

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE Triennio 2024 – 2026

rev 01



**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA**

## SOMMARIO

<b>PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
<b>1 SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b> .....	<b>4</b>
1.1 Denominazione, sede legale, sito web e logo dell'azienda.....	4
1.2 Il contesto esterno .....	5
1.3 Il contesto interno.....	8
<b>2 SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>10</b>
2.1 Valore pubblico.....	10
2.2 Performance .....	12
2.2.1 Le politiche e le linee strategiche aziendali per il triennio 2024-2026 .....	13
2.2.2 Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2024-2026.....	71
2.2.3 Il processo di budgeting annuale, valutazione e verifica dei risultati .....	82
2.2.4 Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale .....	84
2.2.5 Gli obiettivi assegnati al personale di Comparto .....	85
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza .....	85
2.3.1 Il contesto Esterno .....	85
2.3.2 Il contesto Interno .....	88
2.3.3 Il Responsabile della prevenzione corruzione: funzioni e obblighi .....	89
2.3.4 I Dirigenti aziendali quali "Referenti" per la prevenzione della corruzione.....	90
2.3.5 Mappatura dei Processi e individuazione delle misure di prevenzione.....	91
2.3.6 Misure per l'abbattimento del Rischio .....	93
2.3.7 Sezione Trasparenza .....	99
2.3.8 Piano Triennale delle Attività – Attuazione Misure .....	100
<b>3 SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b> .....	<b>100</b>
3.1 Struttura organizzativa.....	100
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	104
3.2.1 Lavoro Agile: principi e ambito di applicazione .....	105
3.2.2 Lavoro da Remoto.....	111
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale .....	112
3.3.1 La programmazione strategica delle risorse umane .....	112
3.3.2 La Formazione del Personale .....	115
<b>4 SEZIONE 4. MONITORAGGIO</b> .....	<b>117</b>
4.1 Monitoraggio del valore pubblico e performance .....	117
4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza.....	120
4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano.....	120
<b>5 ALLEGATI</b> .....	<b>121</b>

Redatto a cura di:

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

## PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## I SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

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

L'indirizzo PEC è: [protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it](mailto:protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it).

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



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



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

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

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

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

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

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

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

## 1.2 Il contesto esterno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fatta questa necessaria premessa, la tabella seguente descrive, ai sensi della recente DGR n. 869 del 07.12.2023 "Approvazione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in

conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”, il ruolo che l’Azienda assume all’interno delle reti dell’emergenza e delle reti di alta specialità ed indica per ciascuna di esse l’HUB di riferimento.

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

RETE	RUOLO AOU SANT'ANDREA	HUB DI RIFERIMENTO	TIPO DI HUB
<b>RETE EMERGENZA</b> (DCA 73/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	DEA I	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	DEA II
<b>RETE EMERGENZA PEDIATRICA</b> (DCA 73/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	SPOKE	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	HUB medico/ neurochirurgico
	SPOKE	IRCCS BAMBINO GESU' (solo per la chirurgia)	HUB chirurgico
<b>RETE CARDIOLOGICA</b> (DCA 74/2010 e DCA 368/2014 rettif. dal DCA 412/2014, dalle Determinazioni della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e n. G08250/2022 e dalla DGR n 869/2023)	CEC/CE		Centri Cardio-UTIC-E – Cardiochirurgia (CEC)
<b>RETE CARDIOCHIRURGICA</b> (DCA 74/2010 e DCA 368/2014 rettif. dal DCA 412/2014 dalle Determinazioni della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G08250/2022 e n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	CEC (HUB “vicario”, turnazione settimanale predisposta da ARES 118)		Centri Cardio-UTIC-E – Cardiochirurgia (CEC)
<b>RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA</b> (DCA 76/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014. dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	PST	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	CTS
<b>RETE TRAUMA GRAVE PEDIATRICO</b> (DCA 76/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	PST-PED	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	CTS-PED
<b>RETE ICTUS</b> (DCA 75/2010 e DCA 368/2014 rettificato dal DCA 412/2014, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	UTN I	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	UTN II
<b>RETE MALATTIE INFETTIVE</b> (DCA 58/2010 rettificato dal DCA 540/2015, dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021e n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023)	DEA con reparto di Malattie Infettive	FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI	HUB
<b>RETE ONCOLOGICA</b>			

<p>(DCA 59/2010, rettificato dalla Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021 e n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023) Le reti per patologia ad oggi normate sono volte alla gestione di:</p> <p>Tumore della mammella (DCA U00038 del 03/02/2015; DCA U00189 del 31/05/2017 e Det. G16239 del 24/12/2020)</p> <p>Tumore del polmone (DCA U00419 del 04/09/2015)</p> <p>Tumore della prostata (DCA U00358 del 28/08/2017)</p> <p>Tumore del colon e del retto (DCA U00030 del 20/01/2017)</p>	<p>Centro di Senologia</p> <p>Centro di riferimento</p> <p>Centro Diagnosi e</p> <p>Centro</p> <p>Trattamento</p> <p>Centro di</p> <p>Endoscopia, Centro</p> <p>di Trattamento</p> <p>Colon e Retto</p>		
<p><b>RETE MALATTIE RARE</b></p> <p>(DCA n. U00413/2017, DCA n. U00063/2018, Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07512/2021 e n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023). L'AOU Sant'Andrea è definito Istituto con presenza di Presidi che afferiscono ad un Centro collocato presso il Policlinico Umberto I e gestisce 12 Centri, 56 codici di esenzione e 154 malattie/gruppi</p>	<p>coordinamento dei</p> <p>Centri di propria</p> <p>afferenza e</p> <p>interfaccia con il</p> <p>livello regionale</p>		
<p><b>RETE TRASFUSIONALE</b></p> <p>(DCA U00207 del 20.06.2014, Det. della Direz. Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G01328/2022 e dalla DGR n 869/2023). L'AOU Sant'Andrea ospita il Centro Regionale Sangue</p>	<p>Servizio di</p> <p>Immunoematologia</p> <p>e Medicina</p> <p>Trasfusionale</p>	<p>P.O. SAN FILIPPO</p> <p>NERI</p>	<p>SIMT AREA DI</p> <p>PRODUZIONE</p>
<p><b>RETE DONAZIONE D'ORGANO E TRAPIANTI</b></p> <p>(DGR n.1072/2002 e n. 865/2006 e DGR n 869/2023). Il Coordinamento Operativo è svolto dal Centro Regionale Trapianti dotato di Laboratorio Regionale Immunologico dei Trapianti. La Rete è organizzata secondo i seguenti programmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 programmi di trapianti di organo solido;</li> <li>- 6 Programmi di Trapianto Midollo (Allogenico- CSE);</li> <li>- 4 Bio-Banche;</li> <li>- 19 Centri Ospedalieri di Procurement.</li> </ul>	<p>Procurement</p>		
<p><b>RETE PSICHIATRICA SPDC</b></p> <p>(Determ. regionale n. G08249 del 24.06.2022 e DGR n 869/2023). Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi organizzativo-assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SPDC: 24 Servizi di ricovero; 1 Servizi di day Hospital;</li> <li>- Neuropsichiatria infantile: 3 Servizi di ricovero.</li> </ul>	<p>SPDC</p>		

**Legenda:**

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

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

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

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

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

### 1.3 Il contesto interno

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

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

Ai fini dell'erogazione delle attività assistenziali in regime di ricovero, la DGR n. 869 del 07.12.2023 "Approvazione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" assegna i posti letto per acuti destinati ai ricoveri a ciclo continuo e ai ricoveri a ciclo diurno, articolati per singola specialità. Tale determinazione, per un totale di 548 posti letto (509 ordinari e 39 day hospital/ day surgery), sarà tuttavia operativa solo al completamento degli interventi di ampliamento dell'Ospedale, previsto per la fine dell'anno 2025.

La tabella seguente mostra la dotazione attuale di posti letto per disciplina, confrontata con la dotazione programmata definita con la suddetta DGR n. 869/2023.

Determinazione n. G01328 del 10 febbraio 2022

DGR n 869 del 7 dicembre 2023

DGR n 869 del 7 dicembre 2023						PL programmati					
AFO	COD DISC	DESCRIZIONE DISCIPLINA	ORD	DH	TOT	AFO	COD DISC	DESCRIZIONE DISCIPLINA	ORD	DH	TOT
1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		20	20	1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		20	20
	08	CARDIOLOGIA	18		18		08	CARDIOLOGIA	20		20
	18	EMATOLOGIA	11		11		18	EMATOLOGIA	14		14
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE	4		4		19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE	4		4
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	10		10		24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	20		20
	26	MEDICINA GENERALE	36		36		26	MEDICINA GENERALE	54		54
	29	NEFROLOGIA	8		8		29	NEFROLOGIA	12		12
	32	NEUROLOGIA	14		14		32	NEUROLOGIA	22		22
	40	PSICHIATRIA	16		16		40	PSICHIATRIA	16		16
	51	MEDICINA D'URGENZA					51	MEDICINA D'URGENZA	16		16
	58	GASTROENTEROLOGIA	16		16		58	GASTROENTEROLOGIA	16		16
	61	MEDICINA NUCLEARE	3		3		61	MEDICINA NUCLEARE	3		3
	64	ONCOLOGIA	12		12		64	ONCOLOGIA	12		12
	68	PNEUMOLOGIA	16		16		68	PNEUMOLOGIA	22		22
	96	TERAPIA DEL DOLORE	1		1		96	TERAPIA DEL DOLORE	2		2
Sub-Totale			165	20	185	Sub-Totale			233	20	253
2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	14		14	2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	20		20
	09	CHIRURGIA GENERALE	56		56		09	CHIRURGIA GENERALE	52		52
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	4		4		10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	4		4
	12	CHIRURGIA PLASTICA	6		6		12	CHIRURGIA PLASTICA	6		6
	13	CHIRURGIA TORACICA	23		23		13	CHIRURGIA TORACICA	30		30
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	14		14		14	CHIRURGIA VASCOLARE	16		16
	30	NEUROCHIRURGIA	14		14		30	NEUROCHIRURGIA	16		16
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30		30		36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30		30
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	5		5		38	OTORINOLARINGOIATRIA	6		6
	43	UROLOGIA	14		14		43	UROLOGIA	18		18
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		16	16		98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		16	16
Sub-Totale			180	16	196	Sub-Totale			198	16	214
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	30		30	3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	36		36
	50	UNITA' CORONARICA	6		6		50	UNITA' CORONARICA	8		8
	51	ASTANTERIA/ BREVE OSS./ MEDICINA D'URGENZA	14		14		51	ASTANTERIA/ BREVE OSS./ MEDICINA D'URGENZA			
	UTN	UTN	6		6		UTN	UTN			
	94	TERAPIA SEMINTENSIVA					94	TERAPIA SEMINTENSIVA	14		14
Sub-Totale			56	0	56	Sub-Totale			58	0	58
4-MP	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		1	1	4-MP	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		1	1
	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	12		12		37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	12		12
	39	PEDIATRIA	8	2	10		39	PEDIATRIA	8	2	10
Sub-Totale			20	3	23	Sub-Totale			20	3	23
Totale Complessivo			421	39	460	Totale Complessivo			509	39	548

Per l'espletamento dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca l'Azienda provvede con le risorse umane che, suddivise nei diversi profili professionali, ammontano al 01/01/2024 complessivamente a n. 2.032 unità, di cui n. 1.818 dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale e n. 214 dipendenti dall'Università, come rappresentato nella tabella seguente.

Personale	Ospedalieri		Universitari		Totale
	Nr. Maschi	Nr. Femmine	Nr. Maschi	Nr. Femmine	
Dirigenza Medica	142	200	112	43	<b>497</b>
Dirigenza Sanitaria	3	20	2	6	<b>31</b>
Dirigenza Amministrativa	7	5	0	0	<b>12</b>
Dirigenza Professionale	2	1	0	0	<b>3</b>
Dirigenza Tecnica	1	0	0	0	<b>1</b>
Comparto Sanitario	332	809	10	31	<b>1.182</b>
Comparto Tecnico	49	41	1	2	<b>93</b>
Comparto Professionale	2	0	0	0	<b>2</b>
Comparto Amministrativo	69	135	2	5	<b>211</b>
<b>Totale</b>	<b>607</b>	<b>1.211</b>	<b>127</b>	<b>87</b>	<b>2.032</b>

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

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

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

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

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

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

Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda che assicura la partecipazione decisionale ed organizzativa dei professionisti orientandone lo sviluppo a soddisfare i bisogni di salute degli utenti, a garantire standard più

avanzati di assistenza sanitaria e a implementare degli strumenti del governo clinico. Il Collegio di direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore generale. Il Collegio di Direzione è costituito dal Direttore generale con proprio provvedimento, e dallo stesso presieduto.

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

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

## 2 SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Valore pubblico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Centralità della persona: assumere come riferimento prioritario la centralità della persona intesa come soggetto autonomo, favorendo la sua partecipazione attiva al processo di cura;
- Difesa della vita umana nelle sue diverse fasi e il rispetto della libertà di scelta delle cure di ogni persona;
- Equità con imparzialità nella scelta della pratica clinica;
- Uguaglianza di genere, di religione, di condizione socio-economica nell'offerta ed erogazione di opportunità diagnostico-terapeutiche e assistenziali;
- Competenza e professionalità di tutti gli operatori che rispondono con appropriatezza ed efficacia in ogni situazione;
- Sicurezza delle cure, adottando tutte le misure necessarie per evitare effetti collaterali;
- Lealtà di tutti i dipendenti dell'organizzazione verso la mission, la vision, i valori e gli obiettivi dell'Azienda;
- Efficienza nell'adottare le misure organizzative e nell'impiegare le risorse disponibili su evidenze di sanità pubblica;
- Informazione e comunicazione: incrementare la qualità e l'efficacia delle comunicazioni al fine di promuovere una cultura dell'informazione sanitaria che, coinvolgendo le comunità, le organizzazioni sociali e di volontariato, consenta al cittadino una concreta libertà di cura;
- Tempestività della cura: monitorare e garantire tempi d'attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche che non inficino l'efficacia delle stesse, anche attraverso lo sviluppo di risposte alternative o complementari al ricovero ordinario, quali il day hospital e il day surgery;
- Performance e qualità: formulare linee guida ed indicatori, anche di esito, di valutazione e monitoraggio delle attività, dei percorsi clinici e della soddisfazione dei cittadini/utenti;
- Sicurezza e salute sul lavoro: assicurare le migliori condizioni di sicurezza, mediante un modello di governance della sicurezza nella prestazione dei servizi e delle attività cliniche, per l'utenza, il personale ed i soggetti in formazione, in grado di diffondere la cultura del lavoro sicuro e rispettoso dell'ambiente quale elemento essenziale per una sanità di valore;
- Valorizzazione professionale: sviluppare adeguata offerta formativa al fine di valorizzare e potenziare il patrimonio professionale esistente e le potenzialità individuali, promuovendo lo sviluppo del senso di appartenenza e condivisione dei valori aziendali da parte del personale;
- Etica della responsabilità: richiamare tutti al valore etico del lavoro in sanità, assumendosi le responsabilità derivanti di fronte al cittadino-utente, all'azienda cui si appartiene e alla società;

- Integrazione: promuovere l'integrazione tra le unità organizzative e sostenere il lavoro di gruppo multidisciplinare e multiprofessionale;
- Innovazione: favorire procedure gestionali innovative e tecnologie che consentano di coniugare la qualità delle prestazioni ad un razionale ed efficace uso delle risorse economiche, strumentali e professionali;
- Concertazione: collaborare ed adottare il metodo del confronto con le organizzazioni sindacali, di volontariato, di promozione sociale e di tutela dei diritti degli utenti;
- Sostenibilità ambientale: adottare politiche e promuovere programmi per l'utilizzo di energie pulite e per l'efficientamento energetico finalizzate ad un modello di ospedale a basso impatto ambientale;
- Trasparenza nell'attività amministrativa, informando correttamente e completamente i diversi soggetti pubblici e privati, nonché nella pratica clinica, fornendo sempre al cittadino degli effetti delle cure e dell'assistenza.

## 2.2 Performance

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

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

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

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

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

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

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

Ai sensi della normativa vigente, costituiscono oggetto di misurazione e valutazione sia la performance organizzativa (intesa come il risultato che un'intera organizzazione con le sue singole articolazioni consegue

ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi), che la performance individuale (intesa come misurazione del contributo assicurato dall'individuo alla performance generale della struttura, sia sotto il profilo delle competenze professionali e manageriali dimostrate, che dei comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate).

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

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

I vantaggi per l'organizzazione sono:

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

### **2.2.1 Le politiche e le linee strategiche aziendali per il triennio 2024-2026**

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

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

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

Il modello e la metodologia che la Direzione Strategica intende perseguire si colloca nel più generale e dinamico quadro di intesa con Sapienza Università di Roma e prevede la condivisione e la diretta partecipazione della componente multi-professionale e multi-disciplinare aziendale nell'ambito di diversi Gruppi di Lavoro, strutturati sulla base del principio dell'inclusione e del coinvolgimento professionale, descritti più estesamente nella politica numero cinque "Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura", che hanno già sviluppato e tradotto nel corso del 2023, negli ambiti di rispettiva competenza, le politiche aziendali in progetti e obiettivi perseguiti o da perseguire secondo una precisa pianificazione.

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



## I. OSPEDALE SICURO, FLESSIBILE E SOSTENIBILE

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

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

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

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

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

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

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

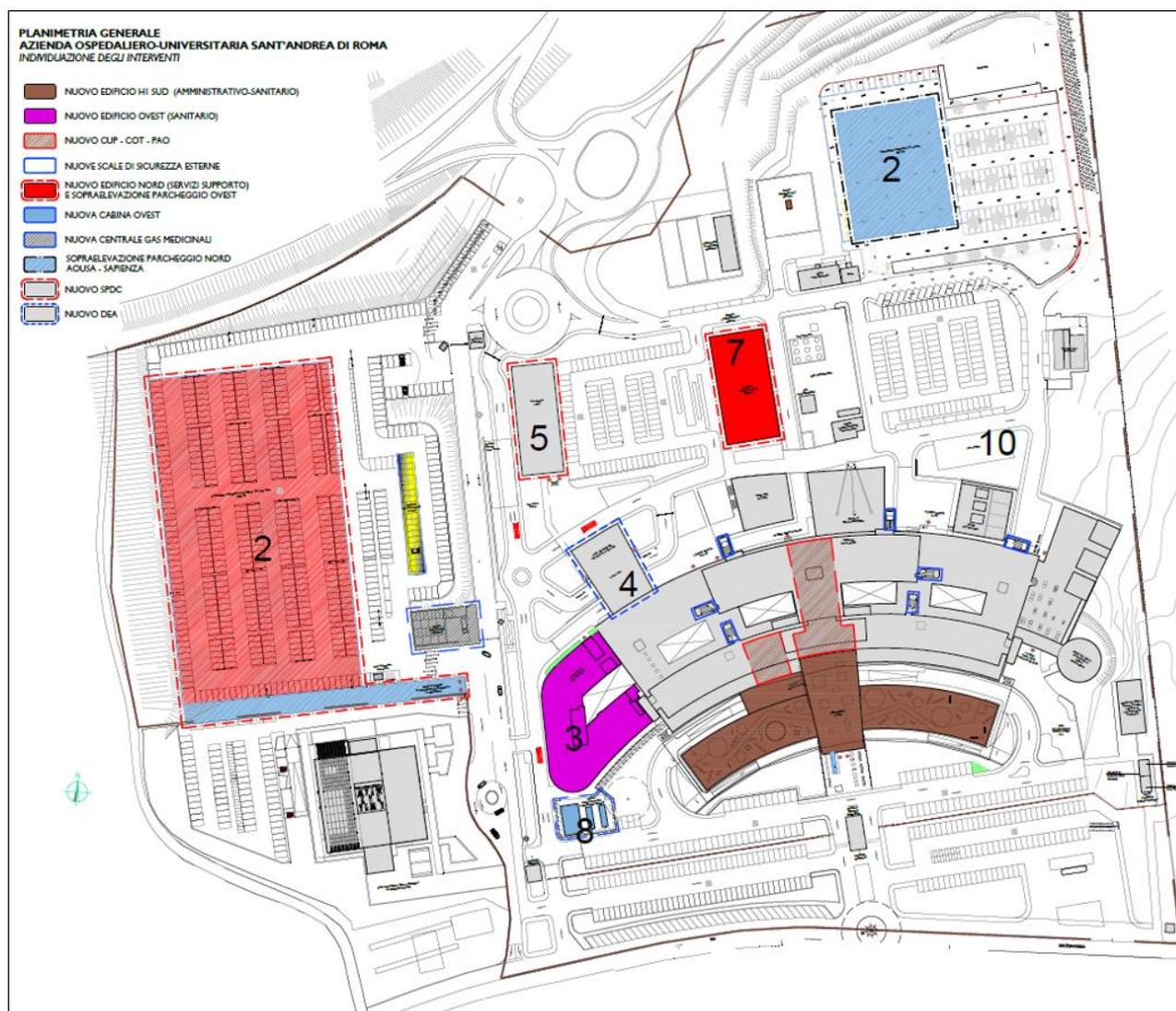
La pianificazione dei programmi di ampliamento della struttura ospedaliera, definita dalla Direzione Aziendale anche con il contributo dei gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari istituiti, distingue nei paragrafi seguenti gli interventi che sono oggetto di specifici finanziamenti dagli interventi ancora in fase di programmazione.

## **IL MASTERPLAN DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA**

Con Delibera di Giunta Comunale 294 del 29/05/2013, il Comune di Roma Capitale ha approvato il Progetto Pubblico Unitario dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, che prevedeva una serie di interventi edilizi coordinati con le norme urbanistiche comunali, regionali e di settore. Diversi sono gli interventi a cui

è stato dato seguito in virtù dell'approvazione dello strumento urbanistico locale, quali ad esempio, l'ampliamento frontale in via di realizzazione (HI sud). La necessità di adattare lo sviluppo edilizio alle mutate esigenze aziendali rende necessario procedere ad una modifica dell'originario Progetto Pubblico Unitario dell'Ospedale, che tra le altre cose, pone maggiore attenzione agli aspetti di sostenibilità ambientale unitamente alla riduzione dell'impatto edilizio.

Gli sviluppi futuri, infatti, tenderanno a non alterare sensibilmente lo stato attuale, salvaguardando quanto di positivo sinora è stato realizzato, favorendo il minore impatto al suolo attraverso un consistente ridimensionamento delle aree di sedime. Non più edifici di enormi dimensioni, ma strutture misurate al contesto e strettamente necessarie alla funzionalità dell'Ospedale.



Le attività che sono state pianificate e già in corso di realizzazione prevedono:

1. un miglioramento della viabilità esistente attraverso l'inserimento di elementi puntuali (es. rotatorie).
2. La realizzazione delle sopra-elevazioni delle aree a parcheggio sia lato nord che sul lato est (utenza ospedaliero-universitaria).
3. Potenziamento dell'Area di Pronto Soccorso, con attivazione di 14 posti letto di Terapia Sub-Intensiva e 10 posti letto di Terapia Intensiva, anche attraverso il finanziamento DL 34/2020, finalizzati agli

adeguamenti strutturali per eventuali ulteriori patologie infettive. Sviluppo sopraelevazione per la costruzione del Centro Cuore, con potenziamento della Cardiologia e della Cardiochirurgia.

4. L'inserimento di un adeguato percorso di accesso al Pronto Soccorso e a realizzazione di una nuova Camera Calda, che andrà a ridefinire anche gli spazi interni al DEA.
5. Un nuovo edificio per il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, separato dall'Ospedale ma ad esso collegato con percorsi funzionali, tale da rendere il soggiorno dei pazienti più confortevole.
6. Sviluppo delle funzioni sanitarie legate al Centro Onco-Ematologico e parte ambulatoriale e specialistica.
7. Un nuovo edificio amministrativo esterno, non confliggente con la struttura sanitaria, tale da poter consentire la internalizzazione del personale amministrativo che oggi occupa spazi presi in locazione.
8. La realizzazione di adeguati locali tecnologici (quali ad esempio la nuova Centrale Gas Medicali e la nuova Cabina Elettrica), per dare miglioramenti sostanziali alla funzionalità e alla sicurezza del complesso ospedaliero. E' prevista, inoltre, la riqualificazione dei sistemi di raccolta delle acque piovane e vasche di accumulo per uso irriguo.
9. Qualificazione del patrimonio immobiliare esistente anche attraverso una valorizzazione del verde autoctono.
10. Isola ecologica.

#### a. INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA FINANZIATI

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

##### **I. Finanziamento Legge n. 448/1998, art. 71 - Importo: € 17.556.403,11**

Ampliamento Complesso Ospedaliero, stralcio HI Sud, H3 e T

Per la nuova area prospiciente l'attuale struttura ospedaliera, i lavori per la realizzazione dell'ampliamento del complesso ospedaliero Sant'Andrea, relativi allo stralcio funzionale HI Sud, stralcio funzionale H3 e stralcio funzionale T approvato con deliberazione n. 33 del 17/01/2020, sono in fase avanzata di realizzazione.



Al 31.12.2023 si è proceduto al:

- Completamento lavori stralcio funzionale H3;
- Inizio lavori stralcio funzionale T;
- Prosecuzione lavori stralcio funzionale HI Sud;
- Inizio lavori variante strutturale "Ponte di collegamento".

Nel corso del 2024, si prevede di procedere alla realizzazione di:

- Prosecuzione lavori stralcio funzionale HI Sud;
- Approvazione variante onco-ematologica;
- Prosecuzione lavori stralcio funzionale T.

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

CRONOPROGRAMMA e QUADRO ECONOMICO:

Inizio lavori il 13/09/2021.

Fine lavori il 31/03/2025.

<b>A)</b>	<b>LAVORI A BASE D'ASTA</b>	Progetto approvato con Delibera n. 561/2020
<b>A1</b>	Importo lavori escluso oneri della sicurezza	15.302.953,88 €
<b>A2</b>	costi della sicurezza	473.287,23 €
<b>A3</b>	Ribasso unico offerto del 27,13%	4.151.691,39 €
<b>A4</b>	Importo lavori ribassato	11.151.262,49 €
<b>A5</b>	Prog. definitiva, esecutiva, coord. sicurezza in fase di progettazione	554.485,15 €
	<b>Importo complessivo</b>	<b>12.179.034,87 €</b>
<b>B)</b>	<b>SOMME A DISPOSIZIONE</b>	
<b>B1</b>	Incentivi art. 92, D.Lgs. 163/2006 (1,60% importo lavori)	84.813,07 €
<b>B2</b>	Imprevisti 5,00%	581.227,49 €
<b>B3</b>	Direzione lavori, coord. sicurezza in fase di esecuzione	100.000,00 €
<b>B4</b>	Spese tecniche per verifica progettuale c/cnpaia e Iva	0,00 €
<b>B5</b>	Collaudatore c/cnpaia e Iva	40.000,00 €
<b>B6</b>	Collegio Consultivo Tecnico (Iva e C.N.P.A.I.A. compresi)	0,00 €
<b>B7</b>	Spese di gara e generali compresa Iva 22,00%	70.000,00 €
<b>B8</b>	Iva 10,00% su lavori	1.162.454,97 €
<b>B9</b>	Iva 10,00% su imprevisti	58.122,75 €
<b>B10</b>	C.N.P.A.I.A. 4,00% (su progettazione)	22.179,41 €
<b>B11</b>	Iva 22,00% (su spese progettazione e C.N.P.A.I.A.)	126.866,20 €
	<b>Totale somme a disposizione</b>	<b>2.245.663,89 €</b>
<b>C)</b>	<b>ECONOMIE</b>	
<b>C1</b>	SAL 1 bis (DM 17/05/2022) a valere su economie di gara iva/c	
	<b>Totale economie di gara rispetto al progetto a stralcio approvato</b>	<b>3.131.704,35 €</b>
<b>D)</b>	<b>TOTALE PROGETTO</b>	<b>17.556.403,11 €</b>

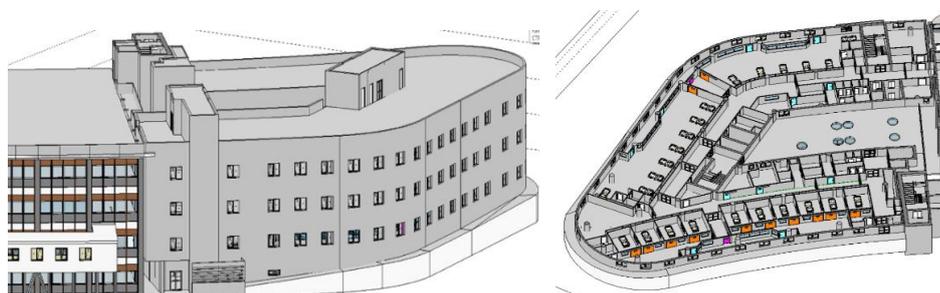
## **2. Finanziamento: D.G.R. n. 671 del 06/10/2020 - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, ai sensi dell'art.2 del D.L. 34/2020.**

Sono previsti i seguenti 3 interventi:

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

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

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



Dettaglio del quadro economico e area degli interventi:

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

Al 31.12.2023 si è proceduto al:

- ODA n. 1 – 10 PL di Terapia Intensiva.
- ODA n. 2 – 14 PL di Terapia Sub-Intensiva.

Nel corso del 2024, si prevede di procedere alla:

- Prosecuzione lavori ODA n. 1 – 10 PL di Terapia Intensiva.
- Prosecuzione lavori ODA n. 2 – 14 PL di Terapia Sub-Intensiva.

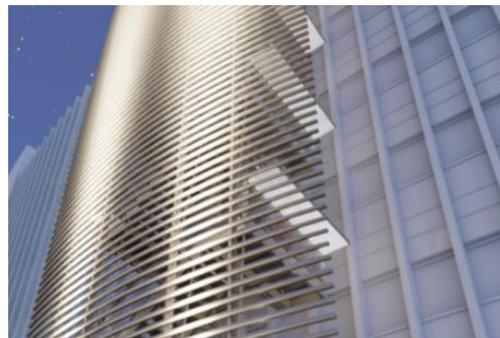
CRONOPROGRAMMA:

Descrizione Intervento	Inizio Intervento	Fine Intervento
Realizzazione di 10 posti letto di Terapia Intensiva	30/05/2022	31/03/2025
Realizzazione di 14 posti letto di Terapia Sub-Intensiva	30/05/2022	31/03/2025
Adeguamento delle aree dedicate al percorso del paziente CoViD-19	30/03/2022	31/03/2025

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

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

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



Dettaglio del quadro economico e area degli interventi:

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

### **3. Finanziamento: D.G.R. n. 861/2018 – Scheda 79**

Gli interventi previsti nel 2024, prevedono:

- Adeguamento antincendio Centrale Termica (realizzazione).
- Nuovo CUP aziendale (progettazione ed inizio lavori).
- Realizzazione nuove dorsali elettriche (progettazione ed inizio lavori).

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

#### LA NUOVA RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Per l'installazione dei due nuovi Angiografi vascolari si è proceduto alla realizzazione nel corso del 2023 (deliberazione n. 1410/2022) di un intervento di riqualificazione edilizia e impiantistica dell'area di Radiologia Interventistica che prevede una nuova distribuzione architettonica dell'intera area con la realizzazione di n. 2 sale angiografiche, area di preparazione e post intervento, locali per servizi complementari.

## LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale COT dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è prevista al Piano Terra e consta di 150 mq complessivi. Svolge la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei vari setting assistenziali. Oltre ai lavori edili ed impiantistici sono previsti interventi di acquisizioni di Device e sistemi specifici di Interconnessione. I lavori (deliberazione n. 369/2023) sono stati avviati ne corso del 2023 e saranno ultimati nel corso del 2024.



## 5. Finanziamento: FONDI REGIONALI

### MANUTENZIONE STRAORDINARIA REPARTO SPDC

Nel corso del 2023 si è realizzato un intervento di manutenzione straordinaria del reparto SPDC al piano S3 del nosocomio, attraverso opere di riqualificazione e di miglioramento del comfort per utenti ed operatori. Nell'ambito di tale attività, si è proceduto alla sostituzione degli infissi esterni, con benefici attesi sul benessere termo-igrometrico degli ambienti interni.



### MANUTENZIONE STRAORDINARIA IN AREA PRONTO SOCCORSO

L'intervento di Manutenzione Straordinaria del Pronto Soccorso attraverso la realizzazione di un ingresso pedonale e di un'area accoglienza in adiacenza alla camera calda è stato realizzato nel corso del 2023, che ha previsto anche la realizzazione di un ingresso preferenziale per i codici rossi, garantendo un'accessibilità diretta dall'esterno verso le aree critiche.

Costituisce parte degli interventi, da completare nel corso del 2024, la realizzazione di ulteriori due box triage e la separazione funzionale delle aree di attesa pre e post triage, al fine di attivare il Triage Avanzato.



## LAVORI DI RIQUALIFICAZIONE PRESSO ALCUNI REPARTI FUNZIONALI ALL'INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE

Nel corso del 2023 sono stati completati i seguenti interventi di Manutenzione Straordinaria:

- Lavori reparto di Terapie Radianti: Tomografo Computerizzato – Delibera n. 1358/2022.
- Lavori reparto di Radiologia: Telecomandato Digitale – Delibera n. 1151/2023.
- Lavori reparto di Medicina Nucleare: Gamma Camera/TC – Delibera n. 1054/2023.

### b. INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA IN FASE DI PROGRAMMAZIONE

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

In questo ambito rientrano i seguenti interventi:

- Lavori per il Giubileo 2025 – DGR n. 22/2024:
  - o TAC all'interno del DEA;
  - o Ambulatori di ginecologia e pediatria del DEA;
  - o RMN 3T ed adeguamento Medicina Nucleare.
- Progettazione sopraelevazione edificio H4 ovest – DGR n. 123/2022 - Progetto per il Centro di diagnosi e cura delle patologie cardiache e cardiocirurgiche (DGR n. 378/2023).
- Realizzazione di un nuovo Blocco Operatorio, compreso di sala operatoria ibrida.
- Razionalizzazione della distribuzione dei reparti di degenza presso gli emipiani di degenza, coerentemente con la realizzazione dei nuovi edifici ospitanti il Centro Cuore e i nuovi reparti di Oncologia ed Ematologia, secondo i seguenti criteri aggregativi, alternativi o complementari tra di loro, cercando di uscire dalla logica del mero accorpamento per specialità:
  - a) per settore nosologico, ossia raggruppamenti in base all'appartenenza ad un'unica categoria nosologica delle patologie trattate;
  - b) per intensità delle cure, ossia in base medesime necessità e complessità assistenziali;
  - c) per organo o apparato;
  - c) per grandi aree specialistiche, ossia raggruppamento in rapporto all'omogeneità delle discipline coinvolte.

