
Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)
2024 - 2026

INDICE

1	SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA.....	4
1.1	DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA.....	4
1.1.1	<i>Chi siamo.....</i>	4
1.1.2	<i>La Mission.....</i>	5
1.1.3	<i>Come operiamo.....</i>	12
1.2	ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA.....	14
1.2.1	<i>L'Organizzazione aziendale.....</i>	14
1.2.2	<i>L'Amministrazione in cifre.....</i>	18
1.2.3	<i>I Risultati raggiunti.....</i>	23
1.2.4	<i>Valori economici.....</i>	28
2	SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE ...	31
2.1	VALORE PUBBLICO.....	31
2.1.1	<i>Obiettivi Generali.....</i>	31
2.1.2	<i>Obiettivi specifici.....</i>	32
2.1.3	<i>Programmazione finanziaria.....</i>	34
2.2	PERFORMANCE.....	35
2.2.1	<i>Piano della Performance 2024-2026.....</i>	35
2.2.2	<i>Albero delle Performance.....</i>	38
2.2.3	<i>Obiettivi di accessibilità fisica e digitale.....</i>	49
2.2.4	<i>Obiettivi di digitalizzazione.....</i>	50
2.2.5	<i>Piano della Transizione al Digitale.....</i>	51
2.3	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2024 – 2026.....	54
2.3.1	<i>Principi e obiettivi strategici.....</i>	54
2.3.2	<i>I Soggetti Interni che concorrono alla Prevenzione della Corruzione all'interno dell'azienda.....</i>	56
2.3.3	<i>Integrazione tra il Piano di prevenzione della corruzione ed il Piano della performance.....</i>	61
2.3.4	<i>Gestione del Rischio di Corruzione.....</i>	62
2.3.5	<i>Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.....</i>	67
2.3.6	<i>Le Misure Preventive Generali.....</i>	68
2.3.7	<i>L'Antiriciclaggio.....</i>	81
2.3.8	<i>La Trasparenza.....</i>	82
2.3.9	<i>Norme di Rinvio.....</i>	86
3	SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	87
3.1	PARI OPPORTUNITA'.....	87
3.2	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	92
3.2.1	<i>Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile.....</i>	92
3.2.2	<i>Modalità attuative lavoro agile.....</i>	95
3.2.3	<i>Indicatori di performance lavoro agile.....</i>	99

3.3	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	103
3.3.1	<i>Piano Assunzionale 2023-2025</i>	103
3.4	FORMAZIONE DEL PERSONALE	110
3.5	PROGETTI SPECIALI: VALORIZZARE L'INGAGGIO CON IL PAZIENTE TRA ETICA E DIGITALE	111
4	SEZIONE IV – MONITORAGGIO	113
4.1	MONITORAGGIO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	113
4.1.1	<i>Il Ciclo di Gestione della Performance</i>	113
4.2	MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	120
4.3	MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	121
4.4	MONITORAGGIO DEL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	121
4.5	MONITORAGGIO DEL PIANO DELLA TRANSIZIONE DIGITALE	121
	Appendice alle sezioni	122

1 SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

1.1 DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

1.1.1 Chi siamo

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

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

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

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

È coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Strategica Aziendale, che assicura le funzioni generali di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano per specifica responsabilità e competenza alla gestione dell'Azienda.

