 20.000,00	20%

**Attività formative in tema di sicurezza sul lavoro ex D. Lgs. 81/08**

La Formazione sulla sicurezza sul lavoro è un tema che assume una connotazione rilevante soprattutto all'interno di un policlinico universitario e le risorse che possono essere dedicate a questa attività sono numerose e diffuse nell'organizzazione aziendale e devono essere valorizzate.

Al contempo, in considerazione della necessità di garantire una risposta capillare e continuativa al fabbisogno formativo previsto dagli obblighi di legge, a partire dal 2020 è stato necessario ricorrere a



contratti con agenzie formative esterne (vedi Delibera DG n. 1125 del 26/11/2020 “Affidamento dei Servizi di progettazione corsi di formazione multimediali [...]” e Delibera DG n. 655 del 25/06/2021 “Adesione alla convenzione stipulata tra Consip S.p.A. e il RTI composto da Sintesi S.p.A. (mandataria) [...]”), in grado di garantire una copertura del fabbisogno obbligatorio in tema di sicurezza secondo quanto descritto nei rispettivi programmi di corsi a distanza e in presenza (vedi nota SPP al Direttore Generale prot. n. 0037956 del 19/10/2022, avente come oggetto “Analisi del fabbisogno formativo anno 2022 in tema di salute e sicurezza sul lavoro e proposta di Piano Formativo 2022/23”).

*Le proposte formative presentate per l'anno 2023 quindi, dall'esame della Delibera di acquisizione dei servizi formativi (Delibera n.0655 del 25/6/21), risultano essere coperte in gran parte dall'offerta di servizi da parte della ditta esterna aggiudicataria, tranne per alcune fattispecie che dovranno essere coperte con soluzioni alternative a quelle deliberate.*

Tutto ciò si realizza su un'attenta analisi del fabbisogno formativo realizzata tramite una ricognizione della formazione pregressa a seconda dei destinatari, anche in base alle informazioni pervenute dagli uffici competenti al SPP, che hanno permesso di trasmettere indicazioni e chiarimenti relativamente al Piano Formativo Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I per l'anno 2022-2023, tenuto conto anche delle novità apportate dal D.L. 146/2021.

Per attuare in maniera efficace e mirata il piano formativo nel 2023, il SPP si servirà di:

- Una piattaforma on line per l'iscrizione ai corsi per la gestione dei processi formativi.
- La disponibilità di aule dedicate esclusivamente alla formazione sulla sicurezza sul lavoro.
- Il ricorso alla figura aziendale dei “facilitatori della formazione”.
- La responsabilizzazione dei Direttori DAI nella promozione alla partecipazione ai corsi.

Va premesso che nel 2022 sono stati attivati i seguenti corsi di formazione a distanza:

- corso “Rischio Generale per lavoratori” (4h) destinatari tutti i profili lavorativi;
- corsi di formazione per Dirigenti, ai sensi dell'art. 37 del D. Lgs 81/2008 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 (corso completo 16h; corso aggiornamento 6h).

Per il 2023, oltre al mantenimento dell'offerta formativa sopra descritta, si attiveranno corsi per le seguenti aree tematiche:

- corso “Rischio Specifico rivolto a lavoratori”, differenziato per profili appartenenti al ruolo sanitario, medico e socio sanitario (durata 12 h) e a lavoratori amministrativi e tecnici (durata 4 h); in aggiunta, corso di aggiornamento per Rischio Specifico per tutti coloro che hanno già effettuato corsi completi per Rischio Specifico al 2018.
- corso rivolto ai Dirigenti delegati alla sicurezza, specifico sull'esercizio delle funzioni di delega, art. 16 D.Lgs. 81/08;
- corso per preposti, ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011;



- corso per Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011(completo 32h; aggiornamento 8h);
- corso "Formazione Chemioterapici Antiblastici" (Rischio Specifico 12 h, in corso a marzo 2023);
- Corso rivolto ai lavoratori esposti al rischio di radioprotezione (Rischio Specifico), ai sensi del D. Lgs 81/2008 e D. Lgs. 101/2020;
- Corsi di formazione per Addetti antincendio per rischio "medio" e "alto", organizzati ai sensi dell'art. 37 del D. Lgs 81/2008 e D.M. 10/03/1998.

#### **SEZIONE 4 – MONITORAGGI**

Le attività di monitoraggio sono dettagliatamente riportate nelle singole sezioni, con riferimento alla normativa di settore relativa a Performance, Rischi corruttivi, lavoro agile e fabbisogno Triennale del Personale.

Per la valutazione complessiva del P.I.A.O. si prevedono momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi su base semestrale, a cura del gruppo di lavoro specificatamente costituito per la redazione del Piano.

Tali attività sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche all'aggiornamento annuale del PIAO.

In particolare, il monitoraggio relativo al valore pubblico e alla performance avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Il monitoraggio relativo ai rischi corruttivi e alla trasparenza avverrà secondo le indicazioni fornite dall'ANAC.