- Realizzazione di una nuova Palazzina Amministrativa, al fine di riportare all'interno del complesso ospedaliero le funzioni di supporto e della tecnostuttura, che sono allocate in uffici in affitto presso altro edificio nel quartiere Labaro.
- DGR n. 378/2023
  - o Adeguamento antincendio nosocomio (progettazione ed inizio lavori).
  - o Nuovo edificio SPDC (progettazione).
  - o Nuova cabina elettrica (progettazione ed inizio lavori).
- Realizzazione della sopraelevazione del parcheggio per i dipendenti.

### **c. DIGITALIZZAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE TECNOLOGIE**

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

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

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

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

#### **M6.C2 – I.1.1. AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO - DIGITALIZZAZIONE DEA I e II livello**

Scheda 1: importo rimodulato a seguito della DGR 236/2023: € 844.841,14.

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

L'intervento rappresenta uno step fondamentale sull'infrastruttura per lo sviluppo della digitalizzazione, la cui realizzazione, iniziata nel 2023, prosegue gradualmente nelle annualità 2024 e 2025, secondo la programmazione approvata dalla Regione Lazio.

Realizzate per l'anno 2023, nell'ambito del progetto relativo alla scheda 1, le seguenti forniture:

- Servizi di supporto Sanità Digitale – sistemi informativi clinico assistenziali;
- n.150 postazioni pc;
- n.60 stampanti A4 multifunzione;
- n.89 stampanti B/N A4.

Scheda 2: importo: € 366.270,19

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

E' stato elaborato il Documento Tecnico per l'adesione AQ Consip. Nel gennaio 2024 è previsto l'affidamento tramite adesione all'AQ Consip – Sanità Digitale 2 – Sviluppo App e Portali – lotto centro-sud (come da linee guida regionali).

Scheda 3: importo rimodulato a seguito della DGR 236\_2023: € 525.920,92

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

Il piano adeguamento e la gestione dei fondi PNRR verrà gestito da LAZIOcrea S.p.A. per conto di Regione Lazio. La DGR 427/2023 individua LAZIOcrea S.p.A. stazione appaltante per ingaggio fornitori ai fini dell'adeguamento dei sistemi aziendali a nuovi standard FSE 2.0

Il GANTT di dispiegamento segue il piano regionale di adeguamento.

Per il 2023 l'AOUSA ha confermato l'adozione della firma digitale in uso per i documenti da conferire all'FSE 2.0 e l'evoluzione verso firma digitale remota (solo personale sanitario) messa a disposizione gratuitamente da Regione Lazio.

Scheda 4: importo € 621.693,00

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

Realizzata per l'anno 2023, nell'ambito del progetto relativo alla scheda 4, l'acquisizione tecnologie finalizzate alla reingegnerizzazione dei network aziendali, cablaggi lan e WiFi.

Scheda 5: importo € 211.361,99

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

### **Intervento: Sanità Connessa e RANSAN**

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

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

Nel 2023 si è realizzata per AOUSA la connettività a 1 Gbit/s con RANSAN. La realizzazione degli step successivi proseguirà nelle annualità successive, secondo la pianificazione regionale e Infratel nazionale.

### **Intervento: Strategia Cloud Italia**

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

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, in qualità di Soggetto Attuatore individuato dall'avviso multimisura per la presentazione di domande di partecipazione a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - missione 1 - componente 1 investimento 1.1 "Infrastrutture digitali" e investimento 1.2 "Abilitazione al cloud per le PA locali" ASL/AO (marzo 2023), pubblicato

sulla Piattaforma PA Digitale 2026 e in scadenza al 19/05/2023, per finanziare le attività di migrazione dei propri servizi On-Premise e On-Cloud classificati, in ottemperanza a quanto previsto dalla Strategia Cloud Italia, con destinazione Polo Strategico Nazionale (PSN).

Il passaggio in Cloud avverrà entro ottobre 2024.

### **Intervento: Piattaforma di Telemedicina Regionale**

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

Nelle more di quanto sopra descritto l'Azienda nel 2023 ha posto in essere le attività correlate all'utilizzo della piattaforma regionale denominata TeleAdvice.

### **Intervento: COT, Telemedicina, device e interconnessione**

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

Per quanto riguarda l'interconnessione, nel 2023 è stata aggiudicata la piattaforma unica per la comunicazione tra le COT dell'SSR.

Nella fattispecie per l'intervento COT Interconnessione nell'anno 2023 sussistono i seguenti:

- PNRR-M6.C1-I.2.2: Presa d'atto della Deliberazione n.364 del 16/06/2023 Asl Roma I avente ad oggetto: "Aggiudicazione dell'appalto specifico con rilancio competitivo, nell'ambito dell'Accordo Quadro Consip "Servizi applicativi in ambito Sanità Digitale - sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino", per l'affidamento, in modalità aggregata, dell'implementazione di una piattaforma per la gestione della transitional care a cura delle Centrali Operative Territoriali delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;
- Formalizzazione ordini NSO relativi ai contratti stipulati con Dedalus S.p.A.;
- Progetto Transitional care – Individuazione delle figure di coordinamento delle attività e utilizzo operativo dell'applicativo per ogni COT/TOH.

Per quanto attiene l'intervento COT Device, nell'anno 2023 si è proceduto alla:

- Rimodulazione Scheda COT Device – Importo: € 71.328,0;
- Rimodulazione del POR finalizzata all'interoperabilità dei device, ai sensi di quanto declinato con determinazione regionale n. G16240 DEL 24.11.2022.

### **Intervento: Infrastruttura 5G**

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

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

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

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

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

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

L'utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell'ambito della Missione 6 - Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento I.1 - Sub Investimento I.1.2: Grandi Apparecchiature Sanitarie prevede per l'Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea n.°19 interventi per un investimento complessivo di € 5.142.400,00:

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

### 4. Le nuove tecnologie: gli altri investimenti programmati

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

- Area Radiologica, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
  - o Risonanza magnetica 3 Tesla
  - o TAC ad alto contenuto tecnologico
  - o Sistemi di radioscopia mobile
- Blocchi Operatori, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
  - o N. 1 piattaforma di monitoraggio parametri avanzato "Hemosphere"
  - o N. 1 sistema di monitoraggio intraoperatorio
  - o N. 6 monitor medicali multimediali "all in one"
  - o N. 2 Amplificatori di Brillanza digitali
- AREA CRITICA – Anestesia e Rianimazione, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
  - o N. 4 Apparecchi per Anestesia
  - o Sistemi di monitoraggio centralizzato reparti Health Care
- Area Ambulatoriale, nel cui ambito si prevede l'acquisizione di:
  - o Colonna endoscopica per Chirurgia Toracica
  - o Microscopio laser confocale dermatologico
  - o Sistema per litotrissia urologica
  - o Sistema per videoendoscopia interventistica per Pneumologia
- Area degenze
  - o Letti di degenza ordinaria
  - o Letti di degenza Semintensiva
  - o Letti di degenza intensiva
  - o Carrelli medicali HD/SW per la gestione della somministrazione terapia pazienti

#### d. **PROGETTARE PER I PAZIENTI**

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

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

1. La comunicazione negli spazi di cura: intesa come efficienza comunicativa nei reparti, la formazione e motivazione del personale, il sistema di accoglienza, l'informazione e il coinvolgimento positivo dei pazienti e di tutti coloro che entrano nell'organizzazione.
2. La progettazione del comfort, inteso come organizzazione di tempi e degli spazi a misura di persona in quanto i colori, gli arredi, i luoghi, i ritmi sono espressioni di un ospedale che esprime l'attenzione alla persona.

## 2. **LA COOPERAZIONE FUNZIONALE TRA AZIENDE**

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

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

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

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

- Aggiornamento Protocollo di Intesa
  - o Inserire una previsione per la quale nella definizione delle reti assistenziali non tempo dipendenti e nelle reti di patologia vada prevista una relazione tra le strutture appartenenti alla rete assistenziale di "Sapienza" (gli Spoke della rete Sapienza afferiscono agli HUB della medesima);
  - o Inserire una previsione per la quale devono essere sviluppati e favoriti:

- Sul versante assistenziale protocolli assistenziali condivisi e PDTA interaziendali,
  - Sul versante tecnico-amministrativo che si sviluppino iniziative funzionali a mettere insieme competenze e soluzioni.
- Aree di collaborazione in ambito assistenziale
    - Costituzione della rete oncologica o piattaforma oncologica “Sapienza”,
    - Costituzione della piattaforma di genetica (laboratorio + genetica medica) “Sapienza”,
    - Costituzione della piattaforma delle malattie infettive “Sapienza”,
    - Sviluppo di piani comuni e integrati di formazione principalmente rivolti agli ambiti disciplinari oggetto di integrazione.
  - Aree di collaborazione in ambito tecnico-amministrativo
    - Ufficio interaziendale per l'HTA delle tecnologie,
    - Sviluppo di soluzioni integrate e innovative per la transizione digitale,
    - Sviluppo di piani comuni e integrati di formazione rivolti in particolare al middle management,

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

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

#### **c. LO SVILUPPO DELLE RETI CLINICHE INTERAZIENDALI FUNZIONALI**

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

Formalizzazione nel corso del 2023 le reti cliniche funzionali interaziendali riguardanti i seguenti percorsi:

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

### **3. OSPEDALE SENZA MURI**

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

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

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

La realizzazione di un sistema di networking è attualmente uno dei temi centrali della programmazione sanitaria. Negli ultimi anni le organizzazioni in rete sono state promosse come una risposta di forte interesse

per affrontare alcune delle preminenti esigenze delle attuali organizzazioni sanitarie. In particolare, le reti vengono giudicate fondamentali per raggiungere obiettivi di qualità e sostenibilità delle cure che altri modelli organizzativi non riescono a soddisfare pienamente.

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

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

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

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

La creazione di una rete di Centrali Operative Territoriali (COT e COT-D) e Ospedaliere (COT-H) per la transizione e l'integrazione tra l'ospedale, con le sue alte specialità e l'assistenza territoriale, con le sue articolazioni organizzative nei diversi setting del post-acuto, è in corso di attivazione presso tutte le ASL e le AO della Regione Lazio, come previsto anche nella recente DGR della Regione Lazio n. 976 del 28.12.2023 “Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 - 2026”.

L'istituzione di una Centrale Operativa Ospedaliera (COT-H) da parte dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, rientra nelle azioni attese nel progetto condiviso con le ASL territoriali del quadrante nord-est, ASL RM 1, ASL RM 4 e ASL RM 5, oggetto di una convenzione adottata con deliberazione n. 911 del 02.08.2023, che nel corso del 2024 sarà allargata con le ASL di Rieti e Viterbo.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha adottato un modello operativo per la gestione integrata dei percorsi assistenziali in continuità tra ospedale e territorio, definito nella procedura P/919/151 “Procedura per l'attivazione della Centrale Ospedaliera delle dimissioni”, adottata con deliberazione n. 531 del 10.05.2023.



In quanto struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria, la COT-H opera in continuità con le altre professioni sanitarie e con le unità operative di ricovero, con funzioni di facilitazione per l'appropriatezza del percorso assistenziale e per le relazioni inter e intra professionali nel cambio di setting.

Lo staff è costituito da operatori appartenenti a profili diversi, medici di direzione sanitaria, infermieri, assistenti sociali; al suo interno opera un pool di figure professionali esperte nella valutazione avanzata dei casi e nella pianificazione del percorso di dimissione. A seconda delle specifiche esigenze, il team è integrato da professionisti con diverse competenze, afferenti alle unità operative dell'Azienda, medici specialisti e altri professionisti sanitari che vengono attivati sulla base delle caratteristiche e della complessità dei casi.

Nell'assolvimento delle sue funzioni, la COT-H non si sostituisce alle attività proprie dei reparti di ricovero, ma rappresenta l'interfaccia dell'ospedale per il territorio, nella pianificazione delle dimissioni complesse che richiedono la presa in carico del paziente e l'organizzazione logistica della transizione verso il setting territoriale di destinazione. La COT-H non entra in contatto diretto con il paziente, poiché il rapporto con il paziente e la sua famiglia è gestito dai professionisti che lavorano all'interno delle degenze, ma interviene su casi già identificati in reparto come eleggibili per dimissione complessa.

La complessità e la natura multidisciplinare del percorso di dimissione dei pazienti richiedono il coinvolgimento e la stretta collaborazione di diverse figure professionali che cooperano in funzione delle proprie competenze e nelle varie fasi del percorso di dimissione, come rappresentato nella flow-chart alla pagina seguente.

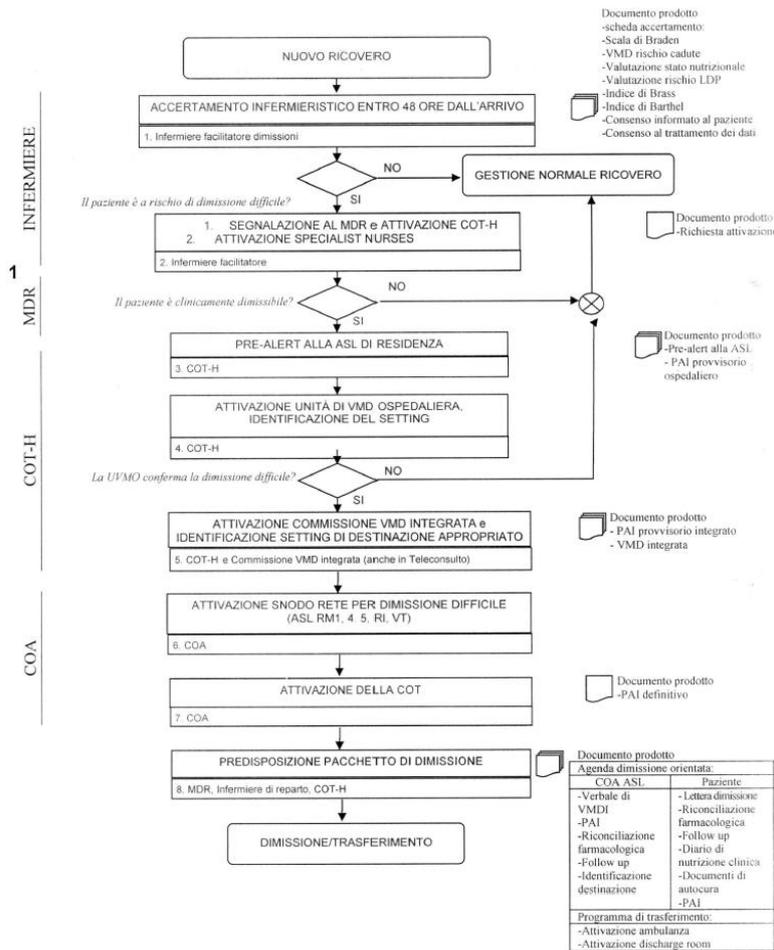
In reparto, l'identificazione e la stratificazione prognostica dei casi potenzialmente a rischio di complessità clinica o di fragilità sociale/familiare avviene mediante un processo di raccolta e classificazione dei dati, effettuato dagli infermieri nelle sezioni della cartella clinica informatizzata, "Accertamento Infermieristico" e "Moduli". Tali sezioni constano rispettivamente di schede configurate sugli 11 Modelli Funzionali della Salute di M. Gordon e di schede contenenti scale di valutazione e indici di rischio per l'inquadramento del bisogno assistenziale.

Sulla base delle risultanze dell'accertamento infermieristico, è possibile rilevare la condizione di rischio potenziale e formulare una previsione per dimissione difficile, con attivazione della centrale operativa da parte del medico di reparto.

All'attivazione della Centrale Operativa, segue la valutazione di secondo livello del Care Manager per la conferma delle criticità socio-assistenziali, con segnalazione di pre-alert all'ASL di residenza del paziente e convocazione della Unità di Valutazione Multi Dimensionale ospedaliera (UVMD-H). La UVMD-H identifica le necessità assistenziali del paziente e il corretto setting per la prosecuzione in post-acuzie, redige il Piano Assistenziale Individuale provvisorio (PAI) e lo invia all'Asl di residenza del paziente.

In seguito al confronto tra la UVMD-H e la Unità di Valutazione Multi Dimensionale Territoriale (UVMD-T), il caso clinico viene preso in carico dalla COA dell'ASL di residenza, redigerà il PAI definitivo e programmerà il trasferimento presso la struttura individuata.

Alla dimissione del paziente con trasferimento presso la struttura individuata, viene predisposta l'"Agenda di Dimissione" da consegnare al paziente, che raccoglie la lettera di dimissione, la scheda di riconciliazione farmacologica, le prestazioni di follow-up (comprehensive di prenotazioni, comprese quelle in telemedicina), l'eventuale diario di nutrizione clinica, i documenti per l'autocura, il PAI e tutti i riferimenti e contatti.



Tutto il processo è documentato sulla piattaforma informatizzata AREAS che, nel corso del 2024, sarà ulteriormente implementata per comprendere anche l'Agenda di Dimissione, per facilitare la documentazione delle varie fasi e la misurazione degli indicatori di monitoraggio.

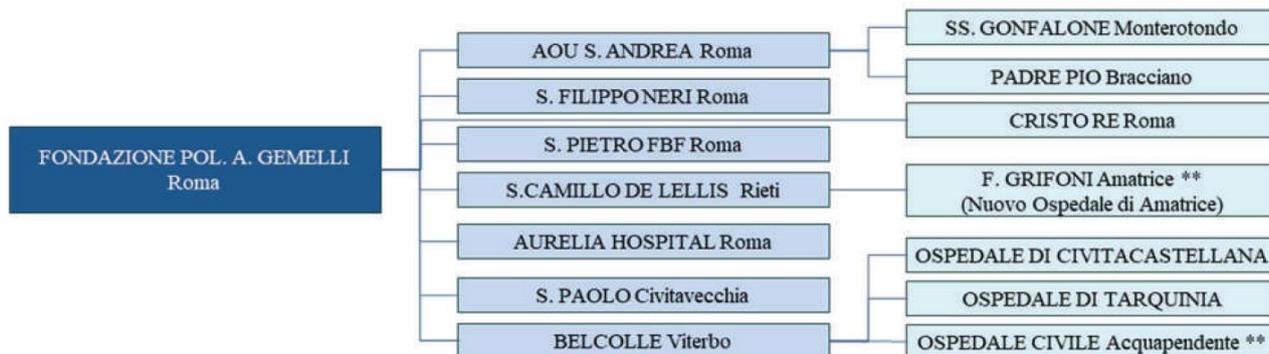
Sempre nel 2024 sarà perfezionato un accordo con AGENAS e il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, per la condivisione degli indicatori di monitoraggio, ospedalieri e territoriali, utili per il monitoraggio delle criticità e l'individuazione delle eventuali azioni correttive per il miglioramento continuo del processo.

### c. SVILUPPO E GESTIONE DELLE RETI DI EMERGENZA URGENZA

La gestione dell'emergenza sanitaria della Regione Lazio, aggiornata con la DGR n. 869 del 07.12.2023 "Approvazione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015", si avvale delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate per il sistema di risposta ospedaliera e dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES I 18) per le attività di gestione e coordinamento della fase di allarme e di risposta extraospedaliera. Il sistema dell'emergenza si integra con la continuità assistenziale garantita dall'ARES I 18 e dalle Aziende Sanitarie.

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

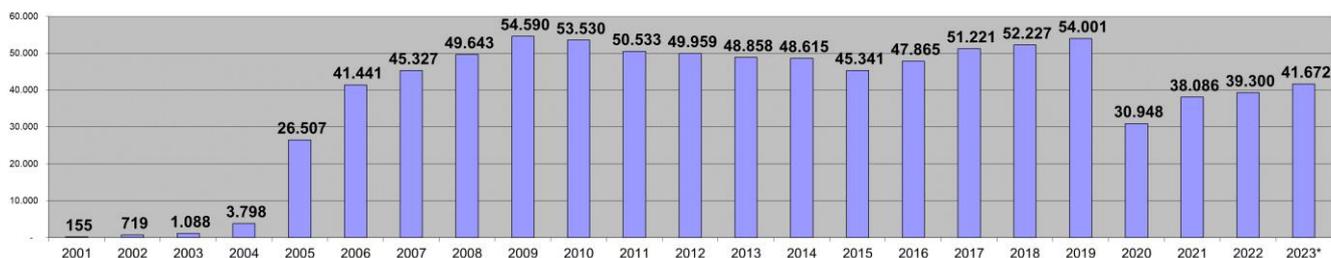
Nell'ambito della rete dell'Emergenza regionale, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea è inquadrata dal 2010 come DEA di I livello ed è ricompresa nella Macroarea che afferisce alla Fondazione Policlinico A. Gemelli, come rappresentato nello schema seguente:



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

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

Numero di accessi annuali in Pronto Soccorso/ DEA



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

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

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

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

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

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

L'analisi di dettaglio sui dati di attività degli ultimi 2 anni, rappresentata nelle seguenti tabelle, evidenzia un aumento del numero degli accessi complessivi (+6%), accompagnato da un incremento dei casi più gravi (codici rossi: +33,9%, codici arancio +17,2%) e da una criticità rispetto ai tempi di attesa e ai tempi di trattamento.

2022	Conteggio casi							2023						TREND 2023 vs 2022						
	TRIAGE	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	non eseg.	Totale	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	Totale	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	Totale
a domicilio		719	4.094	5.292	9.628	159	24	19.916	1.057	4.909	5.503	9.482	209	21.160	338	815	211	-46	50	1.244
ricovero		1.926	3.268	1.869	892	13	8	7.976	2.524	3.549	1.729	824	14	8.640	598	281	-40	68	1	664
rifiuta ricovero		207	980	844	491	5	4	2.531	303	1.080	750	425	1	2.559	96	100	94	66	-4	28
Trasferito al PS Richiedente		32	96	66	17			211	49	94	63	16		222	17	-2	-3	-1	0	11
trasferito altro irc		217	398	216	56	1		888	226	464	222	76	1	989	9	66	6	20	0	101
Dimissione a strut. residenziale		8	12	7	3	1		31						0	-8	12	-7	-3	-1	-31
Dimissione a strut. ambulatoriali		144	751	575	573	8	2	2.053	263	1.121	767	622	9	2.782	119	370	192	49	1	729
giunto cadavere		12						12	9					9	-3	0	0	0	0	-3
decesso		235	82	34	1			352	239	80	21	2		342	4	-2	13	1	0	-10
non risponde a chiamata		2	264	932	2.512	245	89	4.044	4	311	883	1.721	226	3.145	2	47	49	-91	19	-899
paziente si allontana spontan.		36	213	341	629	60	7	1.286	63	297	445	909	110	1.824	27	84	104	280	50	538
<b>Totale</b>		<b>3.538</b>	<b>10.158</b>	<b>10.176</b>	<b>14.802</b>	<b>492</b>	<b>134</b>	<b>39.300</b>	<b>4.737</b>	<b>11.905</b>	<b>10.383</b>	<b>14.077</b>	<b>570</b>	<b>41.672</b>	<b>1.199</b>	<b>1.747</b>	<b>207</b>	<b>-725</b>	<b>78</b>	<b>2.372</b>

33,9% 17,2% 2,0% -4,9% 15,9%

2022	Conteggio casi per MODALITA' di ARRIVO									2023						TREND 2023 vs 2022						
	MODALITA' DI ARRIVO	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	non eseguito	Totale	Acc medi / die	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	Totale	Acc medi / die	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	Totale
4 - Autonomo		792	6.789	8.192	13.866	467	125	30.231	82,8	1.215	7.531	8.354	13.166	546	30.812	84,4	423	742	162	-700	79	581
1- Ambulanza 118		2.420	2.936	1.657	751	18	6	7.788	21,3	3.083	3.781	1.663	707	18	9.252	25,3	663	845	6	-44	0	1.464
3- Ambulanza privata		249	332	236	67	1	1	886	2,4	408	519	270	83	1	1.281	3,5	159	187	34	16	0	395
8- Altro		19	65	68	104	6	2	264	0,7	28	72	94	121	5	320	0,9	9	7	26	17	-1	56
2- Ambulanza pubblica		55	35	23	14			127	0,3						0,0		-55	-35	23	-14	0	-127
5- Elicottero 118		2	1					3	0,0	2	2	1			0,0	0	1	1	0	0	0	2
6- Altro Elicottero		1						1	0,0			1			0,0	-1	0	1	0	0	0	0
7- Mezzo 118 altre regioni								0	0,0	1					0,0	1	0	0	0	0	0	1
<b>Totale</b>		<b>3.538</b>	<b>10.158</b>	<b>10.176</b>	<b>14.802</b>	<b>492</b>	<b>134</b>	<b>39.300</b>	<b>107,7</b>	<b>4.737</b>	<b>11.905</b>	<b>10.383</b>	<b>14.077</b>	<b>570</b>	<b>41.672</b>	<b>114,2</b>	<b>1.199</b>	<b>1.747</b>	<b>207</b>	<b>-725</b>	<b>78</b>	<b>2.372</b>

2022	Conteggio casi per TEMPO di ATTESA								2023						TREND 2023 vs 2022					
	CLASSE TEMPO DI ATTESA	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	non eseguito	Totale	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	Totale	rosso	arancio	azzurro	verde	bianco	Totale
01- entro 15 min		2.730	2.106	1.747	3.746	221	32	10.582	3.594	2.062	1.719	3.781	338	11.494	864	-44	-28	35	117	912
02- tra 15 e 60 min		786	4.014	2.351	3.417	65	40	10.673	1.109	3.712	2.091	3.738	83	10.733	323	-302	-260	321	18	60
03- tra 60 e 120 min		20	2.034	2.034	2.318	47	23	6.476	30	2.612	1.891	2.049	68	6.650	10	578	-143	-269	21	174
04- tra 120 e 240 min		1	1.466	2.351	2.878	56	20	6.772	4	2.634	2.700	2.213	26	7.577	3	1.168	349	-665	-30	805
05 oltre 240 min		1	538	1.693	2.443	103	19	4.797		885	1.982	2.296	55	5.218	-1	347	289	-147	-48	421
<b>Totale</b>		<b>3.538</b>	<b>10.158</b>	<b>10.176</b>	<b>14.802</b>	<b>492</b>	<b>134</b>	<b>39.300</b>	<b>4.737</b>	<b>11.905</b>	<b>10.383</b>	<b>14.077</b>	<b>570</b>	<b>41.672</b>	<b>1.199</b>	<b>1.747</b>	<b>207</b>	<b>-725</b>	<b>78</b>	<b>2.372</b>

ESITO	Conteggio casi per Percorso					Durata Media di Trattamento (hh:mm)				
	PS	OBI	BOARDING+ OBI	BOARDING	Totale	PS	OBI	BOARDING + OBI	BOARDING	Totale
a domicilio	18.691	1.259	230	980	21.160	5:11	38:07	46:38	78:03	10:58
ricovero	2.916	192	154	5.378	8.640	7:31	37:54	37:17	61:41	42:27
rifiuta ricovero	2.147	56	14	342	2.559	5:50	20:49	17:57	43:23	11:15
Trasferito al PS Richiedente	214			8	222	5:08			19:54	5:40
trasferito altro irc	261	20	13	695	989	10:40	47:17	61:29	66:52	51:34
Dimissione a strut. ambulatoriali	2.393	142	14	233	2.782	7:56	38:16	63:52	74:32	15:20
giunto cadavere	9				9	0:56				0:56
decesso	133	2		207	342	5:52	33:00		67:22	43:15
non risponde a chiamata	3.145				3.145	3:07				3:07
paziente si allontana spontan.	1.767	4	2	51	1.824	3:38	13:54	47:54	45:33	4:53
<b>Totale</b>	<b>31.676</b>	<b>1.675</b>	<b>427</b>	<b>7.894</b>	<b>41.672</b>	<b>5:24</b>	<b>37:34</b>	<b>43:21</b>	<b>63:46</b>	<b>18:08</b>

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

1. Eccessiva pressione del numero degli accessi trasportati con ambulanza I18;
2. Lunghi tempi di attesa tra l'effettuazione del triage e l'inizio del trattamento in Pronto Soccorso;
3. Durata del trattamento in Pronto Soccorso eccessivamente prolungata, soprattutto per i casi da ricoverare in area medica;
4. Da migliorare la realizzazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri dei ricoveri urgenti;
5. Durata della degenza dei ricoveri urgenti in area internistica in media eccessivamente prolungata;
6. Difficoltà a trasferire i pazienti degenti verso le strutture di post-acuzie per la prosecuzione del percorso assistenziale in altro e più appropriato setting.

In funzione di risoluzione di tali criticità e in applicazione della recente Determinazione della Direzione salute e integrazione sociosanitaria della Regione Lazio n. G15959 del 18 novembre 2022 concernente "Revisione del Piano regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso", l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, nel corso del 2023, ha realizzato una serie di azioni volte alla gestione e alla riduzione del sovraffollamento in pronto soccorso, che hanno previsto il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e coinvolti nei percorsi assistenziali di emergenza-urgenza, compresi i responsabili delle UUOO di degenza, tuttora in fase di continua osservazione, monitoraggio e miglioramento.

Dette azioni, sintetizzate di seguito, sono intervenute a livello strutturale e organizzativo nell'ambito delle varie fasi del processo assistenziale e costituiscono un quadro complesso e articolato, oggetto di numerosi provvedimenti attuativi e sviluppato in vari capitoli del presente Piano:

1. Adozione del «Piano Aziendale dei ricoveri da Pronto Soccorso per la gestione del sovraffollamento»;
2. Istituzione del Team Operativo Ospedaliero (TOH);
3. Aggiornamento delle articolazioni organizzative e funzionali aziendali in attuazione del «Piano aziendale dei ricoveri da Pronto Soccorso per la gestione del sovraffollamento: Medicina d'Urgenza, Osservazione Breve Intensiva (OBI), attivazione Area Boarding e reparto Holding»;
4. Adozione della «Procedura per il fast track dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso - P/DEA/05»;
5. Revisione e aggiornamento della «Procedura per la gestione del servizio trasporto infermi extra ed intraospedaliero-P/919/72»;
6. Revisione e aggiornamento della «Procedura accoglienza in PS -P/DEA/01»;
7. Adozione della «Procedura per attivazione centrale ospedaliera di dimissioni- P/919/151»;

8. Adozione della «Procedura per la gestione del percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per accesso e gestione in PS e ricovero- P/DEA/06»;
9. Adozione della «Procedura per la gestione del SEE & Treat- P/DEA/07»;
10. Riorganizzazione dei servizi di accoglienza e di comunicazione interna ed esterna;
11. Riorganizzazione e ampliamento degli Spazi in Pronto Soccorso: Accoglienza, triage, sale codici per profilo di urgenza, OBI, Area Boarding e Medicina d'Urgenza;
12. Potenziamento dei percorsi di Fast Track;
13. Revisione degli standard per codice e definizione del cruscotto di flusso con Regione Lazio e Ares I I8;
14. Adozione della “Procedura per la gestione del percorso in Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'Urgenza, Boarding e Holding area – P/919/149”.
15. Ottimizzazione delle funzioni di Bed Management dedicate al Pronto Soccorso;
16. Monitoraggio del blocco ambulanze presso il PS, con report giornaliero, trimestrale ed annuale.
17. Revisione dei principali percorsi assistenziali:
  - Percorso trauma maggiore
  - Percorso per il trauma cranico
  - Percorso sullo stroke, trombolisi e trombo-aspirazione
  - Percorso sul dolore toracico acuto fino all'angioplastica primaria
  - Percorso paziente emorragico con recupero sangue e PBM
  - Percorso per pazienti con frattura di femore.
18. Sviluppo e adozione, al fine di garantire il monitoraggio “on time” e periodico della gestione del flusso dei ricoveri e del sovraffollamento in Pronto Soccorso, a cura del “Coordinatore aziendale del Team Operativo Ospedaliero (TOH)”, di un cruscotto di monitoraggio in tempo reale e un sistema di reportistica periodica, delle quali si è definito il setting minimo di indicatori;
19. Attivazione della COT-H e definizione dei percorsi/procedure operative per la continuità assistenziale in applicazione dei protocolli di intesa con Asl Rm1, Asl Rm4 e Asl Rm5 finalizzati all'identificazione e al trasferimento dei pazienti ricoverati nel setting assistenziale post-acuto adeguato;
20. Sviluppo e adozione dell'”Accertamento Infermieristico” quale strumento di assessment secondo modelli funzionali Gordon, per l'analisi dei fabbisogni dei pazienti in fase iniziale del ricovero, la personalizzazione della continuità delle cure e la riduzione della durata di degenza mediante strumenti e modelli informatizzati facenti parte della cartella clinica informatizzata;
21. Adozione di un protocollo condiviso tra i professionisti e con le ASL territoriali RMI, RM4, RM5 per la “Dimissione orientata”, finalizzato alla corretta transizione e continuità delle cure nelle strutture intermedie e nel territorio, applicazione in tutti i reparti di degenza.

Tutto il processo viene costantemente monitorizzato attraverso cruscotti informatizzati e reportistica settimanale, mensile e trimestrale, le cui evidenze vengono condivise e discusse periodicamente tra la Direzione, il TOH, la Centrale Operativa ospedaliera e i Responsabili delle Unità Operative.