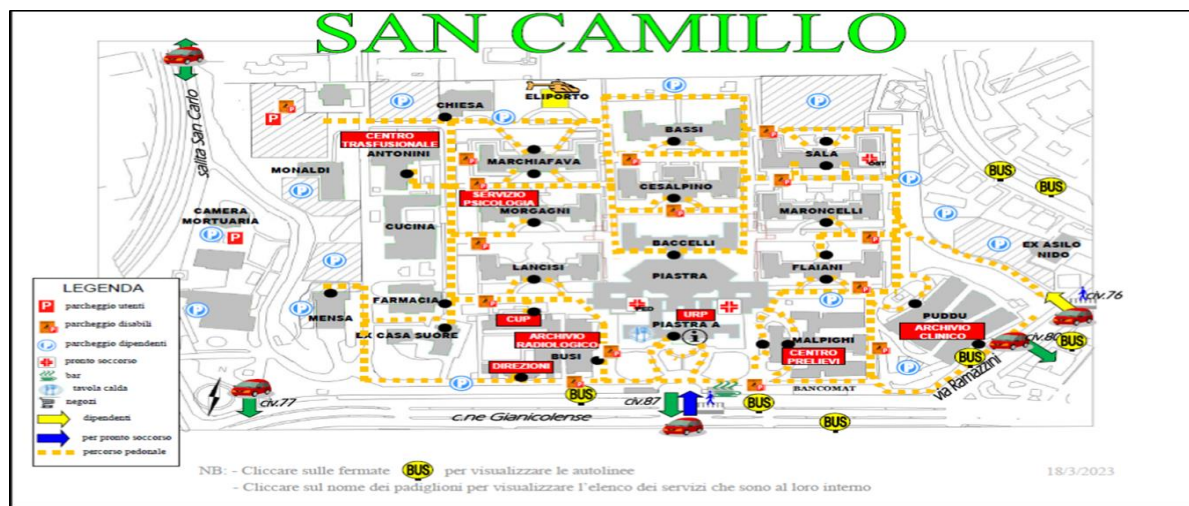
Il Direttore Generale, per l'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Collegio di Direzione e degli altri organismi collegiali e comitati previsti dalla legislazione vigente. Il Direttore Generale viene inoltre supportato dalle strutture e funzioni di Staff nelle attività.

L'Azienda ospedaliera è strutturata in n. 15 padiglioni a carattere clinico assistenziale (n. 1009 posti letto totali previsti da DGR 869 del 7 dicembre 2023, limitatamente all'allegato tecnico, recante "Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".); in n. 6 stabili a supporto dell'attività sanitaria (cup, farmacia, mensa, camera mortuaria, uffici, direzioni,..) e in n. 1 padiglione Monaldi inagibile da ristrutturare.

E' DEA II Livello dotata di postazione di soccorso con eliporto H24. Ha nel proprio atto vigente la UOC Centro Regionale Trapianti.

Ha in sede la UOC SPDC della ASL RM3 con dotazione n. posti letto 19

Ha n. 10 posti letto assegnati per la gestione dell'UCRI reparto Unità Cure Residenziali Intensive



1.1.2 La Mission

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

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

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale, l'equità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, la sicurezza delle cure, degli utenti e degli operatori, l'appropriatezza degli interventi erogati nel corso del processo diagnostico-terapeutico e la promozione del coinvolgimento dei cittadini ai fini della valutazione del servizio reso.

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

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

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

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

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

1) nei confronti dei cittadini

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

2) nei confronti degli Operatori

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

3) nei confronti della Gestione

- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Lazio, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, secondo criteri di appropriatezza e di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario e dai Piani Operativi Regionali;
- la innovazione e differenziazione dell'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti;
- la razionalizzazione del sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute.

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

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

L'Azienda soddisfa i nuovi bisogni di salute – collegati in particolare al rilievo crescente delle cronicità, delle polipatologie e delle patologie emergenti e riemergenti - attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema di

cure, organizzando direttamente le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo scientificamente appropriato la domanda espressa dai cittadini.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini è inserita nel Sistema Sanitario Regionale, in quanto Centro Hub per le reti assistenziali della Regione Lazio ai sensi del DM 70/2015 e s.m.i. Con Deliberazione della Regione Lazio del 7 dicembre 2023 n. 869, pubblicata sul BURL n. 99 del 12/12/2023 è stato approvato l'ultimo documento tecnico di "Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026" in conformità agli standard provisti dal DM 70/2015. Di seguito la sintesi e le schede di dettaglio:

RETE	RUOLO AZIENDA SAN CAMILLO FORLANINI
RETE EMERGENZA - URGENZA ADULTI	DEA II liv.
RETE EMERGENZA- URGENZA PEDIATRICA	DEA II liv.
RETE EMERGENZA CARDIOCHIRURGICA	CEC
RETE EMERGENZA CARDIOLOGICA: SINDROME CORONARICA ACUTA / ARITMIE GRAVI E SCOMPENSO CARDIACO	CEC/CE
RETE ICTUS	UTN II (HUB)
RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA (ADULTI)	CTS (HUB)
RETE PERINATALE	LIVELLO II