Le azioni pianificate per il 2024 finalizzate a migliorare il percorso di emergenza-urgenza, soprattutto riguardo alla riduzione dei tempi di attesa e dei tempi di trattamento dei pazienti, sono sintetizzati di seguito:

- Potenziamento dell'organico afferente al Pronto Soccorso, personale medico e infermieristico, già pianificato nel Piano Assunzionale triennale 2023-2025;
- Revisione e aggiornamento delle articolazioni organizzative e funzionali aziendali in Area Medica riguardanti l'aumento dei posti letto di degenza della Medicina d'Urgenza da 8 a 16, la riallocazione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) con l'aumento dei posti da 8 a 10, la razionalizzazione dell'Area Boarding e del reparto Holding;
- Attivazione del Triage Avanzato quale modello organizzativo finalizzato al precoce inquadramento dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso e alla riduzione dei tempi di attesa;

- Facilitazione dei trasferimenti verso altre strutture curate dalla COT-H, anche in applicazione della DGR n. 899 del 14.12.2023, che individua le ulteriori strutture private accreditate per consentire l'efficiente e tempestivo trasferimento dei pazienti provenienti dai P.S. degli Ospedali A.O.U. Sant'Andrea, Policlinico Universitario Umberto I, P.O. S. Pertini, Policlinico Tor Vergata, Ospedale Casilino, Ospedale Vannini, definendo posti letto disponibili e le relative afferenze;
- Estensione del protocollo condiviso tra i professionisti e con le ASL territoriali RMI, RM4, RM5, con altre ASL territoriali di Rieti e Viterbo, per la "Dimissione orientata", finalizzato alla corretta transizione e continuità delle cure nelle strutture intermedie e nel territorio;
- Potenziamento delle attività di Tele-Consulto con le strutture costituenti i nodi delle principali reti assistenziali regionali (HUB-SPOKE), compresa la rete per l'Emergenza, utilizzando la piattaforma regionale TELE-ADVICE.

#### **d. SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO**

Nell'ambito della programmazione regionale dell'offerta di assistenza perinatale, la Regione Lazio, con la DGR n. 869 del 07.12.2023 "Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" ha escluso la prevista realizzazione di un punto di offerta di I livello perinatale presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea.

Sul piano strutturale e organizzativo, l'Azienda ha comunque pianificato la realizzazione delle attività nei seguenti ambiti:

##### **1. Programmazione delle dotazioni tecnologiche**

L'intervento di riqualificazione del DEA aziendale, inserito nel programma dei lavori per il Giubileo del 2025, prevede la ristrutturazione e l'ampliamento degli Ambulatori di Ginecologia e di Pediatria presso il Pronto Soccorso. Nel corso del 2024 si procederà all'analisi dei fabbisogni e alla pianificazione degli acquisti/integrazioni delle piattaforme informatizzate con la Cartella informatizzata ginecologica e pediatrica.

##### **2. Sviluppo di percorsi assistenziali integrati**

- Percorso patologie ginecologiche benigne e maligne,
- Percorso endometriosi, adenomiosi,
- Percorso Ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza,
- Percorso infezioni sessualmente trasmissibili e patologie HPV correlate,

##### **3. Sviluppo dei percorsi per la gestione delle patologie pediatriche di alta complessità**

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

#### **e. LA RETE PER LA SALUTE MENTALE**

Il Piano regionale di azioni per la Salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione", approvato con la DGR n. 762 del 29.09.2022, in continuità con il Piano di Azione Europeo 2013-20201, individua e definisce gli obiettivi e le azioni strategiche necessarie per potenziare e qualificare l'assistenza a tutela della salute mentale della persona accompagnandola in tutto il ciclo della propria vita, dal concepimento alla nascita - con interventi a supporto dei genitori e del contesto familiare -, nelle successive fasi dell'infanzia, adolescenza, età adulta ed età senile<sup>2</sup>, con interventi sulla persona e sul gruppo familiare e/o di appartenenza.

Il Piano regionale mira al rafforzamento dei sistemi per la salute mentale con l'interazione di tutti i partecipanti istituzionali pubblici, del privato accreditato e del terzo settore, in modo tale che le persone possano essere curate il più possibile nei contesti familiari e di comunità o attivando progetti terapeutici riabilitativi

individualizzati basati sul budget di salute che rappresentano un'importante innovazione tesa ad evitare la cronicizzazione della patologia psichica della persona e a favorire la sostenibilità per il S.S.R..

Nell'ambito dello scenario delineato dal Piano regionale, caratterizzato da una serie di azioni volte a migliorare e qualificare la rete integrata dei servizi sanitari territoriali, distrettuali e ospedalieri, che a vario titolo intervengono con prestazioni e trattamenti a tutela della salute mentale dei cittadini, intercettando precocemente il bisogno e diversificando in modo appropriato le tipologie di risposta, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea garantisce il livello assistenziale ospedaliero attraverso la UOC Psichiatria, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero, in applicazione della Determinazione regionale n. G08249 del 24.06.2022, che aggiorna i bacini di afferenza per il ricovero in SPDC come riepilogato nella tabella seguente:

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

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

#### I. Servizio di salute mentale di precisione e farmacogenomica

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

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

Il Servizio è rivolto principalmente a pazienti ambulatoriali che manifestano:

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

Aree di sviluppo futuro:

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

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

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

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

Lo sviluppo e l'adozione dell'applicativo SIEI 18 consentirà il monitoraggio in tempo reale della disponibilità di posti letto negli SPDC a livello regionale e la gestione ottimizzata della ricerca di posto letto e conseguente trasferimento inter-ospedaliero dei pazienti psichiatrici acuti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **g. SERVICE DESIGN E OTTIMIZZAZIONE DELLE PIASTRE PRODUTTIVE**

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

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

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

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

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

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

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

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

L'adozione dei principi e dei metodi del Service Design risulta elemento centrale nelle strategie e nelle politiche dell'AUO Sant'Andrea al fine di migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'esperienza degli utenti - pazienti, familiari e operatori sanitari - attraverso l'ottimizzazione dei processi, la semplificazione delle interazioni e la creazione di soluzioni efficaci e a misura di tutti gli attori coinvolti con l'obiettivo di ottenere un ambiente di cura che sia sicuro, compassionevole, efficace ed efficiente.

Nel corso del 2023 è stata costituita una task-force multiprofessionale e multidisciplinare di oltre 30 operatori che ha seguito un percorso strutturato di formazione e che ha sviluppato alcuni ambiti progettuali nei seguenti settori ritenuti critici:

- **Revisione del percorso oncologico ambulatoriale e day hospital:**

L'analisi del percorso oncologico degli "out-patient" ha evidenziato le seguenti criticità:

1. non tutta l'attività ambulatoriale si svolge presso un'unica sede (empiano 5° ovest e ambulatori al piano terra);
2. i pazienti arrivano con congruo anticipo anche sovrapponendosi a quelli delle precedenti fasce orarie per difficoltà legate al traffico e alla disponibilità di parcheggi;
3. non tutti i pazienti in attesa sono provvisti di tagliando parcheggio per disabili;
4. non tutti i pazienti dei percorsi mammella polmone e colon-retto sono arruolati da PACO o passano per DTM (no presa in carico del case management);
5. numerosi pazienti e care giver in attesa per le diverse linee di attività (cure simultanee, terapia, DH, visite ecc..) sostano nelle aree comuni del servizio (sale di attesa, corridoi, aree esterne alla porta di ingresso). Alcuni sono in piedi per mancanza di disponibilità di sedute ;

6. le aree di attesa sono poco confortevoli e sprovviste di distributori automatici per bevande calde/snack; prese Usb per ricariche di dispositivi, video;
7. alcuni pazienti si presentano di propria iniziativa senza appuntamento, in quanto non trovano precedente interfaccia telefonica;
8. per le attività di visita, richieste farmaci/infusioni, pianificazione della terapia, vengono utilizzati diversi applicativi informatici non integrati fra loro, determinando una frammentazione delle attività del processo e difficoltà di coordinamento dei vari specialisti coinvolti nel percorso di cura;
9. i pazienti che escono dalla visita hanno un'impegnativa con una data presunta di successivo appuntamento, ma di prassi non prenotano la visita successiva allo sportello CUP. Quasi tutti questi pazienti tornano con accesso diretto e le prestazioni vengono registrate allo sportello CUP sul momento negli slot liberi e, al completamento di questi, in forzatura;
10. la visita pre-terapia e le infusioni chemioterapiche, si articolano su 2 giorni con accesso in presenza;
11. le chemioterapie infusionali sono programmate su 9 postazioni (3 poltrone su 3 stanze) con un massimo di 37/ die e mediamente circa 30 giornaliere;
12. nelle interviste gli utenti si lamentano prioritariamente delle lunghe attese e della numerosità degli accessi anche ravvicinati;

Le misure organizzative individuate per ridurre la frammentazione del percorso, ridurre i tempi di attesa e garantire una migliore soddisfazione degli utenti già in corso di realizzazione sono:

- Individuazione di aree di parcheggio riservate per gli utenti fragili;
- Razionalizzazione delle aree di attesa e rinnovo arredi per garantire un migliore comfort;
- Riconfigurazione condivisa delle agende congruente con l'organizzazione attuale;
- Configurazione di agende per televisita per ridurre la numerosità degli accessi;
- Incremento prenotazioni per nuovo appuntamento alla fine della visita presso lo sportello CUP;
- Eliminazione di Terap Core e utilizzo dell'applicativo Log 80;
- Integrazione tra gli applicativi Log 80 Areas e Recup;

La pianificazione delle fasi delle attività previste è rappresentata nel seguente diagramma.



#### - **Revisione del percorso ambulatoriale in Ortopedia:**

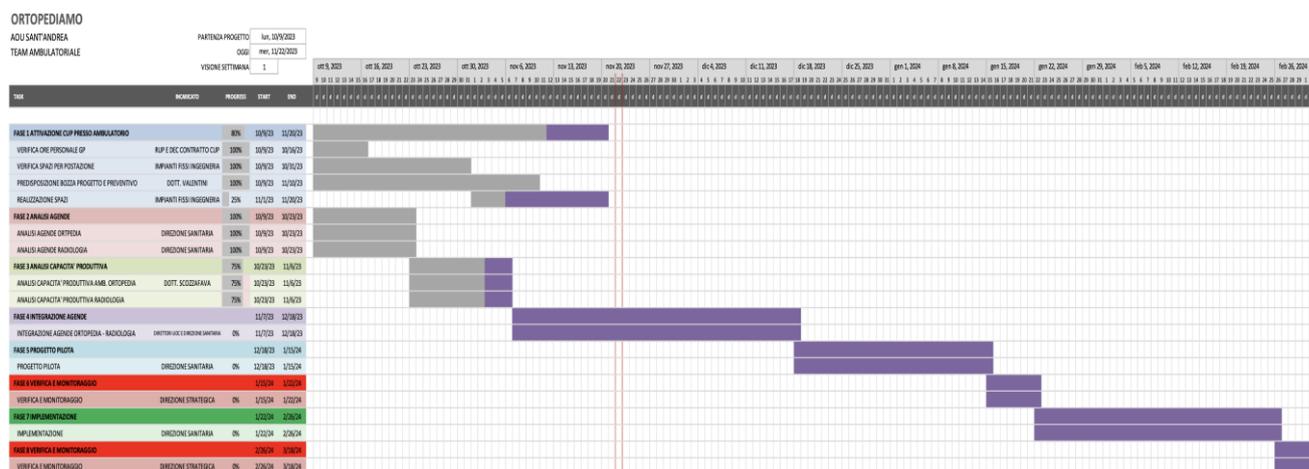
E' stato rilevato che gli ambulatori di Ortopedia risentono di problematiche relative al sovraffollamento degli spazi per la concentrazione delle prestazioni nella prima fascia della mattina. Non essendo razionalizzata l'affluenza, la criticità si accentua per il fatto che il paziente, per il completamento del percorso diagnostico-terapeutico, deve recarsi in diverse aree, effettuando più e più attese. Un'ulteriore criticità riguarda la gestione delle visite di controllo.

Analizzando i dati di attività, è risultato evidente la concentrazione delle prestazioni nelle prime fasce orarie di apertura sia dell'ambulatorio che della radiologia; per l'ambulatorio il picco si ha alle ore 8.00 mentre per la Radiologia alle ore 9.00; nel complesso si può vedere come le prime due ore di apertura dell'ambulatorio rappresentino il 54% delle prestazioni mentre per la radiologia nella fascia oraria 8.00 - 10.00 si hanno il 52% delle prestazioni.

Le misure organizzative individuate per ridurre la frammentazione del percorso, ridurre i tempi di attesa e garantire una migliore soddisfazione degli utenti già in corso di realizzazione sono:

- Razionalizzare le Agende di prenotazione attraverso la definizione di percorsi dedicati per l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti e consentire gli accessi scaglionati durante il periodo di attività di mattina e primo pomeriggio;
- Integrazione delle Agende di Ortopedia e Radiologia per consentire al paziente di prenotare entrambi i servizi lo stesso giorno;
- Attivazione di una postazione CUP dedicata.

La pianificazione delle fasi delle attività previste è rappresentata nel seguente diagramma.



### - Progetto “Pronto subito”:

Il paziente che accede al Pronto Soccorso ha un tempo di permanenza, definito come tempo di stazionamento in PS dalla presa in carico alla chiusura del caso con il rinvio del paziente a domicilio o con il ricovero urgente presso un reparto di degenza, superiore alle 8 ore. Questo tempo attualmente risulta essere superiore allo standard regionale di riferimento e a quanto previsto dalla procedura aziendale (P/919/149).

Al momento del Triage viene eseguita l'accettazione del paziente con la sola valutazione oggettiva e soggettiva del problema. Il modello di Triage utilizzato è quello Globale ma che non vede ancora l'attuazione di attività infermieristiche tipiche del Triage Avanzato. Dal Triage alla chiamata per la visita medica, l'attesa è a carico degli infermieri di triage che possono/devono fare frequenti rivalutazioni sulle condizioni dei pazienti. Questo influisce sulla durata generale di permanenza in Pronto Soccorso che al momento risulta troppo elevata.

L'obiettivo del progetto consiste nel ridurre il tempo di permanenza in pronto soccorso prima del “destino” attraverso l'implementazione del Triage Avanzato attraverso l'elaborazione dei protocolli di Triage Avanzato per attività infermieristiche, riguardanti le seguenti condizioni cliniche: sincope, dolore addominale, dolore toracico non traumatico, alterazione del ritmo cardiaco, dispnea.

La pianificazione delle fasi delle attività previste è rappresentata nel seguente diagramma.

PRONTO SUBITO- PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE TRIAGE AVANZATO			ANNO 2023						ANNO 2024			
			Ottobre		Novembre		Dicembre		Gennaio		Febbraio	
Fase	Attori coinvolti	ATTIVITA'	1-15	16-30	1-15	16-30	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-28
1	GdL	Definizione del progetto e analisi del contesto										
2	GdL e CdG	Richiesta dati CdG e analisi degli stessi										
3	GdL e Ing osp	Individuazione spazi per attivazione Triage avanzato										
4	ing. Ospedaliera	Valutazione proposte fattibilità spazi PS										
5	GdL	Presentazione/condivisione progetto alla DG e alle funzioni interessate (DS-Prof sanit-Dir PS)										
6	CdG	attivazione monitoraggio periodico dati flussi PS										
7	DS	costituzione gruppo di lavoro PS per protocolli e inizio lavori-elaborazione										
8	ing. Ospedaliera	adeguamento strutturale -lavori ristrutturazione locali										
9	PS-ABS	definizione attrezzature e proposta di acquisto										
10	Serv. Informatici	richiesta definizione tempistica per adeguamento informatico e attuazione										
11	GdL- formazione	formazione operatori PS										
12	Personale PS	avvio triage avanzato										
13	GdL	avvio attività monitoraggio indicatori										

LEGENDA

CdG controllo di gestione  
GdL gruppo di lavoro  
ABS acquisizione beni e servizi  
PS pronto soccorso  
fine attività

In applicazione del modello “Service Design” e attraverso il coinvolgimento dei professionisti protagonisti dei percorsi assistenziali e la costituzione di “tavoli/team di lavoro” multi-professionali e multi-disciplinari con finalità di “facilitazione” dell’analisi e della progettazione organizzativa, più diffusamente presentata nella politica numero cinque - “Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura”, l’Azienda, a partire dal 2023, ha avviato lo sviluppo e il miglioramento delle seguenti piastre produttive:

- Sale operatorie e percorso chirurgico programmato

In applicazione della Determinazione regionale n. GI 1271 del 01.10.2020, che recepisce l’Accordo Stato-Regioni Rep. atti n. 100/CSR/2020 di approvazione delle Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato, l’Azienda ha ridefinito, con il Piano aziendale per la gestione del percorso del paziente chirurgico programmato (PN/919/15), adottato con deliberazione n. 608 del 25.05.2023, le responsabilità e le modalità organizzative per governare il processo di prenotazione-inserimento in lista di attesa, chiamata del paziente in pre-ospedalizzazione, ammissione ed esecuzione dell’intervento chirurgico entro i tempi previsti per la relativa classe di priorità del paziente.

Il modello organizzativo individuato, sviluppato anche con il coinvolgimento dei professionisti interessati, prevede l’informatizzazione di tutte le fasi del processo che va dalla prima visita chirurgica all’inserimento del paziente in lista di presa in carico, all’inserimento in lista di attesa, con attribuzione della classe di priorità, alla chiamata del paziente in preospedalizzazione, per seguire con l’ammissione al ricovero entro i tempi massimi previsti dalla classe di priorità e con la programmazione settimanale delle liste operatorie, finendo con la registrazione sul registro operatorio informatizzato di tutte le informazioni previste per legge da inserire su ogni verbale operatorio.

Il processo regolamentazione e di informatizzazione, finalizzato anche all’efficientamento del processo per aumentare il tasso di utilizzo delle sale operatorie, sarà completato nel corso del 2024 attraverso:

- Revisione del Regolamento di sala operatoria,
  - Informatizzazione della pianificazione e distribuzione delle sedute operatorie in funzione della dotazione di risorse e del numero di pazienti in lista di attesa,
  - Informatizzazione delle liste operatorie settimanali,
  - Sviluppo e distribuzione periodica di una reportistica ad hoc per il monitoraggio continuo.
- Reparti di degenza a ciclo continuo e diurno: revisione dell’allocazione dei reparti negli emipiani di degenza e rimodulazione della dotazione dei posti letto in funzione delle liste di attesa e della

riconfigurazione dell'offerta basata sull'intensità di cura e sulla realizzazione dei percorsi assistenziali urgenti e programmati. In quest'ambito sono già stati sviluppati e realizzati in un'ottica integrata:

- L'attivazione della Centrale Operativa Ospedaliera,
- La riorganizzazione dell'Ufficio Ricoveri,
- Il potenziamento delle funzioni di Bed Management,
- Il protocollo per la transizione delle cure e "dimissione orientata".

Da realizzare nel 2024:

- La riattivazione del reparto di week-surgery,
- La riattivazione dei reparti di day hospital e day surgery multispecialistici, compatibilmente con l'andamento dell'epidemia influenzale e CoViD-19 e la possibilità di disattivare i reparti dedicati.

- Il Piano aziendale della rete oncologica a l'istituzione del Tumor Board Aziendale

La complessità dei bisogni della persona affetta da patologia neoplastica richiede l'istituzione di una organizzazione secondo un modello che assicuri la presa in carico del paziente, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

A tal fine, con deliberazione n. 499 del 28.04.2023, l'Azienda ha adottato il Piano aziendale della rete oncologica e ha istituito il Tumor Board Aziendale, inserito nella rispettiva rete regionale, con definizione delle connessioni, delle regole di funzionamento, del sistema di monitoraggio, dei requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e delle modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Nell'ambito del processo di presa in carico è istituito il Punto oncologico di accesso e continuità di cura (PACO), quale sede unificata per l'orientamento e l'accesso del paziente, dotata delle figure professionali necessarie per accogliere il paziente, effettuazione delle procedure amministrative di accesso (esenzioni, richiesta ausili e presidi sanitari, supporto ai servizi INPS), informazione ed educazione del paziente, supporto alla continuità delle cure e assistenza per la valutazione di condizioni cliniche evolutive, in collegamento con team multidisciplinare (ex GLAM), responsabile della definizione e della gestione del percorso di cura.

Il Tumor Board aziendale è la struttura di coordinamento dell'attività rivolta ai pazienti oncologici, con particolare riferimento al continuo sviluppo e aggiornamento dei PDTA oncologici, sul piano scientifico e organizzativo, e al supporto ai team multidisciplinari nella individuazione e definizione di opzioni terapeutiche mirate ed evidence-based nei casi complessi.

La programmazione per l'anno 2024 prevede l'informatizzazione della documentazione e del monitoraggio del processo di diagnosi, presa in carico, cura e follow-up, anche attraverso l'implementazione della piattaforma NAVIFY Tumor Board per facilitare il processo di raccolta dati per ogni paziente discusso, supportare il team nelle scelte migliori per il trattamento e tracciare le decisioni prese.

- La riorganizzazione degli ambulatori: la revisione dell'offerta delle prestazioni sanitarie per gli "outpatient", cioè erogate in regime ambulatoriale, su cui il sistema sta puntando per ricercare forme di erogazione più appropriate ed efficienti dal punto di vista organizzativo, in relazione al mutamento del quadro epidemiologico e tecnologico, riveste importanza strategica, sia per la realizzazione di percorsi assistenziali che soddisfino una domanda di secondo e terzo livello, sia per il reclutamento dei pazienti che necessitano la prosecuzione in setting assistenziali più complessi, sia per la garanzia del follow-up, in una logica di reale presa in carico del paziente stesso.

Pertanto, la Direzione Strategica ha già avviato la revisione e razionalizzazione della distribuzione e dell'organizzazione dell'offerta ambulatoriale, declinata in tutti i suoi ambiti – APA, PAC, chirurgia ambulatoriale, prime visite, visite di controllo, prestazioni diagnostiche e strumentali, al fine di ottenere un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'utilizzo delle risorse condivise tra le varie discipline nell'ambito dei relativi PDTA.

- La riorganizzazione dei laboratori: miglioramento dell'efficienza dell'utilizzo delle risorse condivise tra i laboratori aziendali e potenziamento e valorizzazione delle attività specialistiche che connotano l'identità e la specializzazione delle singole equipe, anche in riferimento alle applicazioni dei nuovi sistemi per il sequenziamento del genoma umano, Next Generation Sequencing (NGS);
- La riorganizzazione delle attività di diagnostica d'immagine per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della realizzazione dei percorsi in emergenza-urgenza, dei percorsi diagnostici per i pazienti ricoverati o ambulatoriali, nell'ottica dell'erogazione delle attività in sicurezza per gli utenti e per gli operatori;
- La riorganizzazione dei punti di accesso agli utenti: il Punto Unico di Accesso ai servizi ospedalieri (PUA) con funzione di informazione, accoglienza, orientamento e facilitazione della fruizione dei servizi e il Cup "diffuso", con funzione di facilitazione delle operazioni di prenotazione e accettazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Lo sviluppo degli strumenti per la gestione dell'UFA (Unità Farmaci Antitumorali), la cui ristrutturazione è già pianificata per realizzarsi nel corso del 2024, della logistica e delle politiche del farmaco.

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

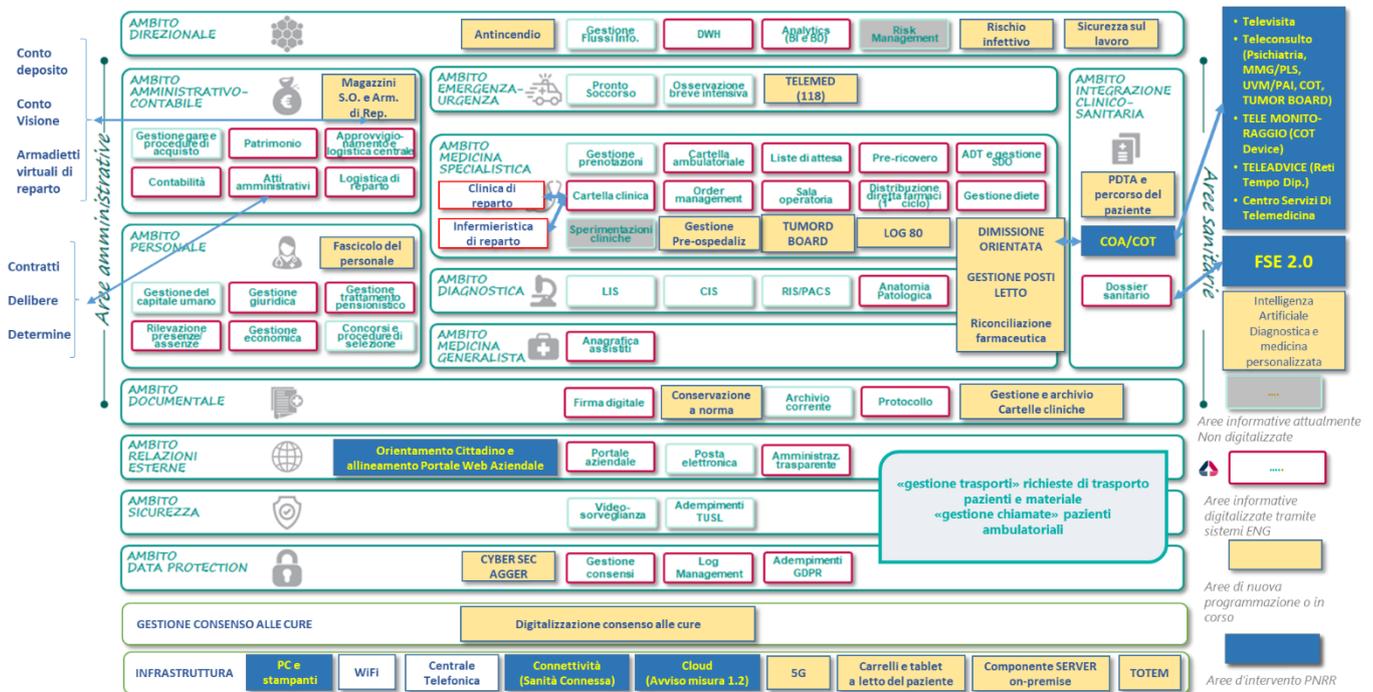
La normativa europea relativa al "European Data Spaces" e la creazione dell'Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale, presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), così come gli enormi investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'implementazione al sistema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

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

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

Nell'ambito di uno scenario e di un mercato dell'innovazione tecnologica altamente dinamico e veloce, che si sta via via definendo, a partire dalla diffusione della Carta d'Identità Elettronica (CIE) come unico sistema di identificazione del paziente e di aggregazione di dati clinici e sanitari, sostituendo tutti gli altri sistemi attualmente in uso, per continuare con la possibilità di generare dati sanitari in modo automatico tramite dispositivi indossabili, la disponibilità di applicazioni che consentono al paziente di raccogliere autonomamente alcuni dati (per esempio, parametri vitali, sintomatologia, assunzione del farmaco ecc.) e di indirizzarli direttamente alla dashboard della struttura o del medico che lo ha preso in carico, la presenza di piattaforme di telemedicina che permettono visite e colloqui a distanza fra personale sanitario e paziente, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha progettato, nel corso del 2023, il proprio "Ecosistema digitale", rappresentato nello schema seguente, quale sistema integrato di ambiti, piattaforme, attività e procedure

trasversali all'intera Azienda e coinvolgenti l'area sanitaria, l'area amministrativa e tutti i fornitori di servizi digitali, sul quale definire la pianificazione degli investimenti, la pianificazione della formazione del personale, la revisione dei processi, la documentazione e la certificazione delle attività in ottica digitale.



L'Azienda ha avviato il completamento della digitalizzazione delle attività assistenziali che realizzano i percorsi di diagnosi e cura e sviluppare progressivamente percorsi di telemedicina in una logica di integrazione con le ASL territoriali, secondo le seguenti due direttrici:

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

- Sviluppo dei sistemi di telecontrollo per l'aderenza terapeutica.

Il quadro complessivo degli investimenti pianificati nel triennio per realizzare l'Ecosistema Digitale aziendale è sintetizzato nella seguente tabella.

DESCRIZIONE INTERVENTO E TIPOLOGIA DI INVESTIMENTO		Valore economico (su costi anno 2023)				
Descrizione dell'investimento (titolo)	Ambito investimento	Valore economico anno 2023	Valore economico anno 2024	Valore economico anno 2025	Valore economico anno 2026	Totale valore economico
Sale operatorie (areas BO)	Sanitario		61.000 €	61.000 €	61.000 €	183.000 €
Tumor Board - Navify	Sanitario	36.145 €	36.145 €	36.145 €		108.434 €
UFA - LOG 80	Sanitario	47.346 €	31.232 €			78.578 €
UFA - LOG 80 - SERVIZI ENGINEERING	Sanitario	37.759 €				37.759 €
COT	Sanitario	42.700 €				42.700 €
DEVICE PER TELEMEDICINA COT	Sanitario	71.328 €				71.328 €
PDTA - SOFTWARE	Sanitario	204.350 €	148.840 €			353.190 €
Orientamento al cittadino	relazioni esterne		366.270 €			366.270 €
Orientamento al cittadino - Navigazione indoor	relazioni esterne		61.000 €			61.000 €
Cyber security - Elettromedicali	Cyber security	32.533 €	97.600 €	97.600 €	65.067 €	292.800 €
Cyber security - IT	Cyber security	51.761 €	207.044 €	207.044 €	155.283 €	621.133 €
Cyber security - Firewall virtuale	Cyber security		32.533 €	32.533 €	32.533 €	97.600 €
Cyber security - TERZA COPIA DI BACKUP	Cyber security	24.400 €	73.200 €	48.800 €		146.400 €
PDL e stampanti	Infrastruttura	155.153 €	729.338 €			884.491 €
ESPERTO INDIPENDENTE	Infrastruttura	58.938 €				58.938 €
LAN 7	Infrastruttura	225.962 €	395.731 €			621.693 €
CLOUD ITALIA	Infrastruttura	680.000 €				680.000 €
TELEFONIA - SOSTITUZIONE PARCO DECT	Infrastruttura	12.200 €	12.200 €	12.200 €		36.600 €
CARRELLI E MONITOR	Infrastruttura		366.000 €	427.000 €		793.000 €
TABLET MEDICALI	Infrastruttura		122.000 €	183.000 €		305.000 €
STAMPANTI DI BRACCIALETTI	Infrastruttura		36.600 €	61.000 €		97.600 €
HW VARIO - Stampanti etichette	Infrastruttura	14.640 €	14.640 €	14.640 €		43.920 €
DIGITALIZZAZIONE DEL FASCICOLO DEL PERSONALE	Amministrativo	45.750 €	183.000 €	183.000 €	183.000 €	411.750 €
<b>TOTALE</b>		<b>1.695.215 €</b>	<b>2.791.373 €</b>	<b>1.180.962 €</b>	<b>313.883 €</b>	<b>6.393.184 €</b>

#### 4. ATTIVITÀ PSICOLOGICA NELLA TRASVERSALITÀ CLINICA ORGANIZZATIVA

##### a. L'ASCOLTO DELL'ALTRO

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

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

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

- formazione nella comunicazione e nella gestione dei rapporti con pazienti e familiari con specifico riferimento a alcune aree di particolare criticità (es. comunicazione di decesso, comunicazioni di diagnosi infauste etc.), permettendo di ridurre conflittualità e contenzioso;
- favorire il lavoro d'equipe, a facilitare la corretta comunicazione interna, a facilitare la valorizzazione del potenziale, delle risorse, delle attitudini e delle aspirazioni individuali del personale;

- facilitare la compliance individuale e collettiva alle procedure aziendali per la sicurezza del paziente e dei lavoratori. In tale ambito, particolare attenzione sarà data alla prevenzione e gestione degli atti di violenza ad operatori sanitari e ai rischi di errori procedurali che determinano eventi avversi/eventi sentinella e near miss;

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

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

## **5. RIORGANIZZAZIONE DEL FUNZIONAMENTO DELLA TECNOSTRUTTURA**

Nel dicembre 2022, la Direzione Aziendale ha avviato una riorganizzazione funzionale della tecnostruttura, adottando un nuovo modello gestionale delle attività orientato alla multidisciplinarietà, trasversalità e flessibilità, superando la rigidità dei vecchi modelli al fine di aumentare:

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

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

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

Con la deliberazione n. 107 del 27.01.2023 e s.m.i., la Direzione Aziendale, ha formalizzato la costituzione dei seguenti Gruppi di Lavoro, individuandone l'iniziale composizione multiprofessionale e multidisciplinare, prevedendo una "Cabina di Regia" con funzioni di supporto alla Direzione Strategica e coordinamento e monitoraggio dell'andamento delle attività previste dal Piano aziendale.

1. Cabina di regia e politiche per programmazione, controllo e valutazione delle attività,  
con finalità di supportare la programmazione e il monitoraggio dell'applicazione del Piano Strategico nella dimensione quali-quantitativa e temporale, anche attraverso il coinvolgimento del personale operativo nella gestione di dati e di informazioni attendibili, precise e puntuali e lo sviluppo di cruscotti gestionali evoluti mediante l'integrazione delle piattaforme attualmente presenti in Azienda con lo strumento del data warehouse (DWH).
2. TEAM 2 - Politica per lo sviluppo della progettazione strutturale, impiantistica e tecnologica  
con finalità di continuo aggiornamento del piano tecnologico aziendale e completamento della dotazione tecnologica, coerentemente con le fasi progettuali di realizzazione degli ampliamenti della struttura ospedaliera e delle nuove attività in fase di avvio, come ad esempio il punto di offerta di I livello perinatale.
3. TEAM 3 - Politica per la prevenzione e riduzione del Rischio Clinico, controllo dei processi/ percorsi e valutazione degli esiti  
con finalità di attivazione e coordinamento dei percorsi di audit di gestione del Rischio Clinico, delle attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale in tema di prevenzione del rischio sanitario e di assistenza tecnica verso gli uffici legali aziendali nel caso di contenzioso.
4. TEAM 4 - Politica per la valutazione e lo sviluppo delle risorse umane e del benessere degli operatori  
con finalità di sviluppo e monitoraggio della dotazione organica, coerentemente con il fabbisogno di personale definito in sinergia con Sapienza Università di Roma, di definizione dei piani di formazione aziendale, nonché di sviluppo, applicazione e continuo aggiornamento delle politiche per il benessere degli operatori, nell'ottica della crescita professionale e valorizzazione dei talenti.

5. TEAM 5 - Politica per le strategie di approvvigionamento ed elaborazione dei capitolati di gara con finalità di adeguamento della programmazione degli acquisti agli obiettivi strategici e operativi aziendali prevedendo il coinvolgimento e la partecipazione dei professionisti nella costruzione delle procedure di acquisizione e di gara, di implementazione di un sistema integrato di monitoraggio della corretta gestione e dello scadenziario dei contratti in essere.
6. TEAM 6 - Politica per lo sviluppo del Service Design, applicazione e monitoraggio dell'aderenza ai bisogni dell'utenza con finalità di sviluppare progetti sistemici per il miglioramento dell'accoglienza e della risposta alle necessità individuali, in funzione dell'analisi della stratificazione dell'utenza, e di rafforzare gli strumenti di partecipazione civica, mediante l'istituzione del tavolo del volontariato.
7. TEAM 7 - Politica per la garanzia di equità di accesso alle cure con finalità di analizzare i meccanismi di generazione delle disuguaglianze e individuazione delle fasce vulnerabili, attivare interventi di audit con le professionalità coinvolte al fine di risolvere le criticità e rafforzare le azioni di tutela e presa in carico dei gruppi vulnerabili e di aggiornamento del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE).
8. TEAM 8 - Politica per l'informatizzazione dei processi e sviluppo della telemedicina con finalità di completare l'informatizzazione dei processi in una logica di gestione integrata multiplatforma e di semplificazione delle attività, nonché di progettazione, implementazione e coordinamento con i professionisti delle tecnologie innovative di ICT al fine di erogare servizi di assistenza sanitaria attraverso la telemedicina.
9. TEAM 9 - Verifica e monitoraggio della corretta contabilizzazione dei ricavi aziendali con finalità di verificare e monitorare tutti i processi che generano la valorizzazione della produzione a vario titolo apportando i correttivi necessari onde evitare potenziali situazioni che contribuiscano al peggioramento del risultato di esercizio aziendale.

Nel corso dell'anno 2024, la Direzione aziendale ha previsto l'attivazione dei seguenti ulteriori 2 gruppi multidisciplinari:

10. TEAM 10 - Comunicare in Ospedale e comunicare l'ospedale con finalità di analizzare e implementare appropriate innovative ed efficaci forme e strumenti di comunicazione, condivisione e disponibilità delle informazioni all'interno dell'Azienda e verso i pazienti, i loro familiari e tutti gli altri Stakeholder, includenti la revisione della Carta dei Servizi e del sito web aziendale.
11. TEAM 10 – Sicurezza del dato e protezione del dato digitale con finalità di analizzare e implementare appropriati ed efficaci strumenti e procedure organizzative per la garanzia della sicurezza e riservatezza di tutte le informazioni e dati digitali, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento Ue 2016/679, noto come GDPR (General Data Protection Regulation), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali.

Nell'ambito delle politiche e linee strategiche di rispettiva competenza individuate e condivise con la Direzione Strategica, i suddetti gruppi di lavoro, nel corso del 2023, hanno realizzato le azioni pianificate, oggetto di continuo e progressivo aggiornamento. Si riepilogano di seguito gli obiettivi raggiunti e gli obiettivi da realizzare nel prossimo triennio.

## Gruppo di lavoro “2 - progettazione per lo sviluppo strutturale, impiantistico e tecnologico”

Nel corso del 2023 il gruppo di lavoro ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Valutazione di fattibilità in relazione alla proposta di utilizzo degli spazi ospedalieri nel rispetto dei percorsi organizzativi, degli standard di sicurezza e della migliore distribuzione delle funzioni relativamente al piano terra dell'ospedale,
- Valutazione e progettazione di spazi commerciali,
- Identificazione delle attrezzature necessarie ad ulteriori sviluppi infrastrutturali,
- Individuazione delle risorse economiche con riferimento alle coperture necessarie,

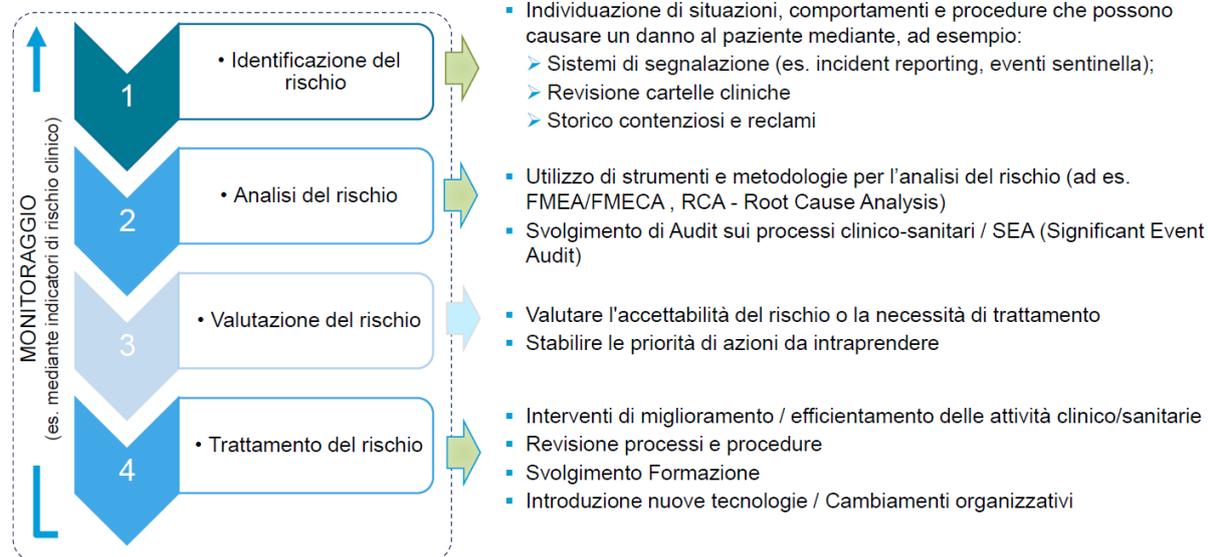
che hanno permesso di progettare le azioni diffusamente descritte nel capitolo relativo alla Politica “Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile” del presente Piano, al quale si rimanda per i dettagli.

## Gruppo di lavoro “3 - prevenzione e riduzione del Rischio Clinico, controllo dei processi /percorsi e valutazione degli esiti”

La corretta gestione del rischio rappresenta una delle principali sfide per le organizzazioni sanitarie ai fini di porre in essere un sistema efficace di Risk Management che garantisca al contempo la prevenzione dei rischi per i pazienti e gli operatori e la creazione di valore per la struttura.

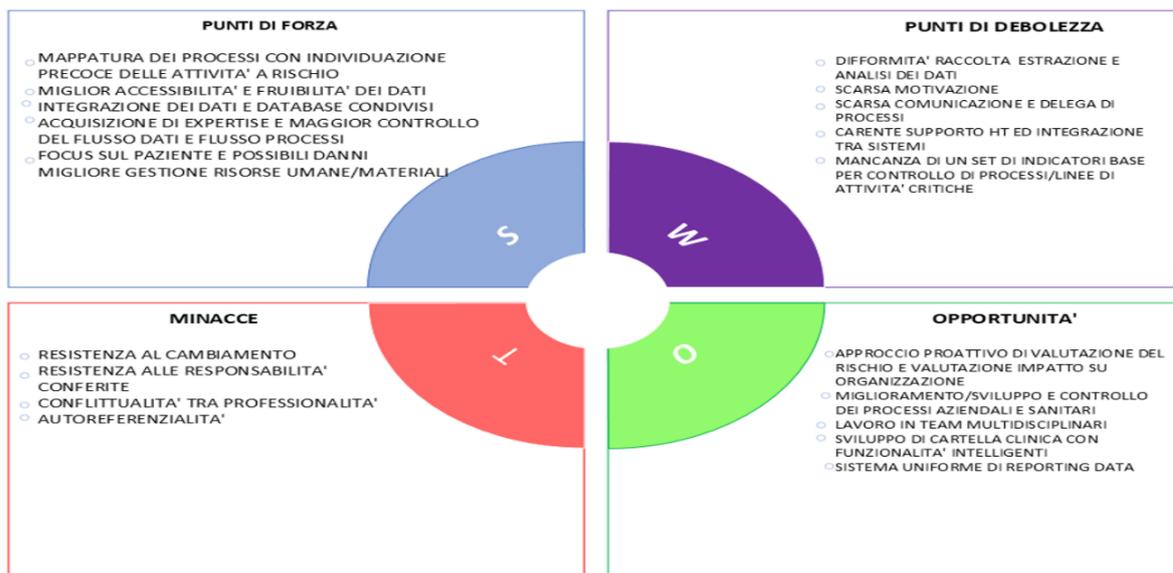
Un'efficace gestione del rischio clinico crea valore in quanto migliora le performance, ottimizza i costi e offre un'immagine più positiva dell'azienda, che ne trae dunque un vantaggio rispetto ai propri competitors. Ha altresì un impatto rilevante sulla gestione dell'azienda in quanto permette di ampliare tutte le prospettive relative alla gestione del rischio: dall'aspetto finanziario (ad esempio, la riduzione dei costi assicurativi) a quello strategico (aumentando la sicurezza del paziente, migliorando la qualità delle cure e riducendo gli sprechi).

Le fasi del Clinical Risk Management:



Nel corso del 2023 il gruppo di lavoro ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Realizzazione di un modello per la valutazione integrata del Rischio  
E' stata analizzata la filosofia dell'Enterprise Risk Management (ERM) attraverso una SWOT analysis, valutando in modo puntuale la nostra organizzazione e gli aspetti di miglioramento che si potrebbero ottenere con implementazione di un ERM.



Sono state valutate alcune soluzioni flessibili e adattabili alla realtà e alla complessità aziendale, individuando quelle che offrono le migliori garanzie in termini di efficacia e sono state predisposte le azioni per consentire all'Azienda la selezione del fornitore adatto agli scopi prefissati.

- **Aggiornamento DVR e DUVRI**

Il Documento di Valutazione dei Rischi è stato aggiornato nel 2023 con particolare riferimento alle seguenti valutazioni specifiche: Rischio Smart Working, Valutazione Aree CoViD-19, Rischio Sostanze Pericolose – Cancerogeni, Valutazione Movimentazione Manuale dei Pazienti nei reparti non ospedalizzati (ambulatori), Stress lavoro collegato.

Il Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti (DUVRI) è stato aggiornato nel corso del 2023 e trasmesso alle funzioni aziendali che si occupano degli appalti, per la corretta gestione della sicurezza durante le attività di selezione dei fornitori.

Nel triennio 2024-2026 il gruppo di lavoro si concentrerà sui seguenti obiettivi:

- Implementazione della piattaforma di Enterprise Risk Management (ERM) come sistema integrato di gestione del rischio, coerente con la pianificazione strategica aziendale, il Piano degli Investimenti, il Piano della Formazione e il Piano aziendale per il Benessere Organizzativo, prevedendo i seguenti step, da realizzare nell'arco del triennio:
  - Mappatura dei processi,
  - Creazione del database complessivo dei rischi,
  - Identificazione indicatori chiave,
  - Formazione del personale,
  - Disegno del framework ERM e risk assesment pilota,
  - Implementazione tool di Risk Management,
  - Estensione a tutte le dimensioni organizzative aziendali.
- Contributo alla definizione dei percorsi assistenziali (PDTA) per la corretta individuazione degli indicatori di monitoraggio di processo e di esito, con particolare riferimento all'informatizzazione delle attività di rendicontazione e di analisi.
- Verifica degli esiti del monitoraggio del rischio infettivo in tutti gli ambiti e supporto alla programmazione delle eventuali misure organizzative preventive e correttive idonee ad annullare o contenere il rischio.

## Gruppo di lavoro “4 - valutazione e sviluppo delle risorse umane e del benessere degli operatori”

Le persone sono al centro dei servizi pubblici e da sempre la qualità dei risultati dipende in larga misura dalle qualità professionali e personali del personale sanitario e non solo che spesso sopperiscono, con il loro impegno e il loro lavoro qualificato, anche a carenze strutturali e a difficoltà operative.

Oggi le amministrazioni pubbliche sono poste di fronte a tre grandi sfide:

1. rendere attrattive le amministrazioni pubbliche per i talenti migliori. La qualità del personale rappresenta la variabile fondamentale per determinare gli effetti delle politiche pubbliche e le amministrazioni devono recuperare una capacità competitiva sul mercato del lavoro per attrarre i giovani migliori. Si tratta di valorizzare il rapporto con le università, di migliorare le logiche di reclutamento e selezione, di favorire più adeguate condizioni di lavoro, di mostrare all'opinione pubblica la rilevanza, la varietà e le opportunità che le amministrazioni pubbliche possono offrire.

2. La seconda sfida riguarda la capacità delle amministrazioni di sviluppare un maggiore senso di appartenenza e motivazione tra le persone che operano nei servizi pubblici. Troppo spesso è possibile osservare personale demotivato che lamenta di non essere stato coinvolto nei profondi processi di riforma che magari ha conosciuto solamente dalla lettura dei quotidiani, ma che nella sostanza ha solamente subito. E' necessario avviare percorsi di ascolto e coinvolgimento dei lavoratori, valorizzare le esperienze riconoscendo ai migliori una differenziazione di condizioni e una visibilità esterna dei risultati ottenuti, investire sull'immagine dei funzionari e del lavoro pubblico.

3. La terza sfida a cui sono poste di fronte le amministrazioni pubbliche è quella dell'adeguamento delle capacità e delle competenze degli operatori. I lavori nelle amministrazioni pubbliche richiedono spesso saperi e capacità professionali di alto profilo e per questo occorre investire nella formazione del personale e in percorsi di apprendimento capaci di sviluppare nuove competenze, capaci di andare oltre ai tradizionali saperi e conoscenze, per entrare anche nello sviluppo delle qualità personali.

Nel corso del 2023 il gruppo di lavoro ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Progetto formativo ed attuativo per gli operatori della Centrale Operativa Aziendale (COA)  
L'attivazione della COA quale funzione centralizzata per la facilitazione delle ammissioni e delle dimissioni ospedaliere (deliberazione n. 594/2023) ha richiesto la definizione di processi organizzativi specifici, responsabilità e modalità operative multiprofessionali e multidisciplinari standardizzate che sono state oggetto di percorsi formativi pianificati ad hoc, con il contributo del gruppo di lavoro. Realizzata nel 2023 la formazione per gli operatori delle unità operative di degenza per l'“esecuzione dell'“accertamento infermieristico”, attivato nel primo trimestre.

- Proposte per il miglioramento del benessere organizzativo degli operatori  
Il progetto propone una serie di azioni positive da implementare per promuovere il benessere fisico, psicologico e sociale della comunità dei dipendenti. Gran parte delle attività sono ideate per essere effettuate a casa, nel proprio tempo libero, attraverso una bacheca digitale interattiva che consentirebbe di raggiungere una platea di potenziali fruitori ampia ed eterogenea, superando i vincoli di spazio del momento. Le numerose iniziative del progetto, alcune sinergiche tra loro, sono raggruppate per tematiche affini in 10 linee progettuali, che includono video-tutorial, pacchetti fitness, ginnastica posturale, yoga, pilates, corsi FAD, webinar, documentazione informativa, per orientare in senso positivo le abitudini di vita dei lavoratori.

Il modello vuole diffondere sani stili di vita anche con distributori gratuiti di acqua e dotazione di borracce aziendali, stimolando la corretta idratazione e riducendo l'uso della plastica. Percorsi di benessere cardiovascolare e nutrizionale, se adottati con valutazioni pre e post, potrebbero restituire risultati efficaci nel tempo delle azioni adottate ed essere incluse come iniziative di promozione della salute da parte della Medicina del Lavoro. Lo specifico percorso di benessere ginecologico rientra nelle iniziative per la promozione della salute delle dipendenti.

Ulteriori proposte riguardano l'attivazione di gruppi balint, video-tutorial di rilassamento, corsi sulla comunicazione e sulle dipendenze e il proseguimento dello sportello ascolto. Una biblioteca di scambio, l'organizzazione di tornei ed altre iniziative di incontri rappresentano l'offerta di socialità.

Altre iniziative in corso di definizione possono essere adottate mediante convenzioni (Palestre, Asili nido, polizze sanitarie integrative, etc.)

<p>Sant'Andrea Home</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creazione di una bacheca digitale per le iniziative aziendali di benessere organizzativo</li> </ul>	<p>Sant'Andrea Care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppi Balint</li> <li>• Programma benessere cardiovascolare</li> </ul>	<p>Sant'Andrea Fitness</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videotutorial di ginnastica posturale</li> <li>• Videotutorial di fitness (personale interno o esterno da definire)</li> <li>• Sfida contapassi</li> </ul>	<p>Sant'Andrea Percorso donna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorso per il benessere ostetrico-ginecologico delle dipendenti in tutte le fasi della vita</li> </ul>	<p>Sant'Andrea Collabora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione SGSL con apposita scheda di segnalazione</li> </ul>
<p>Sant'Andrea a tavola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corsi FAD e video-tutorial per il benessere nutrizionale</li> <li>• Percorsi per il peso ideale</li> </ul>	<p>Sant'Andrea in ascolto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videotutorial per il rilassamento e la gestione delle emozioni negative</li> <li>• Sportello ascolto (già attivo)</li> <li>• Corsi FAD comprendere le diversità</li> </ul>	<p>Sant'Andrea social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biblioteca di scambio</li> <li>• Tornei sportivi interni</li> <li>• Ludoteca (dipendenti, nonni e nipoti)</li> <li>• Iniziative per e con i nostri animali</li> </ul>	<p>Sant'Andrea Business</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corsi per ludopatie e dipendenze</li> <li>• Formazione per gestione finanziaria creditizia</li> </ul>	<p>Sant'Andrea Ecosystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collegamento link AMA per ecosostenibilità</li> <li>• Borracce termiche per dipendenti con logo Sant'Andrea</li> <li>• Creazione appositi distributori di acqua</li> </ul>

Nel triennio 2024-2026 il gruppo di lavoro si concentrerà sui seguenti obiettivi:

- Completamento del progetto formativo per gli operatori della Centrale Operativa Aziendale (COA), con particolare riferimento al personale della COA e all'utilizzo della piattaforma digitale regionale, in corso di attivazione, che consentirà una comunicazione e un'interfaccia comune inter-aziendale.
- Predisposizione e presentazione alla Direzione aziendale del Piano aziendale per il Benessere Organizzativo, quale documento strutturato e coordinato con il piano degli investimenti sulla sicurezza (D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.) e con la piattaforma ERM (Enterprise Risk Management) per la gestione integrata del rischio clinico, in corso di adozione, nel quale sono definite le azioni di monitoraggio, di pianificazione/ implementazione e di condivisione/ comunicazione delle iniziative aziendali inerenti il miglioramento del benessere organizzativo del personale dipendente.
- Predisposizione della "mappatura delle competenze" del personale dipendente che, a cominciare dal personale prescritto, possa diventare un serbatoio di conoscenza utile per la valorizzazione del personale, la promozione dei talenti e la corretta allocazione delle risorse presso le articolazioni aziendali e/o la definizione di ruoli trasversali nell'ambito della facilitazione dei percorsi assistenziali.

### Gruppo di lavoro "5 - strategie di approvvigionamento ed elaborazione dei capitolati di gara"

La necessità di razionalizzare il processo di approvvigionamento di beni e servizi, unitamente all'entrata in vigore del nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs. 31 marzo 2023 n. 36), in vigore dal 1° luglio 2023, ha costituito l'ambito strategico sul quale il gruppo di lavoro, a supporto della Direzione e delle funzioni aziendali che si occupano dei processi di acquisto, dalla definizione dei fabbisogni alla predisposizione dei capitolati di gara, alla selezione dei fornitori, al monitoraggio della fruizione dei contratti e all'eventuale rinnovo degli stessi, ha sviluppato la progettazione organizzativa finalizzata all'adozione di nuove regole e procedure per il governo dei processi.

Il nuovo Codice introduce numerose novità che costituiscono un passo avanti nel processo di liberalizzazione delle commesse pubbliche, ma, al tempo stesso, determina talune criticità che rischiano di rallentare l'attività

amministrativa, in attesa di opportuni interventi attuativi. Si tratta comunque di una grande riforma che ha l'intento di consentire di operare sulla base di un quadro normativo unitario e stabile, non più di carattere emergenziale, e svincolato dagli eventi (pandemia e guerre) che hanno caratterizzato gli ultimi anni.

Uno degli assi principali della nuova normativa è la digitalizzazione di tutto l'iter procedurale dell'appalto. Il nuovo Codice include l'esigenza di definire le modalità per digitalizzare le procedure per tutti gli appalti pubblici e concessioni e definire i requisiti di interoperabilità e interconnettività, prevista tra i traguardi e gli obiettivi più rilevanti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Alla digitalizzazione viene attribuito non più un mero ruolo di "supporto" allo svolgimento delle procedure di gara, bensì un determinante compito di modernizzazione ed efficientamento degli appalti pubblici, riducendo i tempi di gara, semplificando le procedure e riducendo i contenziosi, favorendo una più ampia partecipazione delle imprese stesse.

In questo ambito, nel 2023 il gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Elaborazione di alcuni Capitolati di gara considerati critici
  1. Gara triennale a procedura aperta per chirurgia vascolare e radiologia interventistica.
  2. Gara triennale a procedura aperta Anestesia e Rianimazione.
  3. Gara triennale a procedura aperta per Laparoscopia
  4. Gara a procedura aperta Pompe infusionali.
  5. Gara a procedura aperta Terapia Antalgica.
  6. Gara Triennale a procedura aperta per Cardiochirurgia e CEC.
  7. Gara a procedura negoziata urologia (gara ponte).
  8. Gara a procedura aperta per dispositivi per Facoemulsificatore.
  9. Gara a procedura aperta per Protesi ed Endoprotesi Vascolari.
  10. Gara a procedura aperta SDAPA Consip per Radiofarmaci per Medicina Nucleare.
  11. Gara a procedura aperta per dispositivi medici per allestimento Radiofarmaci e controllo di qualità per medicina Nucleare.
  12. Gara a procedura aperta per sacche per emofiltrazione/diafiltrazione per CRRT- dialisi d'urgenza.
  13. Gara a procedura aperta per dispositivi per emodinamica non ricompresi in gara regionale.
- Revisione e razionalizzazione delle politiche di approvvigionamento con particolare riferimento all'area dei Dispositivi Medici;

Il gruppo di lavoro ha effettuato un'analisi del processo di approvvigionamento al fine di definire le singole fasi e le relative attività, elaborando una proposta tecnico-organizzativa per strutturare il processo d'acquisto dei dispositivi medici. Scopo principale del lavoro è stato la revisione e razionalizzazione delle politiche di approvvigionamento con particolare riferimento all'area dei Dispositivi Medici dell'Azienda, finalizzata alla definizione di una soluzione ritenuta efficace a strutturare, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria, il processo d'acquisto dei dispositivi medici necessari al funzionamento dei processi aziendali e alla realizzazione delle attività di progetto ed esecuzione.

La proposta presentata ha l'obiettivo di garantire un approvvigionamento che copra l'intero fabbisogno e al contempo assicuri anche un aggiornamento dello stesso con l'inserimento dei prodotti innovativi attraverso procedure di gara espletate nei tempi programmati e con modalità efficaci.

L'analisi delle criticità del processo vigente ha evidenziato i seguenti aspetti:

- Criticità nella programmazione generata dalla difficoltà di mappare l'intero fabbisogno di dispositivi medici nell'ambito dei contratti attivi di fornitura. La maggior parte delle procedure discendono da fabbisogni elaborati per un'unica UO utilizzatrice, senza una netta distinzione tra i prodotti specifici per la singola UO e i prodotti di uso comune.

- Frammentazione dei fabbisogni in numerose procedure di gara.
- Difficoltà di rispettare le scadenze dei contratti, a causa dell'intempestiva elaborazione dei necessari capitolati tecnici da parte delle UUOO utilizzatrici.
- Difficoltà di accurata predisposizione dei fabbisogni da parte delle UUOO utilizzatrici e della Farmacia: di frequente i fabbisogni sono risultati sovra o sottostimati, con conseguente necessità di apportare modifiche ai contratti, in fase di esecuzione, a norma dell'art. 106 del Codice.
- Difficoltà legate al rispetto del budget: le politiche di contenimento della spesa hanno in passato determinato la necessità di abbattere i volumi delle forniture. Ciò ha generato ripercussioni inevitabilmente sulla determinazione dei fabbisogni. Al contrario, in taluni casi, i fabbisogni determinati sono risultati, in fase di esecuzione del contratto, sovrastimati a causa della difficoltà di prevedere l'andamento delle forniture, alla luce dei tempi di espletamento delle procedure di acquisto e delle modifiche che in tale lasso di tempo possono intervenire nei processi assistenziali.
- Criticità di gestione del budget: i disallineamenti evidenziati ai punti precedenti determinano la necessità di apportare correttivi in corso di esecuzione del contratto per assicurare la disponibilità di fondi necessari a garantire la continuità dell'assistenza.

La proposta elaborata mira ad agire per apportare correttivi in grado di superare le criticità riscontrate, snellire il processo di approvvigionamento e garantire la corrispondenza delle forniture alla necessità assistenziali sotto il profilo temporale, qualitativo e quantitativo.

Il processo ridefinito prevede le seguenti fasi:

1. Il fabbisogno: la base dati

Il processo di approvvigionamento dei dispositivi medici sarà articolato in una prima fase di analisi propedeutica alla costituzione di una base dati del fabbisogno complessivo dell'Azienda relativamente ai dispositivi medici. Le fasi principali sono di seguito descritte:

- a) Esame contratti in corso: analisi del fabbisogno attraverso l'estrazione dal sistema contabile Areas del quantitativo consumato negli ultimi 18 mesi, dettagliato per prodotto.
  - b) Analisi delle scadenze dei contratti: la procedura di gara prescelta sarà progettata nell'ottica di ricondurre alla medesima scadenza i contratti di fornitura dei dispositivi associati per CND al 3° livello, prevedendo la possibilità, per i dispositivi oggetto di contratti diversi, riconducibili alla medesima Classe, che riportino scadenze diverse tra loro, di introdurre strumenti di progressiva adesione al nuovo contratto di fornitura. L'obiettivo è di elaborare fabbisogni quantitativi tali da poter ricondurre le forniture al medesimo contratto ed alla medesima scadenza.
2. La procedura di gara: progettazione
- a) Elaborazione degli oggetti di gara attraverso l'aggregazione/ omogeneizzazione dei fabbisogni sulla base della CND di 3° livello e delle UUOO utilizzatrici.
  - b) Integrazione del fabbisogno con dispositivi medici di nuova introduzione.
  - c) Quantificazione della base d'asta a partire dalla spesa storica. Ad essa verranno applicati i correttivi derivanti dall'introduzione di nuovi prodotti.
  - d) Analisi e confronto della base d'asta con i dati e gli obiettivi assegnati alle UUOO utilizzatrici in sede di negoziazione di budget.
  - e) Associazione del fabbisogno con i dati della produzione.
  - f) Calendarizzazione della gara rispetto ai contratti attivi.

3. Fasi successive: aggiudicazione, esecuzione e monitoraggio integrato delle procedure

Al termine della progettazione, la gara dovrà essere espletata e aggiudicata nel rispetto delle previsioni normative vigenti. A seguito dell'aggiudicazione sarà necessario procedere alla stipula del contratto di fornitura, che dovrà essere inserito sul sistema amministrativo contabile AREAS.

Al fine di poter gestire l'esecuzione e il monitoraggio del contratto, il gruppo di lavoro ha rilevato l'opportunità di informatizzare il processo attraverso un applicativo dedicato, integrato con le altre

piattaforme digitali aziendali, che serva sia a monitorare le scadenze dei contratti anche al fine di progettare e programmare tempestivamente le nuove iniziative di acquisto, sia a gestire gli affidamenti di servizi o forniture, attraverso la creazione di un vero e proprio Fascicolo Digitale del Contratto, accessibile a tutti i soggetti coinvolti. Ciò permetterebbe di estrapolare tutte le informazioni, anche di natura contabile, e ricondurle nell'ambito del citato fascicolo, associando le scadenze con promemoria tramite notifica, per agevolare la produttività, l'organizzazione dei compiti e il monitoraggio dell'andamento del contratto.

Nel triennio 2024-2026 il gruppo di lavoro si concentrerà sui seguenti obiettivi:

- Aggiornamento del Regolamento aziendale degli acquisti;
- Aggiornamento del Regolamento aziendale degli acquisti sotto soglia;
- Aggiornamento del Regolamento aziendale degli acquisti di beni infungibili;
- Proposta di un Percorso formativo per gli operatori degli uffici interessati per l'utilizzo dell'Ecosistema digitale dei Contratti Pubblici, introdotto dal nuovo Codice degli Appalti.

### **Gruppo di lavoro “6 - sviluppo del Service Design, applicazione e monitoraggio dell'aderenza ai bisogni dell'utenza”**

Nell'evoluzione delle dimensioni che connotano e completano le procedure medico-assistenziali assumono sempre più importanza i principi e i valori che sono tipici del mondo dei servizi e che spostano l'attenzione dal processo-procedura, nel quale efficacia e efficienza rappresentano le dimensioni fondamentali, alla qualità del servizio intesa in modo integrato e multi-dimensionale. La componente “tecnico-professionale” viene data per scontata, ma intervengono altre dimensioni che contribuiscono a formare l'esperienza di pazienti, familiari e operatori sanitari. In quest'ottica la qualità dei servizi diviene fondamentale nella valutazione e nel miglioramento dei servizi sanitari.

Le aziende sanitarie e gli ospedali sono quindi chiamati a prestare sempre più attenzione alla progettazione delle modalità di erogazione dei servizi, per generare la migliore qualità ed esperienza in coloro che li ricevono. Per migliorare l'esperienza del paziente, molti sistemi sanitari stanno adottando iniziative quali l'implementazione di tecnologie digitali per semplificare l'accesso ai servizi sanitari, l'addestramento del personale sanitario sull'empatia e la comunicazione efficace, e anche la raccolta sistematica dei feedback dei pazienti per identificare le aree di miglioramento. In quest'ottica, la progettazione dei servizi sanitari diviene un approccio strategico e creativo per sviluppare e migliorare i servizi nel settore sanitario.

L'adozione dei principi e dei metodi del Service Design risulta elemento centrale nelle strategie e nelle politiche dell'AUO Sant'Andrea al fine di migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'esperienza degli utenti - pazienti, familiari e operatori sanitari - attraverso l'ottimizzazione dei processi, la semplificazione delle interazioni e la creazione di soluzioni efficaci e a misura di tutti gli attori coinvolti con l'obiettivo di ottenere un ambiente di cura che sia sicuro, compassionevole, efficace ed efficiente.

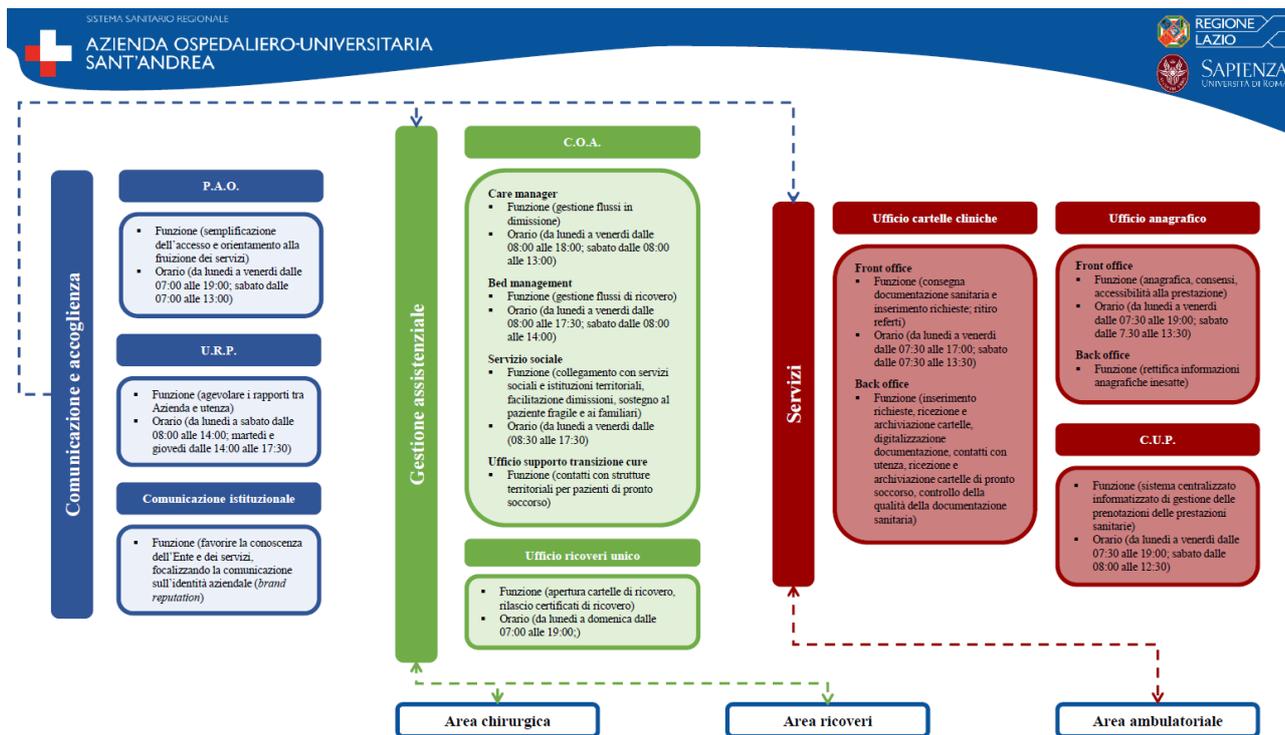
Nel corso del 2023 è stata costituita una task-force multiprofessionale e multidisciplinare di oltre 30 operatori che ha seguito un percorso strutturato di formazione e che ha sviluppato alcuni ambiti progettuali in settori critici, per i quali si rimanda al capitolo dedicato.