Legenda:

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

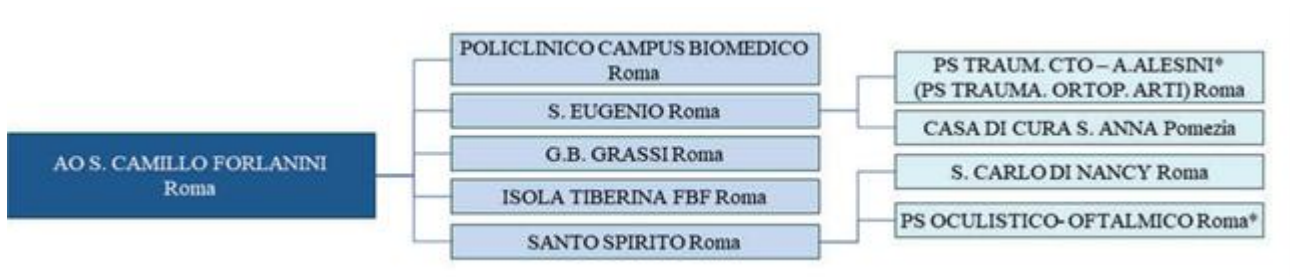
E+CC = Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica

CTS = Centro traumi di alta specializzazione (HUB)

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

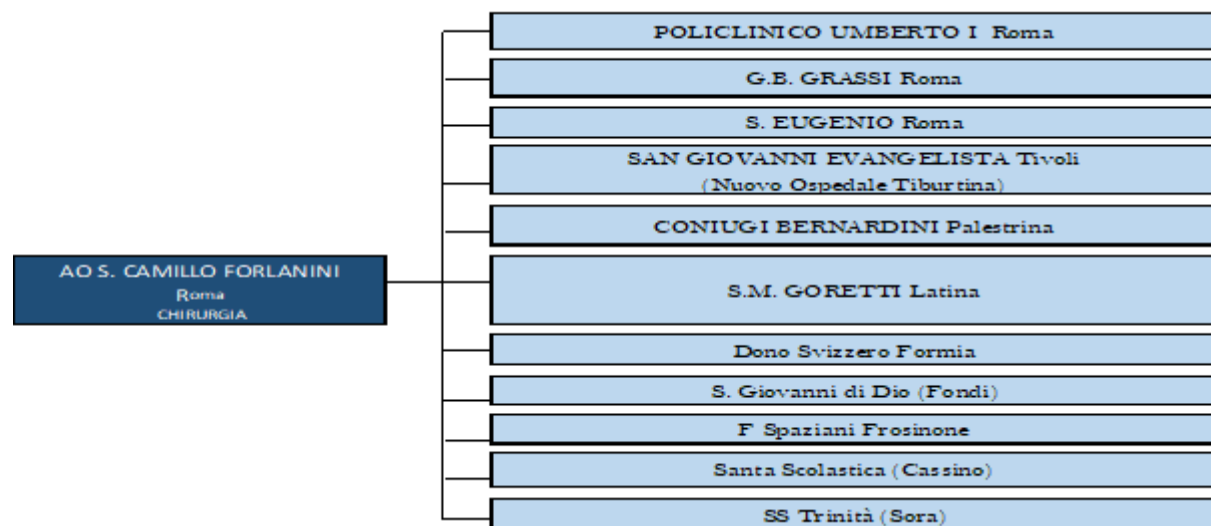
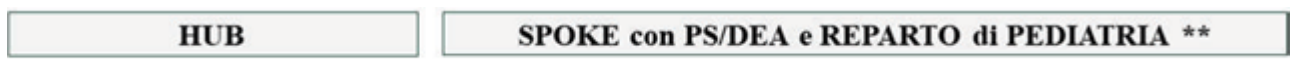
Rete Emergenza Urgenza Adulti

In qualità di Dea di II livello l'Azienda risulta essere di riferimento per i seguenti Dea di I livello.