I lavori del GdL 6, in parte correlati con i lavori della suddetta task-force, hanno focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Sviluppo delle tecniche di funzionamento del PUAO e identificazione delle risorse;  
Con la deliberazione n. 594/2023, l'Azienda ha adottato, su proposta del gruppo di lavoro, le iniziative per realizzare interventi finalizzati al miglioramento della relazione tra le persone assistite e le articolazioni organizzative aziendali assistenziali e di supporto, tali da dimostrarsi incisivi, in particolare, sulla comunicazione delle informazioni, sull'attenzione al bisogno socioassistenziale e sulla partecipazione dei pazienti e dei caregiver. Al fine di poter garantire il più efficiente funzionamento degli assetti

organizzativi aziendali, tesi ad assicurare la presa in carico e la continuità delle cure in appropriati setting assistenziali, è stato progettato e implementato un sistema di accoglienza ed orientamento all'interno della struttura ospedaliera, secondo una concezione di comfort globale che conduca al consolidamento del concetto di centralità dell'utenza. In particolare, sono stati individuati ed attivati gli uffici e le funzioni come sintetizzate di seguito:

1. Comunicazione esterna e interna
  - Comunicazione istituzionale
  - Comunicazione utenza (Ufficio relazioni con il pubblico, U.R.P.)
2. Centrale Operativa Aziendale (C.O.A.)
  - Bed management, con funzione di censimento anticipato delle previsioni di ricovero e dimissioni; gestione trasferimenti interni ed esterni; facilitazione dei ricoveri e dei cambi di setting assistenziale.
  - Servizio sociale, con funzione di collegamento con i servizi sociali e istituzioni territoriali, facilitazione delle dimissioni, sostegno a paziente e familiari.
  - Ufficio unico ricoveri, con funzione di apertura cartelle di ricovero, rilascio certificati di ricovero, ricezione e archiviazione cartelle di pronto soccorso, contatti con strutture territoriali per pazienti di pronto soccorso.
  - Ufficio di supporto alla transizione delle cure, con funzione di presa in carico dei pazienti difficili per l'efficiamento dei trasferimenti dei pazienti verso il giusto setting assistenziale; rapporti funzionali con le Centrali Operative Aziendali e le Strutture di ricovero
3. Ufficio cartelle cliniche
  - Front office, con funzione di inserimento richieste e consegna documentazione sanitaria, ritiro referti.
  - Back office, con funzione di inserimento richieste, ricezione e archiviazione cartelle, digitalizzazione della documentazione sanitaria, verifica della completezza e corretta compilazione della documentazione sanitaria, contatto telefonico utenza.
4. Ufficio anagrafico
  - Front office (Punto anagrafico), con funzione di gestire i dati anagrafici dei pazienti (acquisizione e scansione documento identificativo; inserimento informazioni anagrafiche), consensi (acquisizione consenso informato generale alle cure, M/919/209, e consenso al trattamento dei dati mediante Dossier sanitario elettronico, M/919/396; scansione moduli di consenso e inserimento sul sistema AREAS), accessibilità alla prestazione (accettazione; regolarizzazione della posizione mediante "Totem").
  - Back office, con funzione di rettifica delle informazioni anagrafiche inesatte.
5. Centro Unico di Prenotazione, con funzione di costituire un sistema centralizzato informatizzato di gestione delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie; gestione efficiente dell'offerta; interfaccia tra le differenti procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni; programmazione dell'offerta e della comunicazione ai cittadini finalizzata al contenimento dei tempi di attesa; sportello per il pagamento delle prestazioni.



Nel corso del 2024, si prevede di razionalizzare le responsabilità e le modalità operative di funzionamento, attraverso una integrazione e una semplificazione ragionata, dei seguenti servizi, da perseguire mediante l'aggiornamento della deliberazione n. 594/2023:

- Punto Anagrafico,
  - URP,
  - Ufficio Ricoveri,
  - Ufficio consegna Referti e copie documentazione sanitaria agli aventi diritto.
- Realizzazione CUP diffuso e attivazione "Totem" per servizi di pagamento;
- Nel corso del 2023 sono stati acquisiti 12 totem multifunzione per garantire la fruizione di vari servizi in autonomia da parte dell'utenza, tra i quali il pagamento del ticket con moneta o carte di debito; sono state individuate le aree di installazione presso le diverse aree ambulatoriali sulla base dell'analisi dei volumi e della tipologia di utenza per la realizzazione del "CUP diffuso" e sono in corso di completamento le ultime attività di configurazione dei sistemi, che si prevede di collaudare nel primo semestre del 2024.

Nel triennio 2024-2026 il gruppo di lavoro si concentrerà sui seguenti obiettivi:

- Sviluppo e diffusione di una "App" per la navigazione "indoor" all'interno dell'Ospedale, dalle aree di parcheggio alle sedi degli ambulatori, dei reparti di degenza e degli uffici aperti al pubblico, da parte degli utenti. Il gruppo di lavoro, nel corso del 2023, ha già completato l'analisi dei bisogni e definito le possibili implementazioni di servizi di facilitazione all'utenza all'interno della App, proponendo alcune soluzioni alla Direzione aziendale;
- Analisi e proposta alla Direzione aziendale di ipotesi per la realizzazione di spazi commerciali nell'ambito del progetto di ampliamento dell'ospedale;
- Progettazione di percorsi di formazione degli operatori sulla comunicazione orientata;
- Progettazione di forme di partecipazione dei pazienti.

## Gruppo di lavoro “7 - politica per la garanzia di equità di accesso alle cure”

Le disuguaglianze sociali rappresentano una delle criticità più rilevanti in sanità pubblica. Dal 2008 ad oggi le evidenze hanno dimostrato come le disuguaglianze sociali incidono sulla salute della popolazione attraverso ben precisi pathways fisiopatologici, leggibili attraverso l'approccio bio-psico-sociale, e studiabili attraverso l'epigenetica. Numerosi studi hanno confermato che i determinanti sociali incidono sul “Capitale Biologico”, che si viene a costituire fin dalle primissime fasi della gravidanza, migliorando o peggiorando le traiettorie di salute e possono migliorare o peggiorare lo stato di salute degli individui e della popolazione, ed è la loro diseguale distribuzione a determinare le disuguaglianze sociali in salute.

La riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche rappresenta una priorità trasversale a tutti gli obiettivi del SSN, che richiede di avvalersi dei dati scientifici, dei metodi e degli strumenti disponibili e validati, per garantire l'equità nelle azioni di pianificazione e realizzazione dei servizi assistenziali.

Una organizzazione multiculturale complessa e fluida come quella di un'Azienda ospedaliero-universitaria comporta il rischio di agire subendo o generando iniquità. Non esistono soluzioni semplici e risolutive, ma è possibile definire organizzare percorsi e processi per rispondere adeguatamente e tempestivamente a eventuali gap organizzativi generatori di disuguaglianze.

Sul piano strategico, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha posto tra le politiche principali quella di pianificare e adottare strumenti e procedure attraverso le quali sia possibile evidenziare e misurare eventuali disuguaglianze nelle cause di malattia o di accesso ai servizi sanitari per un determinato gruppo di popolazione, per poi adottare azioni correttive, concordate e inserite in specifici piani e attività affinché ci sia una facilitazione all'accesso e alle cure per le cosiddette minoranze svantaggiate.

In questo ambito, nel 2023 il gruppo di lavoro ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Elaborazione del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE) 2022-2023; Priorità e finalità del PAE, approvato con deliberazione n. 1322/2023 in applicazione delle indicazioni della Determinazione regionale n. G05812 del 12/05/2022, è quella declinare un'offerta di azioni rivolte alla salute, riconoscendo i bisogni prevalenti in relazione agli elementi di disuguaglianza, favorendo l'empowerment degli individui e della comunità ed implementando interventi di prevenzione e promozione di stili di vita sani, in una prospettiva coerente con l'approccio di “Approccio globale alla salute”. Lo strumento utilizzato per il raggiungimento degli obiettivi è l'Health Equity Audit (HEA - Audit di equità in salute), ovvero il processo attraverso il quale si quantificano e si definiscono le iniquità di salute, ai fini di una pianificazione in termini di equità.

Il piano ha previsto le seguenti attività:

- costituzione del Coordinamento e della Rete Aziendale PAE;
- costruzione di un profilo di equità;
- identificazione degli interventi evidence-based di contrasto delle disuguaglianze;
- definizione degli obiettivi di equità con i portatori di interesse coinvolti a livello aziendale/locale;
- sostegno al cambiamento nell'allocazione di risorse e nell'offerta di servizi;
- monitoraggio dei progressi e dell'impatto in relazione agli obiettivi definiti.

Le azioni del PAE sono declinate secondo tre categorie principali:

- Equity empowerment relativa all'aumento della consapevolezza e della condivisione dell'approccio dell'Health Equity Audit con tutti i professionisti e gli stakeholder coinvolti in ogni attività aziendale.
- Equity assessment, relativa alla realizzazione di interventi di riorganizzazione e programmazione inerenti:
  - l'accesso in ospedale dei pazienti affetti da patologia psichiatrica,

- il sistema di accoglienza, orientamento dei pazienti,
  - i percorsi di Pronto Soccorso e l'introduzione di nuovi strumenti atti a ridurre il sovraffollamento e le criticità di gestione,
  - le attività di valutazione ed individuazione precoce dei bisogni socio sanitari specifici post-acuti per ogni singolo paziente ricoverato, con evidenza di eventuali criticità in termini di accesso alle cure e/o di comportamenti discriminatori,
  - il percorso del paziente chirurgico in elezione, favorendo la presa in carico, l'identificazione degli step di cura appropriati rispetto a singole o plurime patologie, la standardizzazione dei percorsi clinici, in rispetto dei principi dell'equità di accesso alle prestazioni, dell'efficienza, dell'efficacia, della correttezza e della trasparenza,
  - il percorso del paziente oncologico e l'istituzione del "Tumor Board aziendale" per una gestione personalizzata, garantendo in modo equo l'accesso ai percorsi diagnostici e di cura aderenti alle più recenti evidenze scientifiche,
  - l'istituzione del II Tavolo Misto Permanente quale istituto di partecipazione civica e luogo istituzionale di confronto con le associazioni dei cittadini e dei pazienti e con il mondo del volontariato, acquisendo una risorsa privilegiata per lo sviluppo di politiche sociosanitarie orientate dal punto di vista civico e per l'individuazione di priorità di intervento, anche in termini di equità e di rispetto delle diversità, ascoltando tutte le rappresentanze degli utenti.
- Equità nei programmi di prevenzione regionali (DGR n. 970/2019), identificando le seguenti azioni:
- PP03A4 programmazione orientata all'equità a supporto della promozione della salute sui luoghi di lavoro (Rete WHP - Workplace Health Promotion),
  - PL14A9 interventi di promozione della salute rivolti a gruppi vulnerabili,
  - PL15A4 contrasto alle disuguaglianze nell'accesso ai programmi di screening da parte di gruppi vulnerabili (popolazione immigrata e persone con problemi di salute mentale).

- Valutazione protocollo e funzionamento della Centrale Operativa Aziendale (COA)

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

La progettazione organizzativa ha previsto lo sviluppo condiviso degli strumenti e delle istruzioni operative per le interconnessioni tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea e le strutture intermedie programmate nei singoli territori delle AASSLL limitrofe, quali la ASL Roma I, ASL Roma 4, ASL Roma 5 ASL di Rieti e ASL di Viterbo, finalizzati a strutturare e facilitare i percorsi assistenziali e la continuità delle cure in maniera personalizzata ai singoli bisogni socio-sanitari dei pazienti presi in carico. Le misure adottate hanno determinato l'attivazione della Centrale Operativa Aziendale e la definizione di un protocollo condiviso di Dimissione Orientata (deliberazione n. 531 del 10.05.2023), per la corretta transizione e continuità delle cure nelle strutture intermedie e nel territorio dei pazienti ospedalizzati, sia nell'ambito dei percorsi di emergenza-urgenza, sia nell'ambito dei percorsi programmati, come già diffusamente riportato nel capitolo relativo alla Politica "Ospedale senza muri" del presente Piano, al quale si rimanda per i dettagli.

Nel triennio 2024-2026 il gruppo di lavoro si concentrerà sui seguenti obiettivi:

- Revisione del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE 2024-2026);

La revisione del PAE sarà condotta attraverso l'integrazione e il coordinamento con tutti i gruppi di lavoro al fine di centrare la programmazione sui bisogni dei pazienti nella logica del Service Design, a partire dalle minoranze svantaggiate, seguendo le seguenti linee programmatiche:

- Governo delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e gli interventi chirurgici programmati con il fine di sviluppare percorsi personalizzati di presa in carico anche attraverso l'utilizzo della telemedicina,
- Percorsi facilitati per i pazienti con disabilità,
- Garanzia delle cure per la popolazione di immigrati,
- Promozione della salute per le persone prese in carico per patologie psichiatriche,
- Alfabetizzazione informatica degli utenti per l'orientamento e la facilitazione dell'accesso ai servizi digitali.

L'identificazione dei bisogni dei pazienti e delle minoranze svantaggiate includerà l'analisi delle forme di violenza, intesa non solo come violenza fisica, ma come mancato rispetto della dignità della persona, e consentirà la progettazione di azioni, misure organizzative e strumenti volti a facilitare i percorsi e a garantirne l'equità di erogazione che interesseranno i seguenti percorsi:

- percorso chirurgico in elezione,
- percorso oncologico,
- percorso in emergenza-urgenza,
- transizione delle cure verso setting assistenziali adeguati ai bisogni dei pazienti presi in carico,
- percorsi ambulatoriali,
- esperienze di telemedicina.

### Gruppo di lavoro “8 - Informatizzazione dei processi e sviluppo della telemedicina”

Lo sviluppo della telemedicina consente di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i professionisti sanitari e i pazienti. Segnatamente, l'implementazione di tale modalità assistenziale è in grado di garantire equità di accesso all'assistenza sanitaria, continuità delle cure, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza, contenimento della spesa sanitaria.

I vantaggi dello sviluppo della telemedicina sono riepilogate nella tabella seguente, che considera le diverse prospettive/ interessi dell'SSN/Azienda, personale sanitario e paziente:

SSN/AZIENDA	PERSONALE SANITARIO	PAZIENTE
1) Miglioramento dei risultati clinici	1) Rapido accesso alla consulenza specialistica	1) Maggiore possibilità di accesso alla medicina specialistica
2) Maggiore appropriatezza degli interventi erogati	2) Opportunità di aggiornamento rapido e qualificato	2) Accelerazione della fase diagnostica ed avvio diretto alle terapie
3) Razionalizzazione dell'erogazione dei servizi	3) Riduzione delle necessità di visite in ospedale	3) Riduzione dei tempi di ricovero e di intervento medico/chirurgico
4) Riduzione del numero di ricoveri inappropriati	4) Maggiore responsabilità del medico al fine di migliorare le qualità del servizio	4) Possibilità di monitoraggio costante rimanendo nel proprio ambito familiare ed abitativo
5) Riduzione delle giornate di degenza totali		5) Riduzione degli spostamenti con riduzione dei costi (viaggi e perdita di ore lavorative)
6) Minor necessità di spostamenti a favore di un maggiore numero di pazienti esaminati		6) Disponibilità di maggiori informazioni sul proprio stato di salute
7) Possibilità di screening preliminare dei pazienti		7) Migliore assistenza sanitaria per quanto riguarda la prevenzione e il monitoraggio delle terapie
8) Miglioramento qualitativo e quantitativo del follow-up dei pazienti		8) Induzione nel paziente di un atteggiamento positivo e indipendente
9) Riduzione dei costi assistenziali		9) Miglioramento qualità della vita
10) Raggiungimento di pazienti anche a distanze notevoli		

Nell'ambito dell'“Ecosistema Digitale Aziendale”, il gruppo di lavoro nel 2023 ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Organizzazione ed operatività del Centro Servizi per la Telemedicina
- Prestazioni ambulatoriali in Telemedicina – Pianificazione e sviluppo delle Agende

Nelle more dell'operatività della piattaforma nazionale per la telemedicina, secondo le indicazioni della Regione Lazio, sono state analizzate e pianificate le attività per la progressiva attivazione di servizi e prestazioni, riepilogate di seguito:

**TELEVISITE:** condiviso il processo di prenotazione-erogazione della televisita, le piattaforme AREAS, RECUP-WEB sono state configurate per la definizione di apposite agende e prestazioni di televisita in alcune discipline pilota (Cardiologia, Medicina interna, Neurologia, Pneumologia, Endocrinologia, Terapia del dolore) e, attraverso la piattaforma JITS-MEET, sono state erogate alcune prestazioni per testare il corretto funzionamento del sistema.

**TELECONSULTO, TELECONSULTO\_PS:** testata e utilizzata la possibilità di teleconsulto tra le strutture costituenti i nodi delle principali reti assistenziali regionali (HUB-SPOKE), compresa la rete per l'Emergenza, utilizzando la piattaforma regionale TELE-ADVICE.

**TELEMONITORAGGIO:** l'esperienza maturata durante l'emergenza pandemica CoViD-19 ha permesso di utilizzare la piattaforma LAZIO-ADVICE anche per le attività di telemonitoraggio, in fase iniziale analizzate e testate nell'ambito di alcuni percorsi assistenziali, quali: pazienti con ipertensione, pazienti con BPCO, i cui device sono consegnati al paziente a cura della ASL di residenza, e per i pazienti ai quali è stato impiantato un defibrillatore cardiaco.

**TELEASSISTENZA:** sondata la possibilità di collaborazione con i servizi di Assistenza Domiciliare afferenti ad alcune ASL territorialmente competenti.

- Firma digitale del paziente allo sportello CUP Diffuso

Lo scopo è il completamento dell'informatizzazione dei processi riguardanti i pazienti ambulatoriali per l'acquisizione e l'archiviazione dei consensi, tutelando l'autenticità e l'integrità dei documenti digitali attraverso l'introduzione della firma digitale grafometrica "Forte" per generare un sistema di autenticazione di documenti informatici che si riferisce in maniera univoca ad un solo soggetto ed al documento cui è apposta o associata. E' stata individuata la piattaforma "Confirmo" e sono in corso di perfezionamento gli atti per l'avvio della formazione e dell'utilizzo dei nuovi device.

Nel triennio 2024-2026 il gruppo di lavoro si concentrerà sui seguenti obiettivi:

- I. Proposta e adozione del Piano aziendale di attuazione della Telemedicina che, in coerenza con il Piano aziendale degli Investimenti e il Piano della Formazione, individui le fasi, le responsabilità e gli strumenti per raggiungere entro la fine del 2024 la piena operatività dei servizi di telemedicina, con estensione a tutte le discipline aziendali interessate. Cronoprogramma preliminare:

#### Febbraio-marzo 2024

- Valutazione critica delle attività di Telemedicina svolte nell'anno precedente e analisi delle necessità per l'ulteriore sviluppo del progetto;
- Ricognizione delle necessità e pianificazione finanziaria per l'acquisto di hardware aggiuntivo utile ad ottenere una infrastruttura tecnologica adeguata alle nuove tecnologie di telemedicina, in coerenza con il Piano Investimenti aziendale;
- Formazione specifica sulle attività di telemedicina destinata al personale afferente alle Unità Operative, in coerenza con il Piano di Formazione aziendale;
- Verifica dei requisiti normativi dei device utilizzati per il telemonitoraggio cardiologico e urologico;
- Censimento del personale coinvolto nei Servizi di Telemedicina e valutazione delle eventuali possibilità di ampliamento;
- Valutazione di eventuali ulteriori prospettive di utilizzo di LazioAdvice;
- Formalizzazione di una procedura per i Servizi di Telemedicina, da condividere eventualmente con le altre Aziende sanitarie regionali;

- Acquisizione parere del DPO per l'attuazione del progetto pilota di acquisizione di firma remota o grafometrica "forte" per la documentazione sanitaria e individuazione di hardware e software necessari.

#### Aprile - giugno 2024

- Completamento delle attività di formazione di cui al punto precedente;
- Creazione di nuove agende (monitoraggio e rinnovo dei piani terapeutici per l'osteoporosi in ambito geriatrico; eventuali ulteriori in base alla disponibilità delle differenti Unità Operative);
- Implementazione di un questionario di valutazione tramite chat BOT da somministrare sia ai pazienti che, periodicamente, agli operatori sanitari;
- Sviluppo negli ambiti individuati delle attività di telemonitoraggio;
- Valutazione di possibili soluzioni per il corretto utilizzo del Servizio di Teleconsulto come Hub;
- Valutazione dei dati relativi alle attività del primo semestre;
- Diffusione delle modalità di firma remota o grafometrica "forte" per l'acquisizione del consenso informato del paziente.

#### Luglio - settembre 2024

- Analisi delle criticità rilevate nel primo semestre e individuazione di azioni di miglioramento;
- Completamento dell'acquisizione degli strumenti hardware necessari per l'ampliamento del progetto;
- Espansione delle attività di Teleconsulto mediante TeleAdvice attraverso il coinvolgimento di un maggiore numero di specialità e l'aggiornamento del personale coinvolto.

#### Ottobre - dicembre 2024

- Implementazione delle azioni di miglioramento eventualmente individuate nel precedente trimestre;
- Valutazione dei dati relativi alla intera annualità con revisione complessiva dei risultati ottenuti;
- Pianificazione evidence based delle attività da intraprendere nell'anno 2025.

2. Proposta e adozione del Regolamento aziendale per la conservazione sostitutiva, con l'obiettivo di costituire il Manuale di conservazione sostitutiva, che individui i profili di responsabilità interessati e i livelli di applicazione degli stessi sul piano organizzativo aziendale.

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

L'analisi dei processi assistenziali, finali, intermedi e trasversali, che generano valorizzazione della produzione risulta elemento essenziale per il continuo miglioramento del rapporto tra risorse impiegate e risultati raggiunti in un'ottica di efficienza ed efficacia.

In questo ambito, il gruppo di lavoro nel 2023 ha focalizzato l'attenzione sui seguenti temi e linee progettuali:

- Ricognizione crediti

Con la deliberazione n. 1464 del 29.12.2023 è stato approvato il Regolamento aziendale per il recupero dei crediti aziendali (REG/919/33), nel quale sono definite le responsabilità e le modalità operative adottate in Azienda per il corretto svolgimento delle attività necessarie per procedere al recupero dei crediti in ordine a:

- mancato pagamento di prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda sia in regime istituzionale che in regime di attività libero professionale intramuraria ed extramuraria;
- mancata presentazione dell'utente ad appuntamenti regolarmente prenotati senza aver comunicato la disdetta nei tempi e nei modi previsti dalla normativa vigente;
- mancato ritiro dei referti relativi a prestazioni eseguite presso l'Azienda nei tempi previsti dalla normativa vigente;

- rifiuto del ricovero o richiesta di rinvio dello stesso che determini l'inutilizzabilità totale o parziale degli esami pre-operatori eseguiti presso l'Azienda;
- mancato pagamento di corrispettivi in favore dell'Azienda derivanti dall'emissione di fatture per la concessione di servizi, prestazioni sanitarie, e/o eventuali ulteriori attività commerciali;
- ogni altra tipologia di credito maturato dall'Azienda.

La ricognizione dei crediti è stata completata nel corso del 2023 e sono state avviate le procedure previste per il recupero degli stessi.

- Regolamento di Contabilità generale

Con la deliberazione n. 1431 del 22.12.2023 è stato approvato il Regolamento aziendale di contabilità generale e per la formazione del bilancio aziendale (REG/919/31), nel quale sono definite le responsabilità e le modalità operative adottate in Azienda per l'attuazione del Piano Attuativo della Certificabilità dei bilanci, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17/09/2017 recante "Disposizioni in materia di certificabilità dei bilanci degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale" e nella cornice del progetto regionale di assistenza contabile finalizzato all'attuazione del PAC (progetto SANPAC).

- Regolamento di Internal Audit

Con la deliberazione n. 1463 del 29.12.2023 è stato approvato il Regolamento aziendale di Internal Audit (REG/919/34), nel quale sono definite le responsabilità e le modalità operative adottate in Azienda per l'attivazione di una funzione di controllo indipendente, preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali (Internal Auditing), in grado di assicurare che i processi di gestione dei rischi, governance e controllo interno aziendali funzionino nel miglior modo possibile, raggiungendo i risultati e gli obiettivi nella maniera più efficace.

Nel triennio 2024-2026 il gruppo di lavoro si concentrerà sui seguenti obiettivi:

1. Proposta di una metodologia aziendale per la definizione delle tariffe aziendali per le prestazioni erogabili Extra LEA;
2. Ricognizione e monitoraggio di tutte le attività che comportano ricavi aziendali;
3. Analisi delle criticità e delle soluzioni per l'adozione, a partire dal 1° aprile 2024, del nuovo Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 974 del 28.12.2023, non appena la Regione Lazio renderà disponibile il CUR aggiornato.

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

### a. LE POLITICHE DI GESTIONE DEL PERSONALE

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

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

In un contesto di servizi avanzati ad elevato contenuto professionale come quello dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, il contributo e, quindi, la competenza e la motivazione del personale risulta determinante per la produzione di migliori risultati e maggiori livelli di soddisfazione dei pazienti e di tutti gli Stakeholder. La ricchezza dell'organizzazione è fatta proprio dai professionisti che vi lavorano, dai loro cervelli, dal loro ingaggio e dalla loro capacità di integrare fra loro competenze e pratiche lavorative, diventando le risorse più importanti, il patrimonio principale che l'Azienda ha a disposizione.

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

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

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

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

#### I. Pianificazione pluriennale del fabbisogno di personale

Come più estesamente rappresentato nel capitolo 3.3 del presente Piano, relativo al Piano triennale dei fabbisogni di personale, per far fronte al fabbisogno di personale a tempo indeterminato sono previste le seguenti modalità di reclutamento:

- stabilizzazioni ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lettera b) della Legge 234/2021 e ss.mm.ii;
- assunzioni ai sensi della L. 68/99;
- utilizzo graduatorie concorsuali vigenti;
- richiesta di procedure concorsuali per il reclutamento del personale per le strutture di alta specialità dell'azienda;
- procedure di mobilità;
- stabilizzazioni ai sensi dell'art. 30 comma 2 bis del D.lgs. 165/2001.

L'Azienda ha incluso nel piano di fabbisogno la previsione di effettuare le stabilizzazioni non solo nel rispetto della normativa attualmente vigente, ma anche delle eventuali indicazioni che perverranno dalla struttura regionale.

L'Azienda con il Piano Assunzionale intende valorizzare i propri dipendenti favorendo la crescita professionale. Intende infatti nel biennio attivare le procedure previste nell'art. 21 del CCNL del comparto sanità del 2/11/2022, al fine di tener conto dell'esperienza e professionalità maturate ed effettivamente utilizzate dall'Azienda, tenuto conto della riserva di almeno il 50 per cento delle posizioni disponibili destinata all'accesso dall'esterno

L'Azienda riserva il ricorso all'istituto del comando e dell'assegnazione temporanea esclusivamente ai casi previsti dalla normativa vigente e compatibilmente con le modalità ed i limiti nella stessa previsti, tenuto conto delle esigenze di servizio.

Con riferimento all'obbligo di legge di assunzione delle categorie protette questa Azienda ha stipulato apposita Convenzione ex art. 11 L. 68/1989 con il Centro per l'Impiego competente per territorio per il

quadriennio 2023- 27 per adeguare la dotazione alla quota d'obbligo attraverso l'avviamento al lavoro mediante tale centro con chiamata numerica o nominativa, concorso pubblico riservato e riconoscimento quale soggetto rientrante nella quota d'obbligo, in costanza di rapporto di lavoro. Alcune delle procedure sono state attivate per ottemperare a quanto previsto dalla normativa vigente.

Rimane inteso che gli strumenti di reclutamento atipici, volti a sopperire carenze improvvise di personale, eccezionali e non trascurabili e che hanno rappresentato un insostituibile strumento di riferimento per il reclutamento durante la pandemia, continueranno ad essere utilizzati nel caso e nella misura in cui queste ultime si dovessero nuovamente verificare negli anni oggetto di programmazione

Il ricorso ai contratti libero professionali viene riservato dall'Azienda alla realizzazione di specifiche progettualità di valenza aziendale o sovraziendale riconducibili a bandi di ricerca o altre fattispecie similari la cui fonte di finanziamento, oltre che con risorse proprie della scrivente Azienda, può derivare da soggetti pubblici o privati.

## 2. Gestione e monitoraggio della dotazione organica

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

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

- Favorire le scelte aziendali
- Garantire la certezza del fabbisogno, rispetto alle risorse già assegnate,
- Monitorare la spesa del personale, rispetto al budget assegnato e alla sostenibilità delle scelte adoperate.

## 3. Iniziative collegate al welfare del personale dipendente

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

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

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

## b. ATTIVIAMO I BUONI PENSIERI

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

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

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

Il progetto, partito nel corso del 2023, ha previsto l'attivazione di uno sportello di ascolto per il lavoratore per analizzare le cause lavorative ed extralavorative di stress, traumi, ansie, paure e che possa aiutarlo a migliorare il percorso lavorativo e l'integrazione sociale.

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

I professionisti della UOD Psicologia clinica hanno calendarizzato gli incontri con quanti ne hanno presentato volontariamente la richiesta, ed hanno offerto brevi consulenze ed eventuale orientamento rispetto a percorsi specializzati, offrendo un servizio gratuito e garantendo che le informazioni fornite rimarranno strettamente riservate.

Nel periodo gennaio-ottobre 2023, il totale delle richieste pervenute allo sportello "Incontriamoci" è stato di 68 e il totale dei colloqui svolti è stato pari a 190.

La categoria che più frequentemente si è rivolta al servizio è rappresentata dal personale infermieristico (64%), mentre le richieste da parte del personale tecnico-amministrativo si attestano al 18% e quelle degli ausiliari all'11%. È in lieve aumento l'affluenza da parte del personale medico, in particolare specializzandi (8%). L'età media degli utenti è di 50 anni, si conferma la prevalenza del genere femminile (82%) e la lunga permanenza dell'utenza presso il nostro ospedale (più di 10 anni).

L'analisi della sintomatologia ansiosa e depressiva, misurata contestualmente al primo colloquio, mostra che nel campione degli operatori che si sono rivolti al servizio l'89% ha sintomi depressivi e di questa percentuale il 55% mostra una compresenza tra sintomi ansiosi e depressivi.

## 7. COMUNICARE IN OSPEDALE E COMUNICARE L'OSPEDALE

### a. LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE, RAFFORZAMENTO DELLA COMUNICAZIONE, LA PARTECIPAZIONE CIVICA

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

- umanizzazione delle cure: la persona deve essere al centro di ogni intervento sanitario e sociosanitario, deve essere accolto con i suoi bisogni assistenziali e deve poter vedere riconosciuti, protetti e promossi i propri diritti, deve poter partecipare alle decisioni che lo riguardano e deve poter accedere a servizi di cura appropriati e di qualità;

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

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

Le azioni previste si realizzeranno nei seguenti ambiti:

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

Con deliberazione n. 676 del 20.06.2023 è stato istituito il Tavolo Misto Permanente ed è stato adottato il relativo Regolamento di funzionamento, quale strumento di partecipazione civica attiva alle politiche sanitarie aziendali all’interno del quale si confrontano l’Azienda e le organizzazioni di volontariato che con questa interagiscono e si connota come “spazio permanente” di proposizione

da parte delle rappresentanze civiche, di rendicontazione da parte delle Aziende sugli aspetti di politiche sanitarie che assumono una particolare rilevanza per i cittadini.

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

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

## **b. PROGETTI DI SVILUPPO DELL'ACCOGLIENZA**

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

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

La politica aziendale in questo ambito è stata sviluppata e avviata nel corso del 2023, anche grazie al contributo del gruppo di lavoro 6 "Sviluppo del Service Design, applicazione e monitoraggio dell'aderenza ai bisogni dell'utenza", attraverso la realizzazione di una serie di interventi, strutturali e organizzativi, finalizzati a valorizzare l'accoglienza e l'umanizzazione del rapporto con gli utenti, attraverso l'implementazione di:

- Punto Unico di Accoglienza ai servizi (PAO), al fine di garantire:
  - o Prima accoglienza e orientamento ai servizi,
  - o Supporto informativo,
  - o Assistenza nell'utilizzo dei Totem multifunzione distribuiti nelle aree comuni dell'ospedale,
  - o Accompagnamento e facilitazione di accesso ai percorsi dell'ospedale,
  - o Presa in carico delle complessità/vulnerabilità.
- Punto di Accoglienza in Pronto Soccorso, al fine di garantire:
  - o Accoglienza e orientamento a pazienti e familiari al momento dell'arrivo,
  - o Accompagnamento alle aree di attesa e gestione del comfort durante la permanenza in Pronto Soccorso,
  - o Supporto informativo, anche mediante la distribuzione brochure,
  - o Aggiornamento delle comunicazioni di carattere non sanitario durante i tempi di attesa,
  - o Punto di riferimento e raccordo tra utente, familiari e il personale sanitario,
  - o Presenza continuativa per richieste di natura non sanitaria.
- CUP "diffuso" nelle diverse aree ambulatoriali aziendali, al fine di garantire:
  - o la facilitazione delle operazioni di prenotazione e accettazione delle prestazioni ambulatoriali,
  - o lo snellimento e la velocizzazione delle operazioni amministrative nei percorsi ambulatoriali.
- Punto oncologico di accesso e continuità di cura (PACO), al fine di garantire:
  - o l'orientamento e l'accesso nella rete del paziente oncologico, dal sospetto diagnostico alle diverse fasi della malattia,
  - o la facilitazione del collegamento fra i nodi della rete integrata ospedaliera e inter-aziendale.
- Valorizzazione del "Caring" come valore di accoglienza. Il "Caring" è il cuore del nursing e non può esistere un'assistenza di qualità senza "Caring", anche se tecnicamente eccellente. Questo principio

è imprescindibile se si vuole intraprendere un percorso di valorizzazione delle cure umanizzate e adattate all'individualità della persona assistita.

- Con la definizione del Percorso aziendale per l'accesso alle persone con disabilità complessa e/o cognitivo-relazionale – Progetto TOBIA (P/919/152), l'Azienda ha definito un'offerta personalizzata rivolta a tali pazienti in carico in regime ambulatoriale, di ricovero e in Pronto Soccorso, che prevede l'intervento di un team qualificato di accoglienza, ascolto e presa in carico per seguire e facilitare tutto il percorso assistenziale.

## 2.2.2 Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2024-2026

Dalle Politiche e Linee Strategiche che l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha definito per il triennio 2024-2026, sono individuati e declinati gli Obiettivi Strategici e Operativi, che vengono raggruppati e rappresentati all'interno dell'Albero della Performance nelle seguenti tre Aree Strategiche.

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

### Albero della performance 2024-2026

#### A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO

A.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale

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

A.3 - Governo Liste d'Attesa

#### B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO

B.1 - Equilibrio Economico Finanziario

B.2 - Personale

B.3 - Farmaceutica

B.4 - Procedure di acquisto ed investimento

#### C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI

C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile

C.2 - La cooperazione funzionale tra aziende: Ospedale senza muri

C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

C.4 - Politiche per lo sviluppo, la valorizzazione, il benessere delle risorse umane

C.5 - Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale

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

Gli obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2024-2026 sono dunque identificati e rappresentati nella seguente tabella.