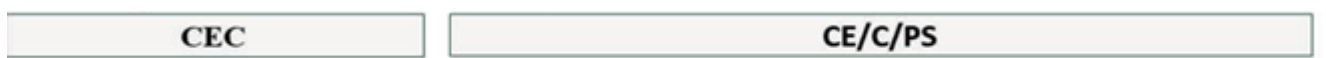


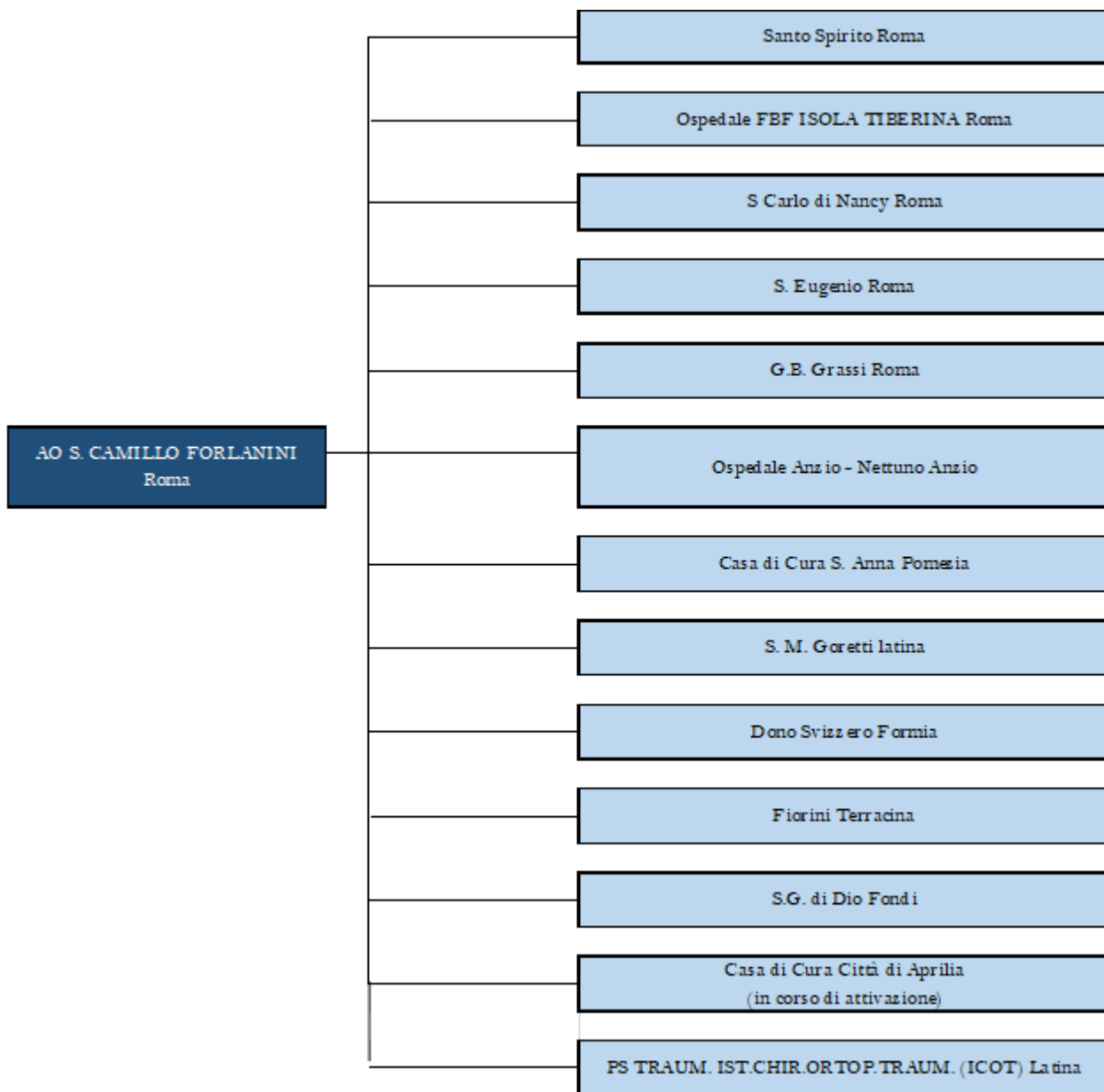
Rete Emergenza Urgenza Pediatrica

Nell'ambito della rete assistenziale Regionale, l'Azienda assume il ruolo di Hub per le strutture con PS/DEA e Reparto di Pediatria, come di seguito rappresentato:

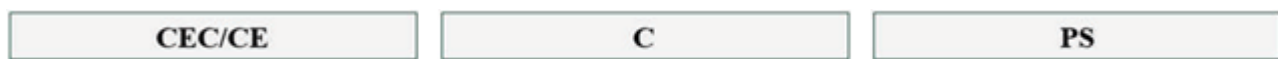


Rete Emergenza Cardiochirurgica (REC)



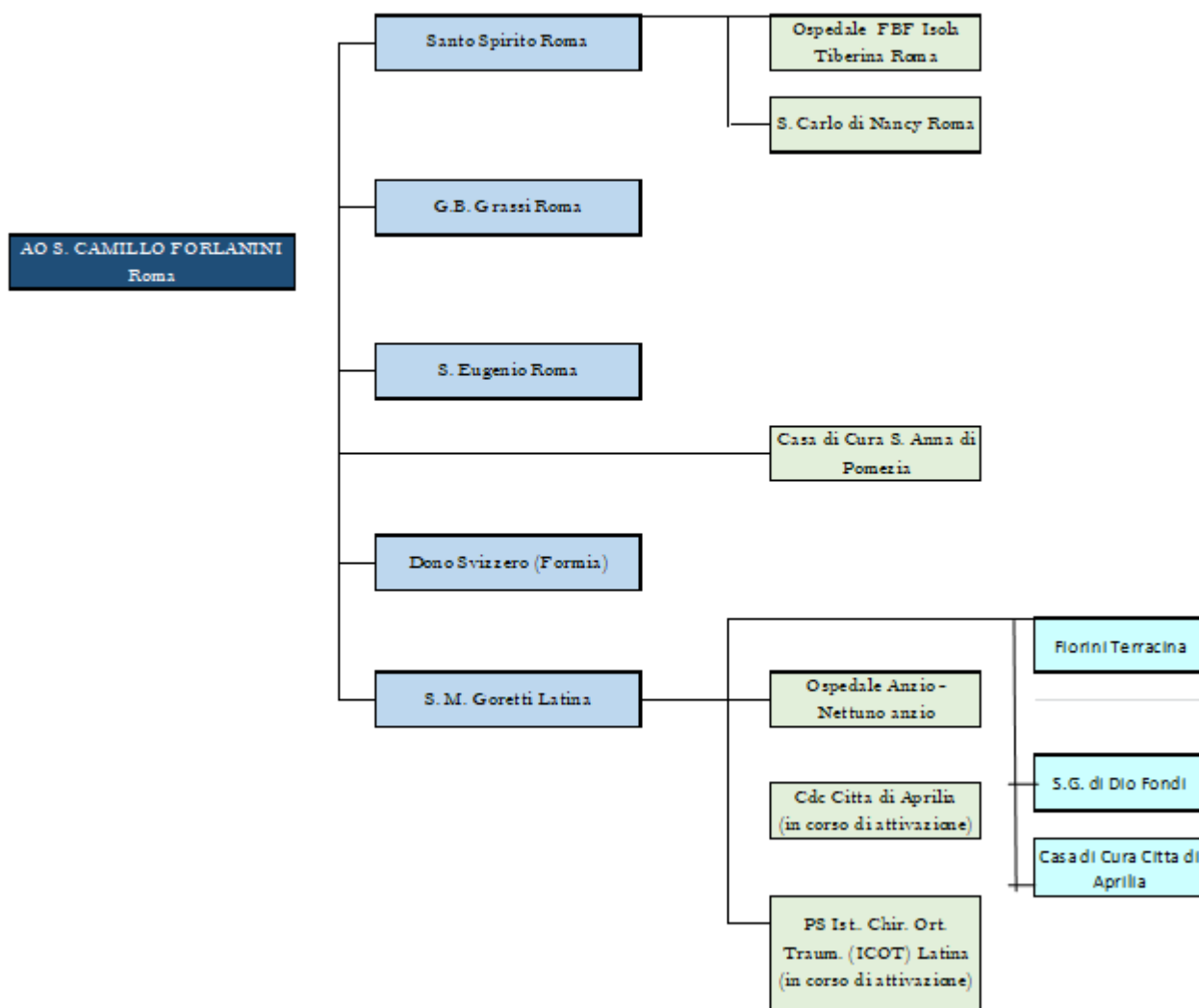


Sindrome Coronarica acuta



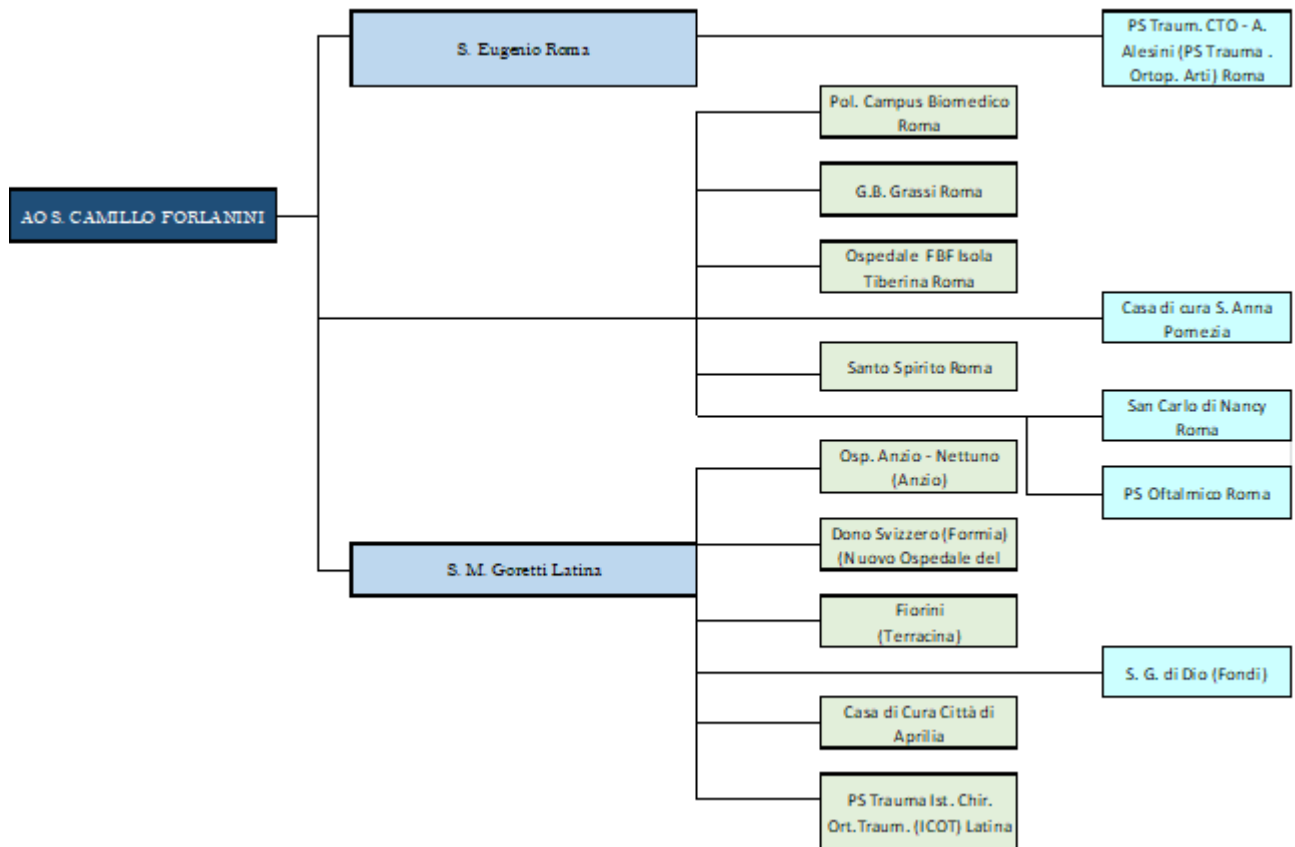
Aritmie Gravi e Scopenso Cardiaco

CEC	CE	C	PS
-----	----	---	----



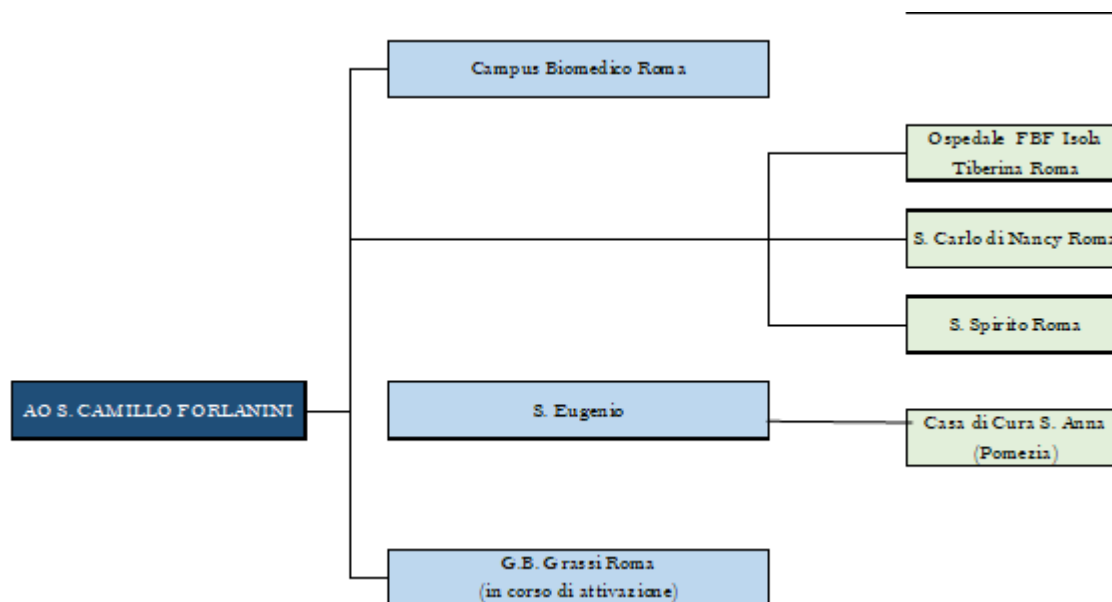
Rete trauma grave e neurotrauma (Adulti)

L'Azienda risulta essere Centro traumi di alta specializzazione (HUB) di riferimento per le strutture rappresentate nel seguente grafico



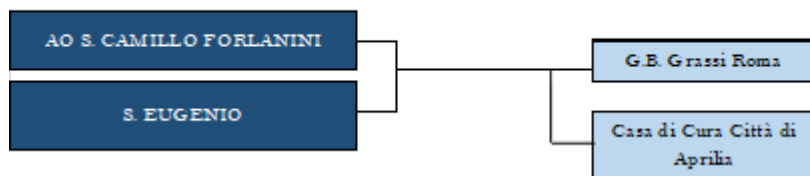
Rete ICTUS

L'Azienda è dotata di una Unità di trattamento neurovascolare di II livello con Neuroradiologia Interventistica, pertanto nella rete assistenziale è riconosciuta come hub dalle strutture di seguito rappresentate:



Rete Perinatale

L'Azienda nell'ambito della Rete Perinatale è Unità perinatale di II livello, dove è prevista l'assistenza alla donna e al neonato che necessitano di cure intensive.