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione <u>Obiettivo Operativo</u>	<u>Indicatore</u> Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
<b>A - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO</b>					
<b>A.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale</b>					
- Volumi dei ricoveri a Ciclo Continuo	A.1.1	Incremento del volume dei Ricoveri a Ciclo Continuo e degli interventi chirurgici	Volume complessivo di Ricoveri a Ciclo Continuo pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Volumi dei ricoveri a Ciclo Diurno	A.1.2	Day Hospital Chirurgico: Incremento dei cicli di Day Surgery - One-Day Surgery	Volume complessivo di Ricoveri di Day Surgery - One-Day Surgery pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
	A.1.3	Day Hospital Medico: Incremento dei cicli di Day Hospital	Volume complessivo di Ricoveri di Day Hospital pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Volumi delle Prestazioni Ambulatoriali per esterni	A.1.4	Incremento del volume delle Prestazioni Ambulatoriali per Esterni	Volume complessivo di Prestazioni Ambulatoriali per Esterni pari o superiore al volume proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Volumi delle prestazioni per interni	A.1.5	Incremento del numero di prestazioni per interni erogate nel periodo	Numero complessivo di prestazioni erogate per interni nel periodo pari o superiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	50%
<b>A.2 - Appropriatazza organizzativa, efficienza, qualità ed esito delle cure</b>					
- Tempestività della procedura di PTCA nei pazienti con STEMI	A.2.1	Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica trasluminale PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero	Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero pari o superiore alla percentuale proposta	60%	50%
- Tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	A.2.2	Proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano eseguiti entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	Numero di interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti entro 48 ore / Totale interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti pari o superiore alla percentuale proposta	60%	50%
- Ottimizzazione della durata della degenza ospedaliera dei pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica	A.2.3	Ridurre la durata della degenza post - operatoria nei pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a 3 gg/ Totale delle colecistectomie laparoscopiche pari o superiore alla percentuale proposta	85%	70%
- Riduzione della Degenza Media	A.2.6	Decremento della Degenza Media in area medica (elenco UO)	Degenza media pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	50%
- Riduzione della Degenza Media pre operatoria per gli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	A.2.7	Decremento della Degenza Media pre - operatoria per gli interventi chirurgici programmati	Degenza media pre - operatoria per gli interventi chirurgici programmati pari o inferiore al valore proposto	1,5	2,5
<b>A.2 - Appropriatazza organizzativa, efficienza, qualità ed esito delle cure</b>					
- Riduzione degli "abbandoni" dal Pronto Soccorso	A.2.17	Riduzione degli abbandoni da Pronto Soccorso	Percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso pari o inferiore al valore proposto	10%	30%
Donazione Organi e Tessuti	A.2.18	Donazione di organi e tessuti (numero di donatori in morte encefalica, accertamenti di morte encefalica con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in Rianimazione-Terapia Intensiva)	Numero di donatori procurati sul Numero di soggetti con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica (nei tempi e modi stabiliti dalla normativa) pari o superiore al valore proposto	65%	0%
- Autosufficienza sangue	A.2.19	Raggiungere l'autosufficienza di sangue a livello regionale	Incremento dell'attività di raccolta di sangue (numero di unità raccolte) nell'anno 2024 del 10% rispetto all'anno 2023	110%	0%

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

- Ricoveri a Ciclo Continuo	A.2.8	Riduzione dei dimessi in regime ordinario a rischio di inappropriatelyzza	Proporzione dei dimessi in regime ordinario a rischio di inappropriatelyzza sul totale entro le soglie regionali previste	100%	50%
Ricoveri a Ciclo Diurno	A.2.10.1	Day Hospital Medico: Riduzione DH DIAGNOSTICI	Numero di cicli di Day Hospital DIAGNOSTICI sul totale dei cicli di Day Hospital pari o inferiore alla percentuale proposta	Individuato per ogni CdR	Individuato per ogni CdR
- Riduzione del sovrappollamento in Pronto Soccorso (Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 143 del 1 agosto 2019)	A.2.11	Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento entro 15 minuti	Percentuale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento <b>entro 15 minuti</b> sul totale pazienti in urgenza codice 2 (ARANCIO) che accedano al trattamento pari o superiore al valore proposto	85%	0%
	A.2.12	Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento entro 60 minuti	Percentuale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento <b>entro 60 minuti</b> sul totale pazienti in urgenza codice 3 (AZZURRO) che accedano al trattamento pari o superiore al valore proposto	80%	0%
	A.2.13	Percentuale di pazienti ricoverati da Pronto Soccorso e in destinazione (da ricoverare, in attesa di posto letto) sul totale degli accessi entro lo standard regionale	Percentuale di pazienti ricoverati da Pronto Soccorso e in destinazione (da ricoverare, in attesa di posto letto) sul totale degli accessi pari o inferiore al valore proposto	20%	30%
	A.2.14	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso, ad eccezione dei transiti in OBI, chiusi entro lo standard nazionale	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso, ad eccezione dei transiti in OBI, chiusi entro 8 ore	90%	0%
	A.2.16.1	Aumento della tempestività di ammissione al ricovero urgente da Pronto Soccorso	Percentuale di ammissioni al ricovero in reparto di degenza entro 48 ore dall'accesso in Boarding pari o superiore al valore proposto	90%	0%

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

- Percorsi Assistenziali	A.2.20	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) obesità nell'adulto, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA su obesità nell'adulto, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	1	0
	A.2.21	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie del surrene, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA su patologie del surrene, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	1	0
	A.2.22	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie della tiroide, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA su patologie della tiroide, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	1	0
	A.2.23	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie del testicolo e app. gen. maschile, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA su patologie del testicolo e app. gen. maschile, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	1	0
	A.2.24	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie dell'ovaio e app. gen. femminile, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA su patologie dell'ovaio e app. gen. femminile, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	1	0
	A.2.25	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie delle paratiroidi, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA su patologie delle paratiroidi, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	1	0
	A.2.26	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) patologie ipotalamo-ipofisarie, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA su patologie ipotalamo-ipofisarie, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	1	0
	A.2.27	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) neoplasie neuroendocrine, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria di PDTA su neoplasie neuroendocrine, in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023	1	0
	A.2.27.A	Proposta PDTA aziendali in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023 e inerenti le attività del Tumor Board aziendale	Coordinamento professionisti e presentazione della proposta alla Direzione Sanitaria dei PDTA in applicazione della Determ. n. G07058 del 24.05.2023 e inerenti le attività del Tumor Board aziendale (vedi nota)	1	0

### A.3 - Governo Liste d'Attesa

Tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali	A.3.11	Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione dell'approfondimento diagnostico dopo lo screening mammografico [Obiettivo definito con DGR n 197 del 22 maggio 2023].	Numero di persone che effettuano l'approfondimento diagnostico nel 2024 entro 28gg dalla data di esecuzione della mammografia di screening sul totale delle persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nel 2024 pari o superiore alla percentuale proposta	90%	0%
	A.3.12	Miglioramento del tempo di attesa per l'esecuzione della prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto" [Obiettivo definito con DGR n 197 del 22 maggio 2023].	Numero di persone che effettuano l'approfondimento diagnostico nel 2024 entro 30gg dalla data del referto positivo sul totale delle persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nel 2024 pari o superiore alla percentuale proposta	90%	0%
Tempi di attesa per classe di priorità dei ricoveri programmati	A.3.2	Monitoraggio e rispetto dei Tempi di attesa massimi per classe di priorità A dei ricoveri programmati	Proporzione di ricoveri di classe di priorità A erogati entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa pari o superiore al valore proposto	90%	50%
	A.3.3	Monitoraggio e rispetto dei Tempi di attesa massimi per classe di priorità B dei ricoveri programmati	Proporzione di ricoveri di classe di priorità B erogati entro 60 giorni dall'inserimento in lista di attesa pari o superiore al valore proposto	90%	50%
	A.3.4	Monitoraggio e rispetto dei Tempi di attesa massimi per classe di priorità C dei ricoveri programmati	Proporzione di ricoveri di classe di priorità C erogati entro 180 giorni dall'inserimento in lista di attesa pari o superiore al valore proposto	90%	50%

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione <u>Obiettivo Operativo</u>	<u>Indicatore</u> Obiettivo Operativo	TARGET	SOGLIA
-----------------	--------------------	--	---------------------------------------	--------	--------

### B - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO

#### B.1 - Equilibrio Economico Finanziario

- BUDGET DI REPARTO: <b>Farmaci ed Emoderivati</b> : contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	B.1.1	Rispetto del tetto assegnato per la spesa farmaceutica ospedaliera definito nel Bilancio di Previsione	Tetto della spesa farmaceutica ospedaliera (farmaci ed emoderivati) pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
- BUDGET DI REPARTO: <b>Altri Beni Sanitari</b> : contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	B.1.2	Rispetto del tetto assegnato per la spesa degli altri beni sanitari (monouso, protesi, dispositivi, ecc.) definito nel Bilancio di Previsione	Tetto di spesa degli altri beni sanitari (monouso, protesi, dispositivi, ecc.) pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
- BUDGET DI SPESA CENTRI ORDINANTI contenimento della spesa secondo quanto previsto nel Bilancio di Previsione	B.1.3	Rispetto del tetto di spesa (B3 Servizi) assegnato per gli acquisti di competenza della struttura definito nel bilancio di previsione (non comprende la revisione prezzi)	Spesa per gli acquisti (B3 - Servizi) di competenza della struttura pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
	B.1.4	Rispetto del tetto di spesa (B3.3 altri beni sanitari) assegnato per gli acquisti di competenza della struttura definito nel bilancio di previsione (non comprende la revisione prezzi)	Spesa per gli acquisti (B3.3 altri beni sanitari) di competenza della struttura pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%
BUDGET DI SPESA CESPITI	B.1.41	Rispetto del budget assegnato relativamente ad acquisto di cespiti con spesa corrente	Spesa relative al budget assegnato per l'acquisto di cespiti con spesa corrente di competenza della Struttura pari o inferiore al valore proposto	Individuato per ogni CdR	102,5%

#### B.1 - Equilibrio Economico Finanziario

- Tempestività della liquidazione delle fatture	B.1.6	Rispetto dei tempi previsti per la lavorazione e liquidazione delle fatture	Importo fatture liquidate entro 30 giorni dall'assegnazione/Totale importo fatture assegnate alla struttura, pari o superiore alla percentuale proposta	100%	80%
	B.1.7	Monitoraggio dei tempi previsti per la liquidazione delle fatture	Produzione di un report trimestrale che evidenzia per ogni UUOO competente l'importo delle fatture liquidate entro 30 giorni dall'assegnazione sul totale importo fatture assegnate	4	0
- Monitoraggio Fondo Rischi	B.1.8	Monitoraggio del fondo rischi finalizzato a verificare il corretto accantonamento oltre che del rischio di soccombenza anche degli oneri legali sostenuti per il patrocinio	Report trimestrale a strutture coinvolte e direzione strategica	4	0
Monitoraggio consumo farmaci antimicrobici e relativi costi	B.1.81	Elaborazione e diffusione con cadenza definita di report sul consumo dei farmaci antimicrobici e dei relativi costi sostenuti	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria e al Controllo di gestione di report sul consumo dei farmaci antimicrobici e dei relativi costi sostenuti per Unità Operativa, con cadenza quadrimestrale	3	0
Monitoraggio intermedio premialità area del Comparto	B.1.82	Valutazione intermedia quadrimestrale del raggiungimento degli obiettivi di budget 2024 per l'area del comparto	Elaborazione di una relazione da presentare alla Direzione Strategica e all'OIV entro 20 giorni dalla scadenza del quadrimestre	3	0

### B.1 - Equilibrio Economico Finanziario

- Monitoraggio convenzioni attive	B.1.9	Monitoraggio trimestrale sulla contabilizzazione, fatturazione e riscossione convenzioni attive	Report trimestrale a strutture coinvolte e direzione strategica	4	0
- Corretta gestione delle rimanenze di magazzino dei beni sanitari	B.1.91	Monitoraggio delle rimanenze di magazzino di Reparto dei beni sanitari	Compilazione elenco rimanenze di magazzino di reparto su file trasmesso dalla Farmacia con cadenza trimestrale entro il giorno 10 del mese successivo alla scadenza	4	0
	B.1.92	Monitoraggio delle rimanenze di magazzino di Reparto dei beni sanitari	Trasmissione ai Coordinatori Infermeristici/Tecnici del file per la compilazione dell'elenco delle rimanenze di magazzino di reparto con cadenza trimestrale entro il giorno 20 dell'ultimo mese del trimestre (20 marzo, 20 giugno, 20 settembre e 20 dicembre)	4	0

### B.2 - Personale

- Spesa del Personale	B.2.1	Rispetto del tetto di spesa assegnato per la spesa del Personale definito nel Bilancio di Previsione	Spesa per il Personale pari o inferiore al valore proposto	Individuato per il CdR	102,5%
- Governo dello straordinario (ore)	B.2.2	Rispetto del tetto delle ore di Straordinario al fine di garantire quanto previsto nel Bilancio di Previsione e quanto stanziato nei Fondi aziendali	Numero di ore di straordinario pari o inferiore al valore proposto	Individuato per il CdR	102,5%
- Governo delle Prestazioni Aggiuntive (ore)	B.2.3	Contenimento delle prestazioni aggiuntive non coperte da finanziamenti ad hoc (Piano pandemico, recupero prestazioni e ricoveri sospesi), compatibilmente con l'ingresso delle nuove risorse e la revisione organizzativa, al fine di garantire quanto previsto nel Bilancio di Previsione	Numero di ore di Prestazioni aggiuntive pari o inferiore al valore proposto	Individuato per il CdR	102,5%
- Procedure di stabilizzazione	B.2.4	Conclusioni delle procedure di stabilizzazione per il comparto	Conclusioni delle procedure di stabilizzazione per il comparto	1	0

### B.3 - Farmaceutica

- Farmaceutica ospedaliera in File F (flusso FARMED): corretta rendicontazione (completezza e tempestività)	B.3.1	Completa rendicontazione dei farmaci rientranti nel Flusso Farmed (File F) entro i termini previsti	Valore dei farmaci rendicontati nel flusso FARMED nel periodo/ Totale dei Farmaci rendicontabili FILE F scaricati al CDC pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%
- Informatizzazione processo di gestione farmaci antineoplastici	B.3.2	Qualità e sicurezza delle cure oncologiche: adozione e utilizzo della piattaforma informatizzata per la prescrizione di chemioterapie (LOG80) integrata con la cartella clinica informatizzata	Percentuale chemioterapie prescritte con la piattaforma informatizzata integrata con la cartella clinica pari o superiore al valore proposto	100%	50%

### B.4 - Procedure di acquisto ed investimento

- Riduzione dei provvedimenti di proroga dei dispositivi medici	B.4.1	Azzeramento proroghe dei dispositivi medici, non rientranti in quelle previste dalla legge, nell'esercizio 2024	Riduzione fino all'azzeramento delle proroghe dei dispositivi medici, non rientranti in quelle previste dalla legge, nell'esercizio 2024	100%	50%
- Efficientamento e razionalizzazione contratti	B.4.2	Efficientamento e razionalizzazione contratti attraverso rinegoziazioni e revisioni	Riduzione del 2% del budget di spesa Centri ordinanti di cui all'obiettivo sul rispetto del tetto di spesa (B3 - Servizi) e (B3.3 altri beni sanitari)	100%	102,0%
- Monitoraggio costi dispositivi	B.4.3	Progettazione di un cruscotto di monitoraggio dei costi relativi ai dispositivi medici con evidenza dei tetti di spesa relativi ai cig di gara relativamente ai dispositivi	Implementazione di un cruscotto di monitoraggio entro il 30/09/2024	1	0

Area Strategica	ord linea attività	Descrizione <u>Obiettivo Operativo</u>	<u>Indicatore Obiettivo Operativo</u>	TARGET	SOGLIA
<b>C - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI</b>					
<b>C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile</b>					
- Interventi di edilizia sanitaria	C.1.1	Attuazione e Monitoraggio dello stato di realizzazione degli interventi pianificati di ampliamento e rimodulazione funzionale (varie fonti di finanziamento: ex art. 20 L 67/88, PNRR e PNC, art. 2 DL 34/2020 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali). [Obiettivo definito con DGR n 197 del 22 maggio 2023: Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali]	Prosecuzione lavori entro il cronoprogramma definito e Monitoraggio dello stato di attuazione.	2	0
	C.1.2	Attuazione e Monitoraggio dello stato di realizzazione degli interventi del PNRR e PNC: Report di monitoraggio semestrale sui fondi pnrr assegnati con evidenza delle attività poste in essere sul sistema di rendicontazione regis e sull'erogazione delle somme	Predisposizione di un report semestrale da inviare a Direzione Strategica, Bilancio e Controllo di gestione che identifichi valore del finanziamento e impegni presi	2	0
	C.1.3	Presentazione, implementazione e messa a regime di un progetto per l'ottimizzazione della viabilità provvisoria dei parcheggi e dell'accessibilità alla struttura (per gli utenti e per i dipendenti), in costanza dell'esecuzione degli interventi di edilizia sanitaria pianificati	Delibera di presentazione progetto entro il 31/12/2023	1	0
	C.1.3.1	Supporto al Responsabile di Prevenzione e Protezione (SPP) per la messa in sicurezza dei luoghi di lavoro in applicazione del D.Lgs n. 81/2008	Esecuzione delle attività in coordinamento con il Resp. SPP; predisposizione e invio alla Direzione Strategica di una relazione entro il 28.02.2024 inerente le attività eseguite per la messa in sicurezza dei luoghi di lavoro in applicazione del D.Lgs n. 81/2008	1	0
<b>C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile</b>					
Sviluppo dell'"Ecosistema Digitale"	C.1.4.1	Pianificazione implementazione esperienze di Telemedicina	Adozione Piani di implementazione della Telemedicina e inizio delle attività e monitoraggio attraverso gli indicatori definiti	1	0
	C.1.4.2	Implementazione Navify-Tumor Board per raccogliere tutte le informazioni utili al team multidisciplinare in oncologia, coordinare le riunioni e gestire al meglio i dati del paziente	Implementazione della piattaforma Navify-Tumor Board e integrazione con la cartella clinica informatizzata entro il 31.03.2024	1	0
	C.1.4.3	Implementazione Navify-Tumor Board per raccogliere tutte le informazioni utili al team multidisciplinare in oncologia, coordinare le riunioni e gestire al meglio i dati del paziente	Adozione della piattaforma Navify-Tumor Board da parte dei team multidisciplinari inseriti nei percorsi oncologici a partire dall'attivazione della stessa	1	0
	C.1.4.4	Cyber security: Adozione soluzioni di IT per la garanzia della sicurezza informatica riguardanti le apparecchiature elettromedicali e l'infrastruttura di rete	Implementazione della piattaforma di cybersecurity asset management, risk management e relative regole di sicurezza	1	0
<b>C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile</b>					
Sviluppo dell'"Ecosistema Digitale"	C.1.4.5	Informatizzazione dei processi assistenziali definiti nei PDTA aziendali	Adozione della piattaforma informatizzata per la documentazione e il monitoraggio dei processi assistenziali costituenti i PDTA approvati		
	C.1.4.6	Implementazione piattaforma informatizzata per i servizi di orientamento del cittadino e navigazione indoor	Adozione della piattaforma informatizzata per i servizi di orientamento del cittadino e navigazione indoor entro il 30.06.2024		
	C.1.4.7	Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici: Utilizzo del Registro Operatorio informatizzato	Percentuale dei verbali operatori chiusi e validati entro la dimissione del paziente pari al valore proposto	100%	50%
	C.1.4.8	Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici: Firma digitale della lettera di dimissione dei ricoveri ordinari	Numero di lettere di dimissione firmate digitalmente sul totale delle dimissioni in regime ordinario pari o superiore alla percentuale proposta	90%	70%
	C.1.4.9	Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici: Firma digitale dei referti ambulatoriali informatizzati	Numero di referti ambulatoriali firmati digitalmente sul totale delle prestazioni ambulatoriali pari o superiore alla percentuale proposta	90%	0%
	C.1.4.9.1	Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici: Implementazione delle liste operatorie informatizzate	Implementazione e adozione del modulo per la programmazione delle liste operatorie informatizzate entro il 30.06.2024	1	0
	C.1.4.9.2	Completamento dell'Informatizzazione dei Processi Clinici: Adozione delle liste operatorie informatizzate	Adozione del modulo per la programmazione delle liste operatorie informatizzate: percentuale liste operatorie informatizzate sul totale delle liste operatorie pari o superiore al valore proposto	80%	0%

**C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile**

Sviluppo dell'"Ecosistema Digitale"	C.1.4.10	Completa implementazione e utilizzo della piattaforma "Tracking Healthcare - T4H" per una corretta imputazione dei presidi ad alto costo al singolo paziente e al Centro di Costo utilizzatore	Corretta documentazione degli scarichi entro il 31.12.2024 pari o superiore al valore proposto	80%	0%
	C.1.4.14	Informatizzazione processo di gestione farmaci antineoplastici a garanzia di qualità e sicurezza delle cure oncologiche: integrazione della piattaforma informatizzata per la prescrizione di chemioterapie (LOG80) con la cartella clinica informatizzata	Integrazione della piattaforma informatizzata per la prescrizione di chemioterapie (LOG80) con la cartella clinica informatizzata	1	0
	C.1.4.15	Attuazione del programma di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero di cui al PNRR, missione 6, comma 2 - 1.1.1, nel rispetto delle "miles stones" pianificate	Predisposizione e invio alla Direzione Strategica di reportistica periodica semestrale inerente l'attuazione del programma di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero di cui al PNRR, missione 6, comma 2 - 1.1.1, nel rispetto delle "miles stones" pianificate	2	0
	C.1.4.16	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 1.3.1. [Obiettivo definito con DGR n 197 del 22 maggio 2023]	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 M6 C2 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"	1	0
	C.1.4.17	Informatizzazione del processo di monitoraggio delle rimanenze di magazzino di Reparto dei beni sanitari	Completamento dell'attivazione dell'armadietto elettronico di reparto nelle Unità Operative di degenza identificate	1	0

**C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile**

- Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)	C.1.5	Aggiornamento valutazioni specifiche allegate al DVR: Rischio Incendio, Rischio ROA, Catalogo DPI	Predisposizione ed invio alla Direzione Aziendale e al Controllo di Gestione delle valutazioni specifiche revisionate entro il 31.12.2024	1	0
	C.1.5.1	Aggiornamento del DVR relativo agli Uffici Amministrativi – sede via Clauzetto	Predisposizione ed invio alla Direzione Aziendale e al Controllo di Gestione delle valutazioni specifiche revisionate entro il 31.12.2024		
Piano di Emergenza ed Evacuazione ospedaliera	C.1.51	Piano di Emergenza ed Evacuazione ospedaliera: attuazione e monitoraggio delle misure previste ed esecuzione simulazioni	Attuazione e monitoraggio delle misure previste ed effettuazione di almeno 3 prove di evacuazione, con eventuale proposta di misure di miglioramento	1	0
	C.1.51.1	Revisione e aggiornamento del Piano di Emergenza ed Evacuazione ospedaliera	Valutazione ed eventuale aggiornamento del Piano di Emergenza ed Evacuazione ospedaliero in riferimento alle aree adiacenti a quelle oggetto di lavorazioni e cantieri che modifichino i percorsi e le vie di fuga da utilizzare in emergenza. Relazione alla Direzione Strategica delle valutazioni eseguite nel 2024 entro il 31.12.2024	1	0

**C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile**

Sistema di gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL)	C.1.52	Sistema di gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL): aggiornamento del Regolamento "Responsabilità, autorità e ruoli in materia di salute e sicurezza sul lavoro" (codice SGSL/REG)	Aggiornamento del Regolamento "Responsabilità, autorità e ruoli in materia di salute e sicurezza sul lavoro" entro il 31.12.2024	1	0
Medicina del lavoro	C.1.53	Monitoraggio periodico della diffusione del contagio da Virus Sars Cov 2 negli operatori sanitari attraverso l'effettuazione di tamponi periodici di screening ed al rientro assenza dal servizio/post infezione covid	Elaborazione report annuale sull'effettuazione del monitoraggio periodico negli operatori sanitari	1	0
	C.1.55	Elaborazione procedura SSA per la sorveglianza del personale sanitario post esposizione a BK e monitoraggio post terapia: procedura e proposta di percorso alla Direzione Sanitaria	Elaborazione report annuale sull'effettuazione del monitoraggio periodico negli operatori sanitari e nel personale in formazione	1	0
	C.1.57	Percorso infortunio biologico degli operatori sanitari e personale in formazione: monitoraggio post infezione	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria di un report annuale sull'effettuazione del monitoraggio periodico negli operatori sanitari e nel personale in formazione	1	0
	C.1.59	Aggiornamento elenco lavoratori esposti a sostanze chimiche, cancerogene, mutagene e chemioterapici antiblastici, utile al fine di implementare il registro informatizzato degli esposti	Implementazione del registro informatizzato dei lavoratori esposti a sostanze chimiche, cancerogene, mutagene e chemioterapici antiblastici	1	0

**C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile**

Medicina del lavoro	C.1.60	Valutazione dell'immunoprofilassi HBV negli operatori sanitari esposti	Valutazione dell'immunoprofilassi HBV negli operatori sanitari esposti tramite il monitoraggio degli anticorpi specifici: Elaborazione e invio alla Direzione Sanitaria di un report	2	0
	C.1.61	Proposta di Programmi di Promozione della Salute volti a favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute in linea con Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025	Proposta alla Direzione Aziendale di Programmi di Promozione della Salute volti a favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute	1	0
	C.1.62	Implementazione attività di Medico Autorizzato in riferimento al D.lgs 101/20 smi	Implementazione attività di Medico Autorizzato in riferimento al D.lgs 101/20 smi per la sorveglianza sanitaria in relazione alle idoneità dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti e per la gestione controllo e chiusura del Documento Sanitario Personale (DoSP)	1	0

**C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile**

- Adempimenti in tema di sicurezza e protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti	C.1.65	Monitoraggio delle sonde della chirurgia senologia con sorgente calibrata di Co-57	Istituzione registro dei controlli per le sonde chirurgia senologica	1	0
	C.1.66	Procedure di garanzia della qualità per i trattamenti ginecologici di brachiterapia con nuova apparecchiatura Flexitron	Stesura procedura per la pianificazione del trattamento e per i controlli di qualità entro il 31.12.2024	1	0
	C.1.67	Individuazione dei criteri ottimali di pianificazione per pazienti portatori di dispositivi elettronici impiantabili cardiologici (CIED) in radioterapia	Stesura procedura per la pianificazione per pazienti portatori di dispositivi elettronici impiantabili cardiologici (CIED) in radioterapia entro il 31.12.2024	1	0
	C.1.68	Valutazioni dosimetriche per organi a rischio e target nell'ambito dei protocolli clinici radioterapici	Realizzazione di templates con clinical goals integrati sul software di pianificazione Varian Eclipse	1	0
	C.1.69	Implementazione del software Mobius per l'assicurazione di qualità per il paziente in radioterapia	Collaudo e utilizzo del software Mobius entro il 31.12.2024	1	0
	C.1.70	Procedure di garanzia della qualità per i trattamenti in Medicina Nucleare	Implementazione attività di monitoraggio delle attività ai sensi del D.Lgs. N. 101/2020 in Medicina Nucleare	1	0
	C.1.71	Regolamentazione della gestione dei radiofarmaci mediante applicativo ELEKTRA	Predisposizione della procedura per la corretta gestione dei radiofarmaci mediante applicativo ELEKTRA (come da nota 0007491/2023)	1	0

**C.1 - Ospedale sicuro, flessibile e sostenibile**

- Sicurezza antincendio	C.1.7	Revisione Piano di Sicurezza antincendio, attuazione e monitoraggio delle misure previste dalla normativa vigente	Adozione della revisione del Piano di Sicurezza antincendio, attuazione e monitoraggio delle misure previste dalla normativa vigente, compresa effettuazione di almeno 3 prove di evacuazione (orizzontale e verticale)	2	0
- Bilancio energetico	C.1.8	Uso razionale dell'energia, risparmio energetico e promozione fonti energetiche rinnovabili: bilancio energetico anno 2023	Predisposizione ed invio alla Direzione Generale e al Controllo di Gestione del bilancio energetico 2023 entro il 30.04.2024	1	0

**C.2 - La cooperazione funzionale tra aziende: Ospedale senza muri**

- Sviluppo delle Reti interaziendali funzionali con le ASL territoriali	C.2.1	Adeguamento dei Protocolli attuativi degli accordi per le attività previste (Cardiologia, Urologia, Screening per pazienti con tumori eredo familiari femminili, Anestesia - Ospedale Magliano Sabina, ASL di Rieti - REMS, ASL Frosinone - Anestesia, ASL RMS Ortopedia - Ospedale di Monterotondo) e inizio cooperazione funzionale interaziendale	Rinnovo della convenzione e avvio delle attività	1	0
- Modelli per il transitional management	C.2.2	Accertamento Infermieristico - Assessment infermieristico secondo modelli funzionali gordon per la personalizzazione e la continuità' delle cure	Esecuzione dell'accertamento infermieristico in Cartella Clinica Informatizzata sui pazienti ricoverati pari o superiore alla percentuale proposta	90%	0%
- Bed Management avanzato per la transizione delle cure: la dimissione orientata	C.3.1.1	Attività della COT-H per la continuità assistenziale in applicazione dei protocolli di intesa con Asl Rm1, Asl Rm4, Asl Rm5 e ASL Rieti, finalizzati all'identificazione e al trasferimento dei pazienti ricoverati nel setting assistenziale post-acute adeguato	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica di resoconti trimestrali inerenti la gestione della COT-H per la continuità assistenziale integrata con il territorio, la dimissione orientata e la riduzione della degenza media in Area Medica	4	0

### C.2 - La cooperazione funzionale tra aziende: Ospedale senza muri

- Gestione del flusso dei ricoveri e del sovraffollamento del Pronto Soccorso	C.3.3.1	Monitoraggio delle misure previste nel Piano aziendale per Gestione del flusso dei ricoveri e del sovraffollamento del Pronto Soccorso	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica di resoconti trimestrali per il monitoraggio della riduzione del sovraffollamento in PS documentato attraverso gli indicatori previsti nel Piano aziendale	4	0
- La rete per la salute mentale	C.3.5	Adozione del Sistema di monitoraggio informatizzato regionale dei posti letto degli SPDC e delle Neuropsichiatrie Infantili finalizzato alla gestione ottimizzata della ricerca posto letto e conseguente trasferimento interospedaliero	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica resoconti trimestrali inerenti la gestione ottimizzata della ricerca posto letto e il trasferimento interospedaliero dei pazienti in carico all'SPDC elegibili	4	0
- La rete per la salute mentale	C.3.6	Corretta gestione del paziente psichiatrico in Ps in applicazione della Determinazione regionale n G08249 del 24.06.2022	Adozione delle misure previste nella Determinazione regionale n G08249 del 24.06.2022 per la corretta gestione del paziente psichiatrico in Ps	1	0
	C.3.8	Sviluppo di PDTA condivisi con la ASL Roma 1 per la gestione del paziente psichiatrico in elezione e in urgenza	Proposta alla Direzione Aziendale di PDTA condivisi con la ASL Roma 1 per la gestione del paziente psichiatrico in elezione e in urgenza	1	0
- Medicina di precisione	C.3.9	Sviluppo di strategie integrate per la riconciliazione terapeutica nel paziente Cardiologico politrattato	Adozione Protocollo concordato con la Cardiologia per la riconciliazione terapeutica nel paziente Cardiologico politrattato	1	0

### C.4 - Attività psicologica nella trasversalità clinica organizzativa

- Servizio di ascolto psicologico	C.4.1	Servizio di ascolto psicologico dedicato ai dipendenti e ai medici in formazione specialistica per la promozione del benessere dei lavoratori	Predisposizione e invio alla Direzione Strategica di una reportistica periodica (trimestrale) delle attività eseguite dal Servizio di ascolto psicologico dedicato ai dipendenti e ai medici in formazione specialistica	3	0
- Percorsi assistenziali	C.4.4	Sviluppo percorso assistenziale riguardante gli aspetti psicologici per i pazienti oncologici	Presentazione alla Direzione Aziendale di una proposta di percorso assistenziale riguardante gli aspetti psicologici per i pazienti oncologici	1	0
	C.4.5	Sviluppo percorso assistenziale riguardante gli aspetti psicologici per i pazienti ricoverati presso i reparti di degenza (ad eccezione dei pazienti oncologici)	Presentazione alla Direzione Aziendale di una proposta di percorso assistenziale riguardante gli aspetti psicologici per i pazienti ricoverati presso i reparti di degenza (ad eccezione dei pazienti oncologici)	1	0

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

- Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management	C.5.1	Accreditamento all'Eccellenza secondo gli standard "Accreditation Canada": Prosecuzione del percorso di Accreditamento e adozione dei provvedimenti previsti dal Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza	Adozione dei provvedimenti e delle misure previste dal Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza entro i termini previsti dal relativo crono-programma	100%	50%
	C.5.1.1	Monitoraggio della realizzazione del percorso di Accreditamento all'Eccellenza	Predisposizione Report periodico trimestrale riguardante l'adozione dei provvedimenti e delle misure previste dal crono-programma di realizzazione del Piano Aziendale di Accreditamento all'Eccellenza e invio alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	4	0
	C.5.2	Adozione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS) e attuazione degli obiettivi ivi definiti	Adozione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS) e attuazione degli obiettivi ivi definiti	80%	50%
	C.5.22	Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) per l'anno 2024	Adozione, con delibera aziendale, del PAP 2023, in coerenza e in applicazione delle misure previste dal Piano Nazionale di Prevenzione e dal Piano Regionale di Prevenzione applicabili in Azienda e trasmissione in Regione della delibera di adozione	1	0

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management	C.5.3	Gestione del Rischio Clinico: Effettuazione di Audit periodici sul Rischio Clinico e invio dei verbali al Risk Management e al Controllo di Gestione	Effettuazione di almeno 3 Audit sul Rischio Clinico entro il 31.12.2024	3	1
	C.5.31	Partecipazione agli Audit periodici sul Rischio Clinico	Partecipazione a un numero di Audit periodici sul Rischio Clinico pari o superiore al valore proposto e invio di una relazione annuale alla Direzione Aziendale e al Controllo di Gestione entro il 28/02/2024	80	35
	C.5.32	Verifica della completezza delle cartelle cliniche	Verifica della completezza di un numero di cartelle cliniche su specifici aspetti di rischio clinico pari al valore proposto entro il 31/12/2024	250	125
	C.5.33	Verifica a campione dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	Redazione di una relazione annuale da consegnare alla DS e al Controllo di Gestione entro il 28.02.2025	1	0

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management	C.5.35	Revisione Regolamento COVASI	Presentazione proposta di revisione del Regolamento COVASI condivisa tra UOC Risk Management e UOD Affari Generali entro il 31.12.2024	1	0
	C.5.36	Revisione del Regolamento di Sala Operatoria	Presentazione proposta di revisione del Regolamento di Sala Operatoria alla Direzione aziendale entro il 30.04.2024	1	0
	C.5.37	Revisione del Regolamento di Polizia Mortuaria	Presentazione proposta di revisione del Regolamento di Polizia Mortuaria alla Direzione aziendale entro il 30.06.2024	1	0
	C.5.38	Revisione della Procedura P/919/74 - Verifica completezza della documentazione sanitaria in cartella clinica e modalità di integrazione	Presentazione proposta di revisione della Procedura P/919/74 alla Direzione aziendale entro il 30.09.2024	1	0
	C.5.5	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Proposta, adozione e attuazione del Programma aziendale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA	Predisposizione del Programma aziendale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA, in applicazione della Determinazione regionale n. G16501 del 28.11.2022, entro il 30.06.2024	1	0

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management	C.5.6	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Elaborazione Piano aziendale di monitoraggio ambientale nei Blocchi Operatori e nelle Aree critiche	Elaborazione Piano aziendale di monitoraggio ambientale nei Blocchi Operatori e nelle Aree critiche, esecuzione dei monitoraggi programmati ed elaborazione e trasmissione di report trimestrali alla Direzione Sanitaria circa le attività eseguite	3	1
	C.5.7	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Elaborazione Piano aziendale di sicurezza delle acque	Elaborazione Piano aziendale di sicurezza delle acque, esecuzione dei monitoraggi programmati ed elaborazione e trasmissione di report trimestrali alla Direzione Sanitaria circa le attività eseguite	3	1
	C.5.71	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Attuazione delle misure previste nella Determ.regionale n G16501/2022 concernente le linee di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	Attuazione delle evidenze documentali raccomandate P1 e P2 entro il 30.06.2024	100%	50%
	C.5.72	Esecuzione di indagini di prevalenza semestrali sulle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione di 2 indagini di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza entro il 30.06.2024 ed entro il 31.12.2024 e invio formale delle relative Relazioni alla Direzione Sanitaria e al Controllo di gestione entro 30 giorni dalla scadenza	2	0

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

Sicurezza delle cure, Qualità e Risk Management	C.5.8	Stewardship antimicrobica e protocolli aziendali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Attuazione dei protocolli aziendali per il controllo delle ICA e trasmissione di relazioni semestrali sul controllo delle ICA attraverso l'applicazione e il monitoraggio dei relativi protocolli aziendali	2	0
	C.5.81	Monitoraggio produzione e smaltimento dei rifiuti sanitari	Elaborazione di un report trimestrale da inviare alla Direzione Sanitaria, al Controllo di Gestione e al Bilancio entro il giorno 15 del mese successivo al trimestre in esame	9	3
	C.5.9	Riduzione delle cadute accidentali: Adozione della scheda di rischio cadute nelle UU.OO identificate alla luce dei nuovi indirizzi regionali	Percentuale di utilizzo della Scheda informatizzata per la valutazione del Rischio Cadute pari o superiore al valore proposto	90%	50%
	C.5.10	Gestione delle Lesioni da Pressione: Utilizzo della Scheda informatizzata per la valutazione del rischio, la richiesta di presidi antidecubito e il trattamento e monitoraggio delle lesioni da pressione	Percentuale di utilizzo della Scheda informatizzata per la gestione delle lesioni da pressione pari o superiore al valore proposto (tot schede informatizzate su tot schede Braden)	90%	0%

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

- Monitoraggio sulle attività a rischio di corruzione così come definito dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione	C.5.11	Attività a rischio di corruzione così come definito dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione: Monitoraggio periodico specifico per Struttura Organizzativa delle attività a rischio di corruzione in base al livello di rischio definito	Attività di monitoraggio eseguite nei tempi previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della corruzione sul totale delle attività da monitorizzare pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%
- Controllo periodico sul rispetto dei volumi delle prestazioni eseguite in ALPI	C.5.111	Controllo periodico sul rispetto dei volumi delle prestazioni eseguite in ALPI rispetto ai volumi di prestazioni rese in regime istituzionale e pubblicazione report	Elaborazione e pubblicazione di report trimestrali riguardanti il rispetto dei volumi delle prestazioni eseguite in ALPI rispetto ai volumi di prestazioni rese in regime istituzionale	4	2
	C.5.112	Verifica delle fatture relative all'attività in ALPI finalizzata alla valutazione della corrispondenza tra le prestazioni fatturate e quelle autorizzate per singolo professionista, su un campione pari al 30% del totale delle fatture	Elaborazione e pubblicazione di report semestrali entro il mese successivo al semestre di riferimento.	2	0

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

- Flussi Informativi	C.5.12	Assicurare tempestività, completezza e qualità dei dati trasmessi ai fini del rispetto del debito informativo a livello regionale e nazionale: Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi ai Flussi previsti dai Ministeri competenti e dalla Regione	Numero di flussi inviati nei termini /Totale dei flussi inviati pari o superiore alla percentuale proposta	100%	50%
	C.5.12.1	Flusso informativo contratti di dispositivi medici	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati pari o superiore al valore proposto	75%	0%
	C.5.12.2	Flusso informativo consumi di dispositivi medici	Assicurare una percentuale di copertura del flusso dei consumi pari o superiore al valore proposto (Modalità di calcolo: La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione copre l' 80% dei costi rilevati da Modello CE)	80%	0%
	C.5.12.3	Flusso informativo consumi farmaci (Flusso Farmed e Flusso File R)	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati, qualità e attendibilità dei dati trasmessi.	100%	0%

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

- Efficienza Processi Organizzativi	C.5.13	Miglioramento dell'efficienza delle Sale Operatorie: Inserimento delle informazioni rilevanti che connotano l'intervento chirurgico e delle tempistiche di sala operatoria da parte del personale sanitario coinvolto, per quanto di rispettiva competenza	percentuale di inserimento delle informazioni rilevanti che connotano l'intervento chirurgico e delle tempistiche di sala operatoria (vedi nota) pari al valore proposto NOTA: - <b>anestesista</b> : tecnica anestesiologica, ASA, ora inizio anestesia, ora fine anestesia; - <b>chirurgo</b> : ora inizio intervento, ora fine intervento, diagnosi e intervento ICD-9-CM;	100%	50%
	C.5.14	Garantire la riconversione dello strumentario per gli interventi chirurgici	Sala Operatoria Pronta Ore 8.00 mediante applicativo Blocco Operatorio	90%	50%
	C.5.16	Monitoraggio accessi in Pronto Soccorso	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Aziendale di un report settimanale di monitoraggio degli accessi in Pronto Soccorso e analisi indicatori di tempestività ed efficienza	1	0
	C.5.17	Partecipazione al Network delle Regioni coordinato dalla scuola superiore Sant'Anna di Pisa	Implementazione sottoprogetti secondo gli accordi e le tempistiche oggetto di convenzione, inerente la valutazione della performance, la valutazione del clima organizzativo e la partecipazione all'osservatorio permanente dell'esperienza dei pazienti	1	0

### C.3 - Riorganizzazione del funzionamento della tecnostruttura

- Tempestività nell'esecuzione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati	C.5.26	Riduzione dei Tempi di Esecuzione (TE) delle indagini di diagnostica strumentale o di laboratorio per i pazienti ricoverati	Proporzione di indagini diagnostiche eseguite entro i giorni lavorativi specificati pari alla percentuale proposta	90%	50%
- Tempestività nella refertazione di indagini diagnostiche per i pazienti ricoverati	C.5.27	Riduzione dei Tempi di Refertazione (TR) delle indagini di diagnostica strumentale o di laboratorio per i pazienti ricoverati	Proporzione di referti consegnati entro i giorni lavorativi specificati pari alla percentuale proposta (per le prestazioni refertabili entro il termine proposto)	90%	50%
- Tempestività completamento e chiusura delle cartelle cliniche di ricovero	C.5.29	Attività di monitoraggio sul rispetto dei termini previsti per la compilazione e validazione delle SDO di ricovero	Numero di Report periodici pari al valore proposto	10	5
- Documentazione delle attività sanitarie	C.5.30	Documentazione delle attività di ricovero eseguite attraverso la codifica della SDO: implementazione strumenti di supporto e guida alla codifica delle informazioni	Implementazione integrazione ADT-Quani-Reporto: configurazione alert e formazione degli operatori	1	0

**C.4 - Politiche per lo sviluppo, la valorizzazione, il benessere delle risorse umane**

- Piano triennale aziendale dei fabbisogni di personale	C.6.1	Adozione del Piano triennale dei fabbisogni di personale	Adozione del Piano triennale dei fabbisogni di personale entro i termini previsti dalla normativa vigente	1	0
- Piano aziendale della Formazione	C.6.2	Adozione del Piano aziendale della Formazione	Adozione del Piano aziendale della Formazione entro i termini previsti dalla normativa vigente	1	0
Formazione su Rischio Clinico	C.6.31	Organizzazione corsi di formazione aziendale sulla gestione del rischio clinico	Organizzazione di tre eventi inerenti la gestione del rischio caduta, la corretta gestione della terapia trasfusionale e il consenso informato e la responsabilità professionale	3	0
- Promozione welfare organizzativo	C.6.4	Presentazione di almeno due progetti uno della dirigenza e uno del comparto relativo al welfare organizzativo	Presentazione di almeno due progetti uno della dirigenza e uno del comparto relativo al welfare organizzativo	2	1

**C.5 - Comunicare in ospedale e comunicare l'ospedale**

- Amministrazione Trasparente	C.7.1	Aggiornamento della Sezione Amministrazione Trasparente sul sito Web Aziendale: Inserimento puntuale della documentazione nelle apposite sezioni specificate di Amministrazione Trasparente	Pubblicazione della documentazione nelle sezioni specificate entro il termine fissato	100%	50%
- Monitoraggio dei Reclami degli utenti	C.7.2	Reclami: attività di monitoraggio semestrale delle segnalazioni ricevute	Predisposizione ed invio alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione di appositi Report riepilogativi semestrali	2	0
- Comunicare l'Ospedale	C.7.3	Realizzazione di materiale informativo per il paziente e/o care-giver	Realizzazione di Brochure e/o video tutorial per pazienti e/o care giver per la promozione dell'autocura su determinate specifiche assistenziali	1	0
	C.7.4	Miglioramento della segnaletica per l'accesso ai servizi e per le procedure interne	realizzazione di procedura e/o proposte per il miglioramento della segnaletica	1	0

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

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

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

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

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

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

- a) l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze della collettività;
- b) l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- c) la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;

- d) la modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- e) lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- f) l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento e alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- g) la qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- h) il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **2.2.4 Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.2.5 Gli obiettivi assegnati al personale di Comparto**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Rischi corruttivi e trasparenza**

### **2.3.1 Il contesto Esterno**

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea opera possano favorire il verificarsi di fenomeni

corruttivi al proprio interno. Ciò in relazione sia al territorio di riferimento, sia a possibili relazioni con portatori di interesse esterni che possono influenzarne l'attività.

Nello svolgimento di tale analisi, assume rilevanza il ruolo ricoperto dagli stakeholders che interagiscono a vario titolo con l'Azienda e, dunque, le misure di ascolto atte ad assicurare una partecipazione effettiva dei portatori di interesse, tra le quali rientra l'informativa pubblicata da ultimo in data 19/12/2023 nella sezione Amministrazione Trasparente del sito WEB Aziendale. Tale preliminare attività favorisce l'acquisizione di elementi utili ad una corretta elaborazione della mappatura dei rischi, favorendo la disamina delle principali dinamiche territoriali e/o settoriali e consentendo una preventiva individuazione delle possibili influenze e pressioni esterne che potrebbero, nello svolgimento dell'attività istituzionale, potenzialmente interessare l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea in fenomeni corruttivi.

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

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

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

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

## Il contesto territoriale

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

## Il contesto esterno con riferimento alla corruzione

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

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

L'organizzazione definisce la corruzione come "l'abuso di pubblici uffici per il guadagno privato".

Dall'analisi dei dati relativi alla percezione della corruzione raccolti da Transparency International, risulta che nel corso dell'anno 2022 l'Italia abbia mantenuto la valutazione assegnata per l'anno precedente, collocandosi con 56 punti complessivi al 41esimo posto sui 180 paesi del mondo oggetto di analisi.

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

Dai rapporti "Mafie nel Lazio", il VI° e il VII° relativi agli anni 2020/ 2021 e primo semestre 2022, emerge una condizione di grande vulnerabilità della nostra comunità rispetto all'aggressione della criminalità organizzata. In particolare, gli appalti pubblici costituiscono uno degli obiettivi di interesse strategico delle organizzazioni mafiose, in quanto consentono non solo di reinvestire, in iniziative legali, le ingenti risorse liquide provenienti dalle molteplici attività criminali, ma rappresentano un'ulteriore fonte di guadagni e un collaudato sistema di pulizia del denaro sporco, con il conseguente indebolimento del sistema delle aziende sane e dell'alterazione della libera concorrenza.

Attuale è, ad oggi, con riferimento alla gestione dei fondi finalizzati agli investimenti di cui al PNNR, il rischio di un'aggressione della criminalità organizzata, come ripetutamente evidenziato dalla magistratura e dalle forze dell'ordine. Le risorse stanziare per il Lazio, destinate al perseguimento di investimenti mirati, ammontano in complessivi 17 miliardi per l'intero periodo.

Diversi interventi, che hanno già apportato miglioramenti significativi ai servizi ai servizi pubblici offerti alla collettività, sono stati portati a compimento, e ciò dovrà essere possibile anche per quelli avviati o da avviare, continuando nel contrasto all'arricchimento di bande e organizzazioni criminali.

In tal senso, sempre maggiore sarà lo sforzo che bisognerà mettere in campo per impedire l'infiltrazione delle mafie nel settore degli appalti e dei servizi pubblici, attraverso il monitoraggio, l'incrocio dei dati e la prevenzione. Con questa consapevolezza la Regione Lazio, attraverso la stipula di un protocollo in data 23 dicembre 2021 ha aperto, come iniziale intervento, seguito da successivi, un canale diretto con DIA e DNA per monitorare e controllare i fondi del PNRR che arriveranno anche nei prossimi anni.

Nell'ambito degli interventi volti a prevenire infiltrazioni criminali e per effetto dell'entrata in vigore del decreto legislativo 31/3/2023 n. 36, l'ANAC ha provveduto da ultimo, con deliberazione n. 585 del 19 dicembre 2023, a disporre l'aggiornamento alle originarie Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136.

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

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

Nel quadro sopra delineato, il presente Piano mira ad individuare, mediante il diretto coinvolgimento della Direzione Strategica aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione

della corruzione nonché dei dirigenti responsabili delle Unità Operative in qualità di referenti, misure in grado di prevenire il verificarsi di ipotesi di corruzione, intesa quale fenomeno di maladministration, mediante l'introduzione di misure di trasparenza, regolamentazione, informatizzazione dei processi e gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

In tale ottica, i dirigenti delle strutture coinvolte nei procedimenti decisionali aziendali sono stati inviati a provvedere al costante aggiornamento/conferma della mappatura dei processi e dei rischi.

### 2.3.2 Il contesto Interno

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

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

Viste le Linee Guida ANAC del 2 febbraio 2022, aventi ad oggetto "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza", e il Piano Nazionale Anticorruzione, come aggiornato nel corso dell'anno 2023 con deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023, si considerano rilevanti, nonché utili al perseguimento degli obiettivi degli scopi di ottimizzazione e semplificazione, le seguenti misure, quali strumento di prevenzione dei rischi corruttivi e di trasparenza:

1. La **standardizzazione e regolamentazione dei processi**. In tal senso, sono state ulteriormente rafforzate le misure in materia, confermando l'inserimento di tali obiettivi nel sistema di valutazione della Performance e provvedendo a dare impulso, di concerto con la Direzione Strategica, alle attività di ricognizione, aggiornamento e nuova adozione di regolamenti disciplinanti i diversi processi aziendali. Ritenendo tale ultima attività di particolare rilevanza e in continuità con l'adozione da parte dell'Azienda, su proposta della UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica, del c.d. "Testo Unico dei Regolamenti Aziendali" con deliberazione n. 749 del 30/06/2023, appare utile dare impulso, quale misura di trasparenza e di prevenzione di fenomeni corruttivi e maladministration, alla definizione di ulteriori procedure finalizzate al costante aggiornamento dei regolamenti vigenti, proseguendo dunque nell'attività tutt'ora in corso di svolgimento.
2. La **formazione**, non solo dei dirigenti con responsabilità gestionale, ma di tutto il personale coinvolto nei processi, per incrementare la conoscenza e consapevolezza dei piani. È risultato infatti che, al fine di creare nell'amministrazione una cultura dell'anticorruzione e della trasparenza, punto di forza è la programmazione e l'attuazione di percorsi di formazione rivolti al personale, specie quello addetto alle aree a maggior rischio corruttivo. In tal senso, risulta essere necessario proseguire nella linea di attività finalizzata alla responsabilizzazione del personale coinvolto negli ambiti implicati nei processi classificati a maggior rischio corruttivo, garantendo altresì ai referenti individuati da ciascuna struttura organizzativa aziendale la possibilità di fruizione di appositi piani formativi utili ad implementare le competenze in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione
3. L'adozione di un sistema improntato al **monitoraggio periodico** per la valutazione dell'effettiva attuazione e adeguatezza, rispetto ai rischi rilevati, delle misure di prevenzione. Già da vari anni presso l'AOUSA, l'RPCT effettua monitoraggi periodici nei confronti delle UU.OO. interessate circa la sostenibilità delle misure adottate per contrastare il rischio corruttivo legato ai processi aziendali e

riceve relazioni quadrimestrali (processi ad alto rischio corruttivo), semestrali (medio rischio) annuali (rischio basso). Le risultanze dei monitoraggi periodici vengono pubblicate nella sezione “Dati Ulteriori” del portale “Amministrazione Trasparente” (V. Punto 7 del Piano). Nell’**Allegato 2** al presente Piano “Misure di prevenzione oggetto di adozione” viene indicato, per ogni misura, lo stato di attuazione così come risultante dagli esiti dell’ultimo monitoraggio, per poi esporre la programmazione per il successivo triennio di riferimento.

4. L’incremento del grado di **automazione e digitalizzazione** di molti processi, al fine di aumentare l’efficacia, l’efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione. Nell’anno 2022 AOUSA ha aderito al programma “Assessment e formazione sulle competenze digitali” promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la valorizzazione lo sviluppo del capitale umano nelle P.A. Il progetto è finalizzato ad uniformare le competenze digitali dei dipendenti pubblici attraverso una formazione mirata, offerta loro dopo una analisi del fabbisogno individuale, così come mediante i corsi fruibili attraverso la piattaforma “Syllabus”.

Nel perseguimento degli obiettivi di trasparenza e con finalità strettamente connesse a quanto previsto dalla deliberazione ANAC n. 203 del 17 maggio 2023, l’RPCT nel corso dell’anno 2023 ha dato impulso all’incremento della produzione, laddove possibile, di c.d. “flussi informativi automatizzati” ai fini della pubblicazione, invitando le strutture aziendali a provvedere -con il coordinamento della UOC Sistemi Informativi e Tecnologie della Comunicazione- a verificarne la fattibilità. L’attività avviata, sarà oggetto di periodico monitoraggio al fine di perseguire gli obiettivi di cui sopra.

### **2.3.3 Il Responsabile della prevenzione corruzione: funzioni e obblighi**

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

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

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

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

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

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

Con provvedimento del Direttore Generale n. 1237 del 08 novembre 2023, è stata disposta la nomina temporanea Dott. Manolo Attanasio, dirigente amministrativo, Dirigente della UOS Formazione e Aspetti Giuridici del Personale, in qualità di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, sino al rientro in servizio del titolare dell'incarico, avvenuto in data 08/01/2024.

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

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

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

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

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumere la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel presente piano e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati dal Piano Nazionale Anticorruzione, come aggiornato con deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023- e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma);
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Pertanto tutti i Dirigenti aziendali, titolari di incarico di direzione di U.O., prestano la necessaria collaborazione nei confronti del Responsabile nelle fasi di:

- mappatura dei processi;
- individuazione ed analisi dei rischi connessi alle attività di competenza;
- formulazione di proposte e di misure idonee per la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni corruttivi;
- monitoraggio sull'attuazione ed efficacia delle misure introdotte;

- controllo circa il rispetto delle misure da parte del personale assegnato;
- trasmissione di informazioni, secondo le cadenze prestabilite e comunque su richiesta del RPCT, e di segnalazioni al verificarsi di eventi “corruttivi”;
- formulazione delle proposte in ordine alla rotazione del personale assegnato esposto al rischio corruzione.

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

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

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

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

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

### **2.3.5 Mappatura dei Processi e individuazione delle misure di prevenzione**

Il RPCT, coadiuvato dallo staff di supporto, procede alla definizione della mappatura dei processi condivisa con i dirigenti responsabili e la Direzione strategica nell'esercizio delle rispettive competenze e nel rispetto dei principi enunciati da ultimo con il PNA come aggiornato con deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura è stata condotta come segue:

- 1) Individuazione dei processi: tutti i dirigenti sono stati chiamati ad individuare i processi gestiti dalla UO per i quali prevedere un apposito “trattamento” ai fini della prevenzione della corruzione;
- 2) Suddivisione dei processi in sottoprocessi: ciascun processo è stato suddiviso, ove possibile, in sottoprocessi ed eventualmente in fasi, in base alla maggiore o minore complessità delle attività oggetto di analisi. In fase di mappatura, infatti, la maggiore analiticità consente di individuarne più facilmente i punti maggiormente vulnerabili e dunque i potenziali rischi incidenti;
- 3) Analisi dei rischi: sulla base dei processi analizzati e delle fasi di cui essi si compongono, è stato richiesto ai dirigenti di individuare i rischi potenzialmente idonei ad incidere sul buon andamento, anche sulla base delle fonti informative disponibili, della casistica dei fenomeni di maladministration registrati in Azienda, e dei fenomeni che, anche sulla base della diffusione di notizie a mezzo stampa, si ripetano con frequenza nell'ambito oggetto di analisi;
- 4) Ponderazione e graduazione del rischio: il rischio, che può essere classificato come basso, medio o elevato, è stato valutato dai dirigenti secondo il criterio della prudenza, contemperando la valutazione relativa alla probabilità del verificarsi dell'evento dannoso, con la definizione delle priorità di intervento e trattamento;
- 5) Individuazione delle misure già adottate per la prevenzione: è stato richiesto a ciascun dirigente di evidenziare le misure preventive già presenti, quali, a titolo esemplificativo, regolamenti, circolari, linee guida, attuazione di iniziative formative rivolte agli operatori coinvolti nelle attività, misure di rotazione

del personale, anche mediante il meccanismo di segregazione delle funzioni, rafforzamento della trasparenza rispetto alle misure minime individuate dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., rafforzamento delle attività monitoraggio e controllo dei processi, gestione, in termini preventivi, delle ipotesi di conflitto di interesse;

- 6) Individuazione di misure di prevenzione ulteriori, sulla base del rischio residuo, anche eventualmente riclassificato in base alla ravvisata efficacia delle misure adottate in precedenza: nel richiamare il principio della obbligatoria sostenibilità delle misure da adottare, sia dal punto di vista economico che da quello organizzativo, al fine di facilitare l'individuazione dei possibili rimedi, è stato sottoposto ai dirigenti l'elenco, di seguito riportato, delle possibili cause che possano dare luogo al verificarsi di eventi dannosi, quali, a titolo esemplificativo:
- mancanza di controlli: in fase di analisi andrà verificato se i controlli siano stati previsti e vengano efficacemente attuati;
  - mancanza di trasparenza;
  - eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
  - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo in capo a pochi o ad un unico soggetto;
  - scarsa responsabilizzazione interna;
  - inadeguatezza e/o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
  - inadeguata diffusione della cultura della legalità;
  - mancata attuazione del principio di separazione tra politica e amministrazione.

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

Nel corso dell'anno precedente, è stata avviata un'attività di approfondimento e mappatura dei processi inerenti la gestione dei fondi PNRR e fondi strutturali che verrà ultimata nel corso dell'anno 2024, la quale costituirà oggetto di interventi rafforzativi atti a garantire una costante e efficace definizione di efficaci misure di prevenzione.

A seguito di modifica dell'atto aziendale si è poi proceduto ad una revisione della mappatura dei processi nonché delle misure di prevenzione. Tale attività è stata proseguita anche nel corso dell'anno 2023, a seguito di ulteriore riorganizzazione interna con particolare riferimento alla UOC Politiche e Gestione del Personale. In particolare, con deliberazione n. 1103 del 04/10/2023, è stata disposta l'integrazione delle competenze assegnate alla UOS Formazione, istituzionalmente e funzionalmente inserita nell'ambito organizzativo della UOC Politiche e Gestione del Personale, con tutte quelle inerenti agli "aspetti giuridici del personale dipendente ed universitario", prevedendo di segnalare tale integrazione anche nella parte descrittiva del modello organizzativo così come rappresentato nell'atto aziendale ed adeguare la denominazione della stessa tenendo conto delle nuove operatività attribuite.

E' stato fornito, anche quest'anno, ai Dirigenti il documento denominato Anagrafica dei rischi (**Allegato 5**), ovvero un elenco dei principali rischi di corruzione che con maggiore frequenza e probabilità potrebbero verificarsi. Il suddetto documento -a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti Pubblici e dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione (deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023)- ha comportato la necessità di provvedere all'aggiornamento dei possibili rischi e della mappatura di alcuni dei processi dell'Azienda, ad oggi in corso di completamento.

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

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

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

L'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del piano è stata resa difficoltosa in parte dall'assenza di un ufficio di staff esclusivamente dedicato alle funzioni e che collabori, a tempo pieno, alle attività connesse alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza. Tali funzioni sono state svolte dal RPCT, che si è avvalso della disponibilità di personale in servizio presso la UOD Affari Generali, difatti con atto deliberativo n. 1093/2022 è stato istituito un gruppo a supporto delle attività del RPCT. L'avvicendamento del ruolo di RPCT nel corso degli anni 2022 e 2023 ha in parte limitato la continuità nell'azione di impulso e coordinamento.

### 2.3.6 Misure per l'abbattimento del Rischio

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

Per il triennio 2024-2026, sulla base di quanto segnalato dai dirigenti delle UU.OO. nella revisione della Mappatura o nei colloqui individuali con il RPCT, nonché in esito alla verifica dello stato di attuazione delle misure di prevenzione, è stata prevista la mancata riconferma di n. 19 misure di prevenzione rispetto al piano precedente, a fronte del raggiungimento di un completo grado di attuazione e di standardizzazione per alcune, ovvero a causa del loro superamento per altre. In sede di revisione delle misure di prevenzione è stato poi previsto l'inserimento di n. 18 nuove misure, in particolare in relazione alle aree di rischio individuate nei contratti pubblici, nonché in relazione alla gestione dei fondi PNRR.

Complessivamente, come riporta l'**Allegato 2** del presente piano, lo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste è risultato essere ad un livello soddisfacente con riferimento all'anno 2023.

Nell'individuazione delle misure di prevenzione per il triennio 2024-2026, indicate nel suddetto **Allegato 2**, si è tentato di armonizzare, ai fini della prevenzione della corruzione, gli obiettivi di efficienza con gli adempimenti, numerosi e crescenti, imposti dalla vigente normativa, nella profonda consapevolezza che talvolta la ricerca di misure nuove o innovative rischia di sortire l'effetto contrario rispetto al principio che si intende perseguire.

Nel caso di specie, dunque si è tentato di evitare che l'individuazione di misure ulteriori rispetto a quella già in essere, per taluni processi, potesse determinare un appesantimento ulteriore delle procedure con il rischio di determinare un malfunzionamento, provvedendo laddove necessario ad una mera

Per quanto concerne i rischi corruttivi e le misure di contenimento, alla luce dell'entrata in vigore del D.Lgs. 36/2023, si ritiene, nel rispetto di quanto previsto con deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, di riproporre la casistica degli eventi rischiosi enucleati nel PNA 2022 e delle connesse misure di prevenzione, in quanto criticità potenzialmente presenti ad oggi in via strutturale, e non più derogatoria, nel sistema dei contratti pubblici.

Le misure che l'Azienda intende porre in essere per il triennio 2024 – 2026 confermano l'impostazione seguita in passato e si traducono ancora una volta in azioni volte alla regolamentazione dei processi/procedimenti, al monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese, al rafforzamento della trasparenza nei settori maggiormente esposti al rischio di corruzione, alla formazione e sensibilizzazione etica del personale, alla realizzazione degli

obiettivi di digitalizzazione, alla rotazione del personale operante in aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, privilegiando meccanismi di segregazione delle funzioni onde non recare pregiudizio al buon andamento dell'attività amministrativa, alla gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

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

### Misure di regolamentazione

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

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

A tal fine l'Azienda ha proceduto, nel corso dell'anno 2023, all'espletamento di una attività di ricognizione e, laddove possibile e necessario, aggiornamento e nuova adozione di regolamenti disciplinanti i processi aziendali giungendo, su proposta della UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica, all'adozione del c.d. "Testo Unico dei Regolamenti Aziendali" con deliberazione n. 749 del 30/06/2023. Tale documento è consultabile sul sito web aziendale al percorso "Azienda" → "Istituzionale" → "TURA". I regolamenti che compongono il predetto documento sono altresì oggetto di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente, al percorso "Disposizioni generali" → "Atti generali" → "Atti amministrativi generali".

### Misure di controllo e monitoraggio

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

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

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

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

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

A prescindere dalla classificazione del rischio, permane in capo ai dirigenti il dovere di procedere al costante monitoraggio, controllo ed alla verifica sulla correttezza dei procedimenti amministrativi intrapresi nonché sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate. Permane altresì l'obbligo di procedere alla segnalazione nei confronti del RPCT di episodi corruttivi, mediante l'utilizzo della scheda allegata al presente Piano (**Allegato**

4). La predetta segnalazione non esime tuttavia il dirigente dall'avvio di eventuali procedure disciplinari e, nei casi più gravi, dagli obblighi di denuncia alle Autorità Giudiziarie.

### **Misure di trasparenza**

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

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

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

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

I destinatari della formazione erogata in materia operano, in primo luogo, in ambiti fortemente interessati da processi connessi alle ipotesi di rischio previste dal PNA 2022.

Viene previsto il rafforzamento della formazione, in continuità con l'annualità precedente e anche in materia di etica, al personale coinvolto nell'acquisizione dei beni e servizi nonché al personale di supporto allo svolgimento delle funzioni del responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza. In tal senso, assume rilievo in ambito formativo aziendale l'erogazione del corso inerente il nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023) promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica sulla piattaforma Syllabus e reso obbligatorio per il personale interessato.

Tanto nell'ambito delle suddette attività, come per le altre, è previsto che i contenuti della formazione siano scelti appositamente dai Dirigenti di area rispetto alle funzioni svolte dal personale assegnato, al fine di implementare le competenze del personale interessato e, conseguentemente, contenere ipotesi di inadeguata applicazione dei principi e delle norme che regolano l'agire della P.A..

L'Azienda, nell'ambito del programma di formazione per la prevenzione della corruzione, intende, nel corso del triennio, proseguire l'attività di formazione specifica rivolta al personale che opera in aree a rischio corruzione. La formazione potrà essere svolta, oltre che nel modo classico dell'incontro formale, anche attraverso l'utilizzo delle tecnologie informatiche mediante il sito web e l'intranet aziendale, nonché tramite la pubblicazione di materiale nell'area amministrazione trasparente o mediante corsi FAD.

### **Misure di rotazione**

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

La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative

sul piano organizzativo che determinino a loro volta il rischio di incorrere in ulteriori ipotesi di maladministration. Per tali ragioni, appare evidente che la rotazione deve essere preceduta da idonei percorsi formativi e di affiancamento che assicurino la prosecuzione delle attività ordinarie e che garantiscano la regolare erogazione dei servizi.

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

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

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

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

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

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

Nel triennio 2024-2026, l'Azienda intende proseguire, nei settori più esposti a rischio di corruzione (incarichi e nomine, acquisizione e gestione del personale, contratti pubblici), i processi di rotazione sia mediante l'alternanza delle figure chiamate a ricoprire i ruoli di responsabile di procedimento, di componente di commissioni di gara e di concorso, sia mediante il ricorso al più volte richiamato principio della segregazione delle funzioni, quale sistema idoneo ad evitare l'accentramento, in capo al medesimo soggetto, di una pluralità di compiti e funzioni. Quanto sopra anche al fine di ottemperare alle previsioni di cui al D.lgs. 36/2023, art. 15 che introduce la figura del Responsabile Unico di Progetto.

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

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

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

### Misure di segnalazione e protezione

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

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

È previsto, difatti fra l'altro, che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito.

Il D.lgs. 10 marzo 2023, n. 24 recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019 riguardante che segnalano violazioni del diritto dell'Unione in attuazione delle quali l'ANAC ha emesso, con deliberazione n. 311 del 12 luglio 2023, apposite Linee Guida che, in continuità con i suddetti interventi, favoriscono la tutela dei cosiddetti "whistleblower".

La protezione viene, ora, "ulteriormente rafforzata ed estesa a soggetti diversi da chi segnala, come il facilitatore o le persone menzionate nella segnalazione, a conferma dell'intenzione, del legislatore europeo e italiano, di creare condizioni per rendere l'istituto in questione un importante presidio per la legalità e il buon andamento delle amministrazioni/enti".

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

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

Con deliberazione n. 22 del 13/01/2022, l'Azienda ha provveduto all'acquisto su piattaforma MEPA del servizio dedicato alla gestione, manutenzione e condizione applicativa delle segnalazioni "Whistleblowing", nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa in materia.

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

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

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

### **Misure per la prevenzione di ipotesi di conflitto di interesse**

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

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

Le principali disposizioni normative che disciplinano le modalità di gestione delle ipotesi di conflitto di interesse, anche potenziale, da parte dei dipendenti pubblici sono contenute all'art. 6 del D.P.R. N. 62/2013, all'art. 6 bis della legge 241/90 ed all'art. 16 del D.lgs. 36/2023.

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

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

Il nuovo Codice di comportamento aziendale, attualmente in fase di adozione, è stato redatto anche in ossequio alle Linee guida ANAC in materia di Codici di Comportamento delle Pubbliche Amministrazioni (delibera n. 177 del 19/02/2020), riguardante le "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle Amministrazioni Pubbliche".

Il Codice di comportamento, difatti, è una misura di attuazione della strategia della prevenzione della corruzione e della illegalità e, pertanto, elemento essenziale del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

I destinatari del suddetto Codice sono tenuti a rispettare le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione e le prescrizioni e gli obiettivi indicati nel Piano e sono, pertanto, tenuti a collaborare con il RPCT. In particolare i dipendenti hanno l'obbligo di prestare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione sia per la comunicazione di dati, sia per l'effettuazione di segnalazioni di possibili illeciti ma anche in generale nella comunicazione di buone prassi.

### 2.3.7 Sezione Trasparenza

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

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

Rientrano nelle misure volte al rispetto del principio generale della trasparenza le misure relative alla formazione, al whistleblowing, al pantouflage, alla gestione del conflitto di interesse. Quest'Azienda rileva un livello di adempimento degli obblighi di trasparenza risulta essere soddisfacente anche se per alcuni obblighi si rileva un parziale adempimento e per altri si attende una fase di aggiornamento.

In materia di obblighi di pubblicazione, si è provveduto al recepimento delle modifiche introdotte con la delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, con la quale l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha aggiornato e integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023, riguardante la trasparenza dei contratti pubblici.

Al fine di migliorare l'efficacia dei processi di alimentazione e pubblicazione dei dati non ancora informatizzati in considerazione della molteplicità e varietà degli stessi, nel corso dell'anno 2023 l'RPCT ha dato impulso all'attività di produzione di flussi informatizzati di dati, invitando le strutture aziendali a valutare, laddove possibile, l'incremento degli stessi, con il supporto della struttura tecnica competente.

Nonostante tale attività avesse costituito motivo di rallentamento in passato, risulta ad oggi aver raggiunto un livello condivisibile.

Risultano efficaci le misure adottate in relazione al pantouflage, che si concretano in particolare nell'inserimento della clausola di pantouflage negli atti di assunzione del personale, nelle dichiarazioni acquisite in caso di cessazione dal servizio dei dipendenti e nel DGUE per la partecipazione a gare d'appalto, prevedendone espressamente il divieto. L'Azienda per il triennio 2024-2026, così come avvenuto per l'anno 2023, promuove l'inserimento negli atti di indirizzo e in quelli regolamentari delle misure finalizzate all'attuazione della trasparenza.

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

È prevista nel corso del periodo in esame una ulteriore attività di aggiornamento e revisione di tale regolamento, che verrà adeguato alle modifiche introdotte con l'entrata in vigore del D-Lgs. 36/2023.

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

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

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

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

Nell'**Allegato I** sono indicati in dettaglio:

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

### 2.3.8 Piano Triennale delle Attività – Attuazione Misure

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

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

## 3 SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3.1 Struttura organizzativa

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

La Direzione Aziendale prevede nel corso del 2024 di formulare alla Regione Lazio una proposta di revisione dell'Atto Aziendale in vigore, al fine di procedere, ad invarianza della numerosità delle strutture organizzative, alla riconfigurazione dell'offerta assistenziale in relazione alle mutate evidenze epidemiologiche e all'evoluzione della domanda, nonché alla necessità di potenziare la realizzazione di percorsi assistenziali integrati con il territorio, nell'ambito del continuo miglioramento dell'uso efficiente delle risorse ospedaliere.

L'organizzazione Dipartimentale è stato assunto quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, con l'obiettivo di garantire concreta attuazione alle politiche di governance integrata e

l'affermarsi di buone pratiche gestionali. Il Dipartimento vuole essere un elemento caratterizzante della strategia aziendale che valorizzi il personale, favorendo la crescita delle competenze professionali in un contesto di reale integrazione organizzativa, per dare effettiva concretezza alle politiche di governo clinico.

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

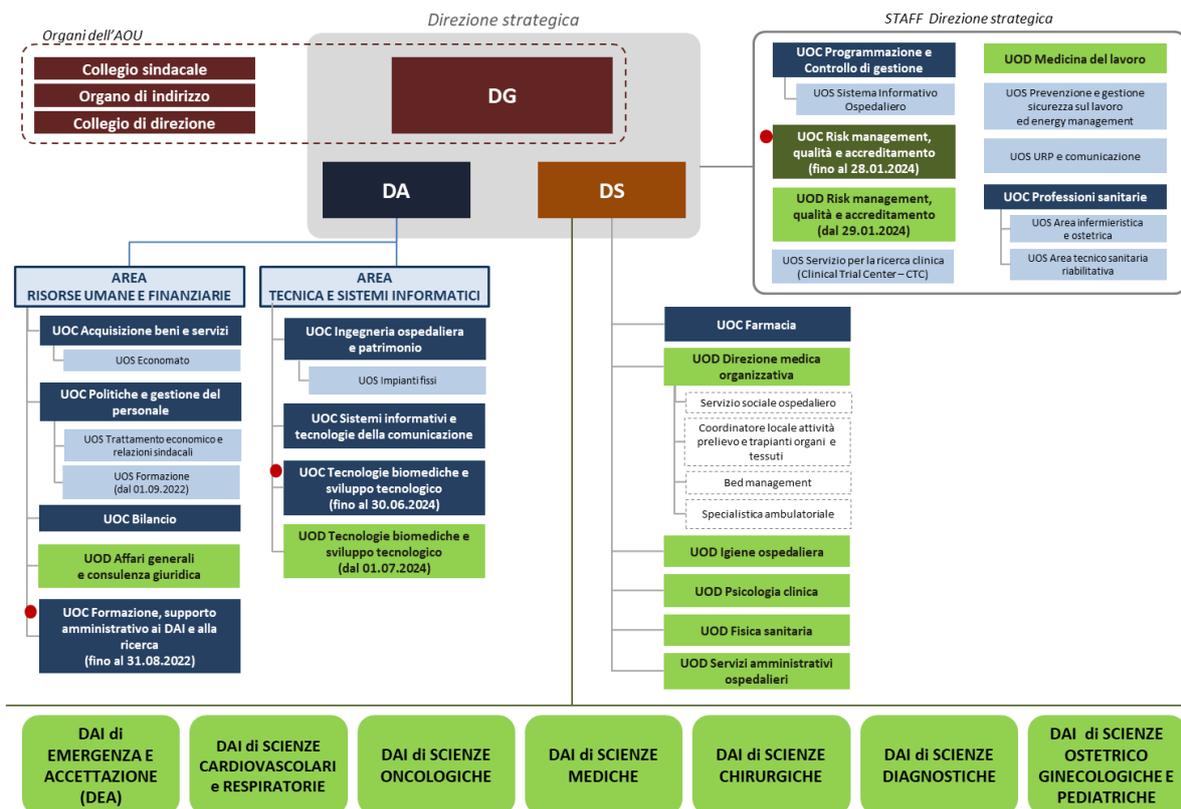
L'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, definito nel suddetto Atto Aziendale, prevede nr. 7 Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI), cui afferiscono le Unità Operative Complesse e le Unità Operative Semplici Dipartimentali:

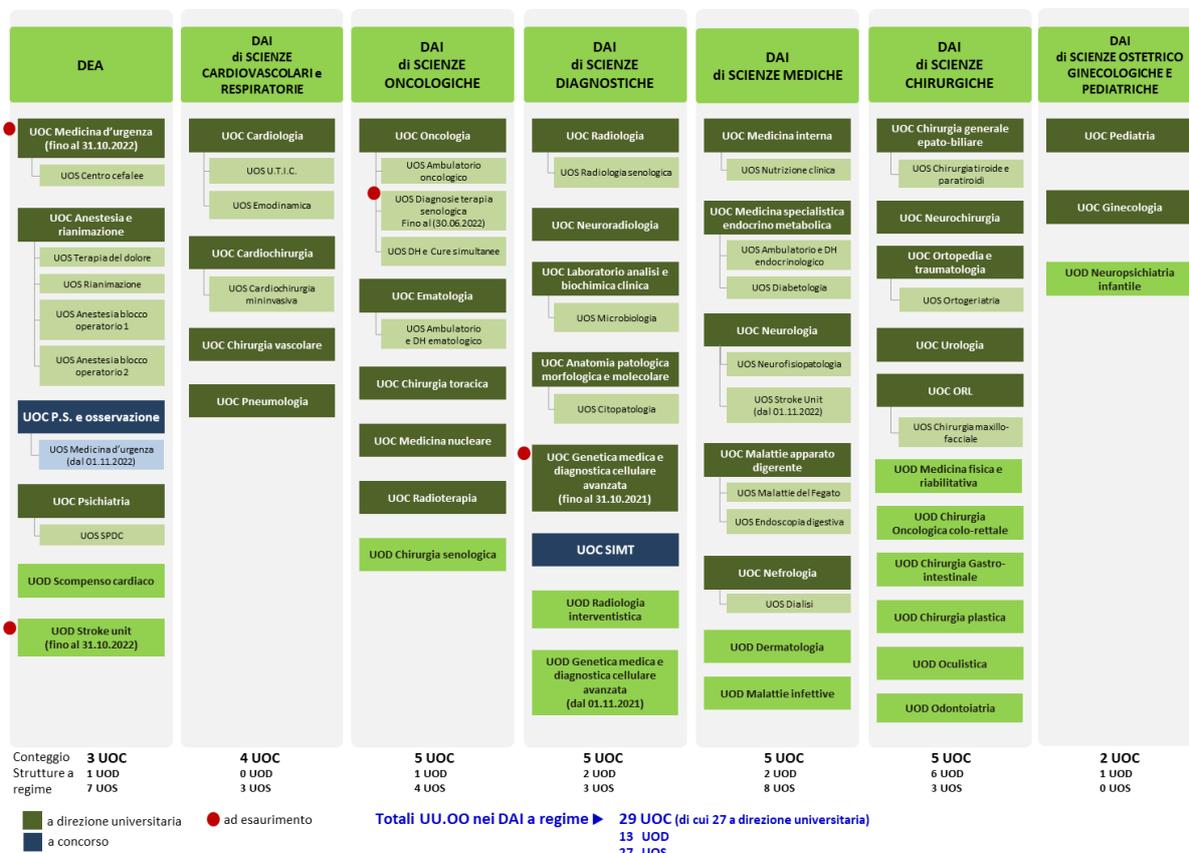
1. **DAI di Emergenza e accettazione (DEA)**, che rappresenta l'articolazione organizzativa deputata alla soddisfazione della domanda di assistenza in emergenza-urgenza attraverso l'integrazione e il coordinamento delle strutture ad esso afferenti quali il Pronto soccorso e la Breve Osservazione, la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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.2.1 Lavoro Agile: principi e ambito di applicazione**

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

Il ricorso al lavoro agile deve in ogni caso assicurare:

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

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

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

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

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

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

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

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

## **DISCIPLINA GENERALE**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ACCESSO AL LAVORO AGILE**

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

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

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

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

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

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

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

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

## ACCORDO INDIVIDUALE

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

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

L'accordo deve contenere i seguenti requisiti minimi:

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

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

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

Costituisce giustificato motivo di recesso e sospensione

- a) ragioni collegate al comportamento del lavoratore che:

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

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

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

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

## **ARTICOLAZIONE DELLA MODALITÀ "AGILE" E DIRITTO ALLA DISCONNESSIONE**

La prestazione lavorativa è articolata nelle seguenti fasce temporali:

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

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

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

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

## **FORMAZIONE**

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

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

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

## ATTIVITÀ CHE POSSONO ESSERE SVOLTE IN MODO AGILE

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

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

e che presentino i requisiti di seguito indicati:

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

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

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

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

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

Obiettivi ed indicatori. Modalità di verifica.

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

Durata delle attività in lavoro agile.

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

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

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

Tutela assicurativa

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

## **CARATTERISTICHE DELLA STRUMENTAZIONE INFORMATICA**

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

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

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

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

## **TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE**

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

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

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

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

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

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

#### Diligenza e riservatezza

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

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

### 3.2.2 Lavoro da Remoto

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

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

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

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

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

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

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

### 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

#### 3.3.1 La programmazione strategica delle risorse umane

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

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

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

- dei fabbisogni di personale rilevati nel corso degli ultimi anni;
- delle proposte dei Direttori delle Direzioni, ai sensi dell'art. 16, c.1, lettera a-bis del D. Lgs. 165/2001;
- del Piano integrato di attività ed organizzazione (PIAO);
- del bilancio di previsione decisionale dell'esercizio 2024, correlato alle esigenze dettate dalla offerta clinica e dal necessario supporto della tecnostruttura, nonché del piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio,
- dell'attuale quadro legislativo come modificatosi a seguito delle disposizioni normative intervenute con il D. Lgs. 75/2017, con la Legge 205/2017 (Legge di bilancio 2018), con la Legge 145/2018 (Legge di bilancio 2019), con la Legge 160/2019 (Legge di bilancio 2020), con la Legge 234/2021 (Legge di bilancio 2022), con Legge 197/2022 (Legge di bilancio 2023) e, da ultimo con Legge 213/2023 (Legge di bilancio 2024) in materia di reclutamento e assunzioni di personale,
- delle linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 6 ter comma 1 del D. Lgs. 165/2001 e pubblicate nella G.U. 173 del 27 luglio 2018 nonché delle Linee di indirizzo inviate con ultima circolare della Regione Lazio prot. n. U.1288314 del 10.11.2023.

Il fabbisogno triennale esprime le unità incrementalmente relative all'anno 2024 rispetto al personale in servizio al 31.12.2023. Le assunzioni previste per l'anno 2024 sono state inserite con decorrenza dal mese di giugno del medesimo anno per tutte quelle figure soggette a procedure concorsuali, mentre per le altre figure, assunte tramite mobilità o scorrimento di graduatorie in essere, si è considerata l'assunzione dal 1° gennaio 2024. Sono state inserite le cessazioni relative all'anno 2025 per quiescenze e contestualmente sono state inserite le assunzioni ospedaliere a copertura, con decorrenza dal mese successivo, a quello di cessazione del rapporto garantendo, quindi, il turn over del personale in relazione alle cessazioni.

Il fabbisogno comprende anche il personale universitario che, nel caso della Dirigenza, è operante su 28 ore settimanali anziché 38 ed il relativo costo di conseguenza è sensibilmente inferiore poiché limitato all'indennità di esclusività ed alle variabili collegate all'incarico e al raggiungimento degli obiettivi (gravante su quest'ultime sui relativi fondi).

Il fabbisogno 2023 – 2024 – 2025 è stato determinato prendendo in considerazione: le unità già a tempo determinato o in comando da stabilizzare, le unità necessarie per incrementare attività di alcuni servizi, le unità che possono concorrere – seppure in parte – alla riduzione delle prestazioni aggiuntive e all'utilizzo delle nuove tecnologie acquisite, le unità necessarie per il rispetto della Legge 68/99.

Il fabbisogno 2023, 2024 e 2025 è stato determinato prendendo in considerazione il personale attualmente in servizio, compreso il personale assunto a suo tempo per l'emergenza, si è provveduto a sostituire solo il personale che si prevede cesserà dal servizio nel prossimo triennio finalizzato a garantire il turn over e a stabilizzare il personale a tempo determinato o in comando. Dunque tale programmazione è volta esclusivamente a garantire i LEA, l'attuale volume della produzione e quindi dell'offerta clinica prodotta dall'azienda considerate anche le unità incrementali di seguito dettagliate.

### **DIRIGENZA MEDICA:**

L'incremento relativo alla figura professionale del Dirigente Medico disciplina Medicina D'Emergenza-Urgenza è dovuto alla crescita, soprattutto nell'ultimo periodo, della curva epidemiologica delle sindromi respiratorie acute (SARI) incluse quelle sostenute da SARS CoV 2, e al conseguente aumento degli accessi in Pronto Soccorso con la necessità di ampliare i posti letto destinati ai pazienti positivi per il virus. Nonostante l'incremento si segnala una notevole carenza di personale a seguito delle dimissioni di diverse unità professionali.

L'incremento relativo alla disciplina Chirurgia Generale è dovuto soprattutto alle cessazioni dei rapporti che negli ultimi anni hanno reso difficile non solo assicurare le attività chirurgiche in elezione ma anche quelle in urgenza e di continuità assistenziale (guardia chirurgica interdivisionale).

Radiodiagnostica: la richiesta di personale è stata incrementata per sostituzione di personale cessato nella medesima disciplina, per le esigenze della Neuroradiologia con l'attivazione per percorso assistenziale per pazienti con Ictus ischemico acuto e per la Radiologia Interventistica che beneficia dell'apertura di due sale interventistiche collaudate.

Malattie Infettive: la richiesta di personale è stata incrementata al fine di assicurare la continuità assistenziale diurna e notturna nonché le consulenze specialistiche e l'avvio della stewardship antimicrobica. Inoltre va considerata l'apertura di nuovi posti letto per pazienti positivi al SARS-Cov-2.

Medicina Interna: la richiesta di personale si è resa necessaria a seguito dall'approvazione del "Piano Aziendale dei ricoveri da pronto soccorso per la gestione del sovraffollamento" (in ottemperanza al DCA n 453/2019 e Determina G15959/2022), che prevede la riorganizzazione del Pronto soccorso con un'area separata funzionalmente dal Pronto Soccorso, nell'ambito della quale gli utenti "in destinazione" saranno gestiti da dirigenti medici differenti da quelli assegnati al PS per tutte le cure richieste dal caso concreto. Anche per questa disciplina si riscontrano diverse cessazioni sia per i raggiunti limiti di età che per dimissioni volontarie.

Oncologia Medica: la richiesta di personale è stata incrementata al fine di assicurare in sicurezza l'elevato numero di prestazioni erogate dalla UOC di Oncologia, che di fatto già rendono la scrivente azienda Polo oncologico di riferimento. Anche per questa disciplina si prevedono cessazioni sia per i raggiunti limiti di età che per dimissioni volontarie.

### **DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA**

Per quanto riguarda la Dirigenza Sanitaria non Medica, il Dirigente Farmacista, per le esigenze della UOC di Farmacia, che con i nuovi protocolli aziendali ha visto aumentare l'attività diretta all'utenza, in relazione alla consegna del primo ciclo di terapia alla dimissione. Inoltre alla UOC Farmacia sono sempre più affidati ruoli

di Responsabile unico di progetto (RUP) per le diverse gare per l'acquisizione dei farmaci e dei dispositivi medici.

Con riguardo al Dirigente Fisico e precisamente per la figura dell'esperto radioprotezione (ex D. Lgs. 101/2020), si fa riferimento ad una abilitazione di 3° grado, per la quale attualmente l'Azienda ha in corso una convenzione esterna che si ritiene di dover far cessare internalizzando il relativo servizio sorveglianza sanitaria.

### **PERSONALE DEL COMPARTO:**

**Terapista occupazionale:** Per quanto concerne il terapista occupazionale, è figura indispensabile nell'ambito dell'Azienda, per avviare un processo riabilitativo degli interessati che, adoperando come mezzo privilegiato il fare e le molteplici attività della vita quotidiana, attraverso un intervento individuale o di gruppo, coinvolge la globalità della persona con lo scopo di aiutarne l'adattamento fisico, psicologico o sociale, per migliorarne globalmente la qualità di vita pur nella disabilità. Attualmente l'Azienda è priva di una tale figura. L'acquisizione di un tale professionista, come previsto nel piano, porterà ad una riduzione del tempo di ricovero e si auspica potrà in qualche modo prevenire il susseguirsi di nuovi episodi di ricovero.

**Collaboratore Amministrativo Professionale e Assistente Amministrativo:** per quanto attiene le figure professionali in questione, tenuto conto della grave carenza di personale dovuta soprattutto ai molteplici comandi in uscita presso strutture ministeriali e cessazioni per trasferimento presso altri Enti, si è reso necessario un incremento al fine di colmare i posti resisi vacanti e non compromettere il supporto della tecnostruttura aziendale alla parte sanitaria.

**Personale infermieristico:** si evidenzia che l'Azienda ha proceduto ad incrementare ulteriormente la dotazione organica, ciò in considerazione dell'ampliamento dei servizi per l'utenza, quale l'area boarding presso il Pronto Soccorso, i posti letto di malattie infettive e il Pronto Soccorso e tenuto conto dell'aumentata curva epidemiologica CoViD-19.

**Personale OSS:** Per quanto attiene il personale OSS, si tratta di un incremento di circa 20 unità che verranno assunte e vanno a colmare la cessazione di personale sanitario vario, per riequilibrare un rapporto tra OSS e Infermieri per una assistenza qualitativamente migliore considerati anche i servizi di cui sopra.

**Audiometrista, ortottista, assistente tecnico:** Per queste figure professionali, le assunzioni in questione sono finalizzate all'accrescimento della funzionalità e produttività di alcune strutture organizzative attraverso un utilizzo più appropriato del personale afferente, lo stesso che, ad oggi, è chiamato ad assolvere anche compiti non pertinenti il proprio profilo di appartenenza.

Per tutte le ulteriori figure previste, si rappresenta che sono figure necessarie per implementare supportare e sviluppare la produttività aziendale riguardo a programmi ed attività già in essere presso l'Azienda.

Inoltre, nell'ambito della spesa sono comprese le assunzioni obbligatorie ex Legge 68/1999. A tal proposito questa Azienda si è adoperata ad attenersi alle disposizioni di cui all'art. 18 co. 2 della Legge 68/99 inerente le categorie protette per cui sono stati assunti ad oggi n. 2 coadiutori amministrativi n. 1 unità che prenderà servizio il 1° marzo e sono stati assunti n. 3 unità di operatori tecnici centralinisti non vedenti.

Inoltre l'Azienda ha indetto un bando che è stato inviato in Regione per la pubblicazione per un concorso pubblico per esami per l'assunzione di n. 4 Assistenti Amministrativi a tempo pieno ed indeterminato (categoria C) riservato esclusivamente alle persone con disabilità di cui all'art. 1 della Legge 68/1999 per la copertura della quota di riserva dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea.

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

Si precisa che, per quanto riguarda il fabbisogno ordinario relativo alle unità da conteggiare quale Direttore di Struttura Complessa, le unità da inserire sono quelle previste dal vigente Atto Aziendale che si sono rese vacanti e per le quali, pertanto, è necessario garantirne la copertura.

Sono in itinere le procedure per la U.O.C. Medicina Trasfusionale, U.O.C. Farmacia, U.O.C. Professioni sanitarie ed è prossimo il bando anche per la direzione della UOC Pronto Soccorso e Osservazione.

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

### **UNITA' INTERESSATE DAL PERCORSO DI STABILIZZAZIONE**

Sono in corso, a seguito di nuovo termine di maturazione del requisito di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021, le seguenti procedure di stabilizzazione:

- n. 1 Dirigente Medico disciplina di Cardiologia;
- n. 1 Dirigente Medico disciplina Malattie Infettive;
- n. 2 Dirigenti Medici disciplina Malattie Apparato Respiratorio;
- n. 1 Dirigente Medico disciplina Patologia Clinica e Biochimica Clinica;
- n. 1 Dirigente Medico disciplina Gastroenterologia;
- n. 2 Dirigente Medico disciplina Medicina Interna;
- n. 1 Dirigente Medico disciplina Anestesia e Rianimazione;
- n. 1 Dirigente Biologo disciplina Patologia Clinica e Biochimica Clinica.

### **COSTI**

Alla luce di quanto sopra esposto, rappresentativo della composizione del personale e delle varie procedure aziendali in itinere e di futura attuazione, tese ad incrementare la dotazione dello stesso per le motivazioni indicate in parte narrativa, la previsione di costo al 31 dicembre 2024 stima una spesa complessiva pari ad euro 117.888.384, non comprensivo dell'anticipo dell'indennità di vacanza contrattuale prevista dall'art. 3 del decreto- legge 18 ottobre 2023, n. 145, come da indicazioni regionali.

Si rappresenta che il costo del personale riferito all'anno 2022 risulta essere sottostimato rispetto a quanto comunicato in sede di chiusura Bilancio e conseguentemente genera delle ricadute sul costo del personale per l'anno 2023 e sul delta costo 2024 vs 2023. Si conferma quindi lo sviluppo economico presentato nei CE trimestrali (tendenziale di chiusura al 31/12/2023 113.355.472,52) e nel Bilancio economico di previsione 2024 (€ 117.920.210, comprensivo delle sole assunzioni autorizzate).

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

### **3.3.2 La Formazione del Personale**

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

Per il raggiungimento di tali finalità l'azione formativa aziendale si concretizza oltre che nel Piano Formativo Aziendale per l'educazione continua e la salute e sicurezza dei luoghi di lavoro (nell'ambito del quale sono declinate le singole iniziative preposte tanto al rafforzamento delle competenze anche di natura trasversale e di ulteriore qualificazione del personale dipendente) anche nell'adesione ad una serie di iniziative che saranno proposte da operatori istituzionali, quali ad esempio valore PA e S.N.A., per il rafforzamento delle conoscenze nei temi strategici comuni a tutte le pubbliche amministrazioni. Inoltre, si provvederà, nel rispetto delle risorse stanziate, ad organizzare o aderire a singole iniziative, anche se non comprese nel piano formativo, là dove i

responsabili delle strutture organizzative ritenessero di dover intervenire con azioni formative su specifiche aree tematiche.

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

Il Piano Formativo Aziendale (v. **Allegato 9**), dunque, tiene conto del fabbisogno formativo manifestato dalle strutture organizzative di carattere sanitario, tecnico/professionale ed amministrative e della valutazione espressa dal Comitato Scientifico per la Formazione Aziendale.

Con riguardo alla “formazione specifica rischio alto (modulo b)” l'attività formativa è svolta attraverso convenzione Consip, attiva fino al 13 marzo 2024; in ambito “Addetti antincendio rischio elevato” l'attività formativa è svolta sempre attraverso specifica convenzione Consip anch'essa operativa fino al 13.03 2024.

La formazione inerente il personale dell'Azienda sulle predette tematiche, per il restante periodo dell'anno, sarà effettuata all'esito della conclusione delle apposite procedure di affidamento effettuate dal competente ufficio o attraverso ulteriori iniziative interne/esterne che saranno proposte e/o individuate e per le quali sono state già indicate le relative spese.

Il costo per la realizzazione del PFA 2024 è stimato in € 236.934,54 in considerazione della quantificazione dei costi derivanti dagli eventi così come rappresentati in sede di programmazione e di quanto occorso nell'anno 2023. In dettaglio di seguito la tabella rappresenta gli importi previsti per ogni conto e per i relativi fondi di riserva per eventi e/o attività urgenti o necessarie che si imporranno nel corso dell'anno.

Previsione spesa 2024 (programmazione PFA ed ulteriori iniziative formative da fabbisogno)

Attività	Previsto	Fondo Riserva	Totale
Formazione esternalizzata e non esternalizzata da pubblico (conto 502020301000)	€ 23.859,50	€ 7.000,00	€ 30.859,30
Formazione esternalizzata e non esternalizzata da privato (conto 502020302000)	€ 90.000,00	€ 5.000,00	€ 95.000,00
Formazione sicurezza D.L.gs 81/08 in house (deliberazione n° 25 del 13/01/2022) ed interna (conto 502020301999)	€ 71.075,24	€ 5.000,00	€ 76.075,24
Contributo provider ECM/altri oneri (conto 509030203000)	€ 15.000,00	€ 20.000,00	€ 35.000,00
<b>Totale anno 2024</b>	<b>€ 199.934,74</b>	<b>€ 37.000,00</b>	<b>€ 236.934,54</b>

Il costo complessivo previsto è determinato al fine di organizzare e realizzare tutte le iniziative formative contenute nel P.F.A., nonché quelle derivanti dai fabbisogni evidenziati non accompagnati da singoli progetti residenziali ed eventuali ed ulteriori fabbisogni che si verranno a determinare e/o iniziative formative (sia di carattere interno che esterno) non previste nel predetto piano e che saranno ritenute di natura obbligatoria da parte dell'Azienda, ivi compresi eventuali rimborsi spese afferenti attività di formazione che l'Azienda riterrà opportuno approvare nel corso dell'anno corrente ed ulteriori spese per altri oneri.

Alla luce delle importanti riforme legislative e contrattuali collettive in corso nell'ambito dell'ordinamento di diretto interesse dell'amministrazione pubblica, è previsto nell'ambito del conto destinato ad altri oneri

(fondo riserva) un'apposita somma, pari ad euro 20.000,00, da destinare all'attivazione di abbonamenti on line a banche dati e/o riviste specializzate di settore per l'aggiornamento continuo del personale aziendale impegnato nei vari ambiti operativi, nonché da dedicare all'eventuale acquisto di materiali di consumo richiesti per l'espletamento di corsi che saranno svolti nel corso dell'anno e/o da destinare ad esigenze imprevedute legate all'avvio della piattaforma ISGL per la gestione della formazione aziendale.

Infine si rileva che, sempre in ambito formativo, l'Azienda ha aderito ai progetti presentati da Scuola Nazionale dell'Amministrazione (S.N.A.) e I.N.P.S. Valore P.A. e al progetto proposto dal Ministero per la Pubblica Amministrazione sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale (Syllabus) ed agli ulteriori eventi formativi proposti dalla medesima piattaforma digitale e che gli stessi, seppur rispondenti ai fabbisogni formativi, non sono inseriti formalmente nel Piano Formativo Aziendale.

A fronte delle iniziative formative già pianificate, oggetto del Piano Formativo aziendale 2024, l'Azienda si riserva la facoltà di integrare la programmazione della formazione, destinata sia alla componente dirigenziale che del comparto afferente alle Unità Operative assistenziali e alle strutture in staff alle Direzioni o afferenti alla Tecnostruttura, sui temi oggetto delle linee strategiche rappresentate nelle sette politiche aziendali di cui al capitolo 2.2.1.

## **4 SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

### **4.1 Monitoraggio del valore pubblico e performance**

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

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

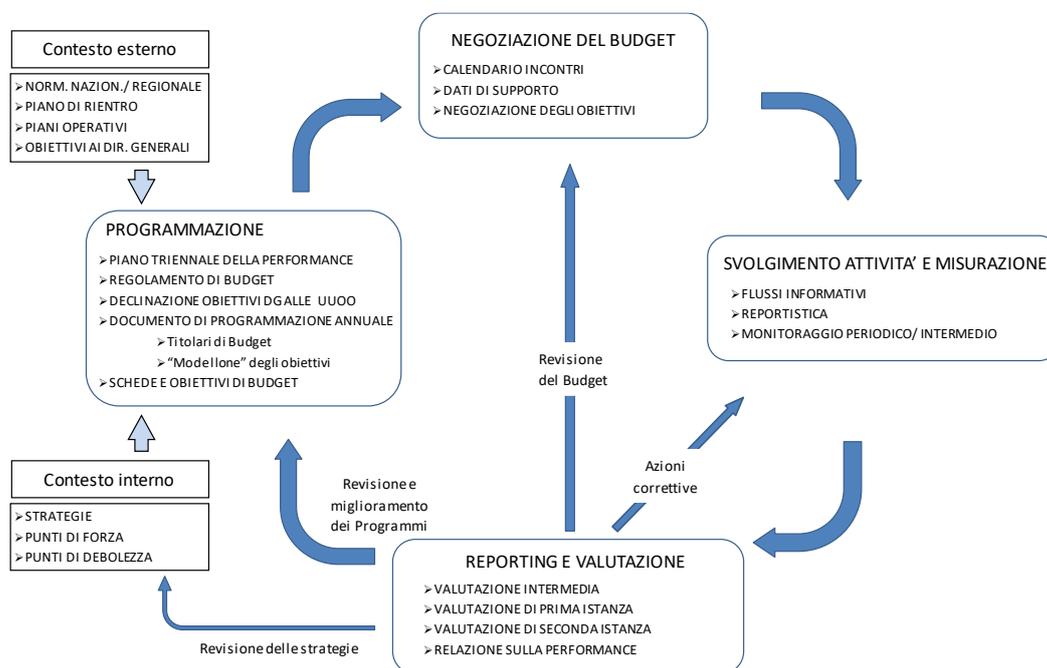
- Obiettivi regionali;
- Obiettivi strategici aziendali;
- Obiettivi operativi aziendali;
- Obiettivi delle Strutture Organizzative.

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

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

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

### IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Fase 3 - Misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza**

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

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

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

#### **4.3 Monitoraggio organizzazione e capitale umano**

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

---

## **5 ALLEGATI**

Allegato n.1: Rischi corruttivi e trasparenza: Tabella degli obblighi di pubblicazione.

Allegato n.2: Rischi corruttivi e trasparenza: Misure di prevenzione oggetto di adozione.

Allegato n.3: Rischi corruttivi e trasparenza: Scheda per l'effettuazione del monitoraggio periodico dei procedimenti a rischio corruzione.

Allegato n.4: Rischi corruttivi e trasparenza: Scheda utilizzata per la segnalazione di eventi corruttivi.

Allegato n.5: Rischi corruttivi e trasparenza: Anagrafica dei rischi.

Allegato n.6: Lavoro agile: Accordo individuale per la prestazione lavorativa.

Allegato n.7: Fabbisogno di personale: Sintesi Piano Assunzionale triennale 2023-2025.

Allegato n.8: Piano formativo aziendale: Rilevazione fabbisogno formativo.

Allegato n.9: Piano formativo aziendale: Progetti formativi.