1.1.3 Come operiamo

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

- *L'osservanza delle norme che disciplinano lo svolgimento dell'attività aziendale.*
- *La riservatezza, la lealtà e la trasparenza.* I Professionisti dell'Azienda mantengono una condotta personale integra, equilibrata e rispettosa dell'individualità altrui ed ispirano i propri comportamenti a principi di

-
- onestà e correttezza, trasparenza e buona fede e responsabilità verso tutti i portatori di interesse e verso gli altri soggetti con i quali entrano in contatto, per qualsivoglia motivo, nello sviluppo delle proprie attività.
- *Il senso di appartenenza*_ ovvero, condividere i medesimi obiettivi, essere consapevoli di fare parte di un'organizzazione ed assistersi reciprocamente, fornendo incoraggiamenti e supporto, soprattutto in momenti di difficoltà. I collaboratori dell'Azienda Ospedaliera sono tenuti ad operare con la massima professionalità ad utilizzare in modo oculato i beni e le risorse aziendali. Chiunque operi nell'Azienda Ospedaliera è tenuto a difenderne l'immagine sul posto di lavoro e nella propria vita sociale, manifestando apertamente contrarietà e contrapposizione verso le persone che mettono in atto comportamenti non in linea con i valori dell'Azienda Ospedaliera.
 - *L'eccellenza nel servizio*. La soddisfazione dell'utente è il principio ispiratore della nostra attività. Tutti i professionisti hanno il preciso compito di migliorare costantemente la qualità del servizio offerto, ai fini di garantire la salute, il benessere, nonché il progresso scientifico, attraverso l'utilizzo di strumenti di ascolto e di monitoraggio delle aspettative degli stakeholder e dei livelli di soddisfazione da loro espressi, attraverso l'ottimizzazione dei processi interni, garantendo l'appropriatezza e la ricerca di livelli di eccellenza nelle attività, nei servizi e nelle procedure interne, attraverso lo svolgimento della propria attività con professionalità, precisione e rapidità di decisione ed esecuzione.
 - *Lavoro di squadra*_ Essere e sentirsi parte di un gruppo è un diritto di tutti; formare una squadra vincente è un dovere del dirigente. I dirigenti sono tenuti ad incentivare il lavoro di squadra fra i collaboratori, a motivarli e coinvolgerli, a favorire incontri che sviluppino la socializzazione, a stimolare la costruzione di gruppi di lavoro interfunzionali efficienti ed efficaci. Tutti devono partecipare con professionalità, massima collaborazione e orientamento al risultato, alle attività, alle iniziative, ai progetti per i quali venga richiesto un loro contributo.
 - *Capacità, Rispetto ed Eguaglianza*_ La capacità di compiere la propria mission, di adempiere correttamente ai propri doveri e quindi erogare prestazioni sanitarie di elevato contenuto qualitativo per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, nel rispetto dei valori e dei principi etici a cui l'Azienda Ospedaliera si ispira, è la più alta definizione ed applicazione dell'uguaglianza, intesa come espressione di garanzia offerta agli utenti in materia di diritti e di pari opportunità.
 - *Efficienza ed economicità*. Il rispetto della efficienza e dell'economicità all'interno dell'Azienda Ospedaliera comportano l'attivazione e la semplificazione dei processi d'acquisto di beni e servizi e la individuazione di opportunità di risparmio mediante strumenti di analisi degli acquisiti e dei fornitori.
 - *Comportamento di diligenza, lealtà ed imparzialità*_ I dipendenti dell'Azienda sono tenuti al rispetto del codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013 e s.m.i. e alle Linee di Guida ANAC del 20/09/2016 e al Codice di Comportamento Aziendale adottato con deliberazione n. 13 del 5 gennaio 2022.

1.2 ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

1.2.1 L'Organizzazione aziendale

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

Successivamente, con deliberazione n. 1547 del 14.11.2019, l'Azienda ha approvato la modifica parziale dell'Atto sopra indicato, sostituendo integralmente l'organigramma con la nuova versione allegata alla deliberazione medesima. La modifica di cui trattasi è stata approvata dalla Regione Lazio con DCA n. U00523 del 30.12.2019 (BURL n. 2 del 7.01.2020). Attualmente, l'Azienda ha avviato un percorso di revisione organizzativa che coinvolge i processi di reingegnerizzazione, ciò al fine di consentire un processo di ottimizzazione quali-quantitativa delle prestazioni assistenziali finalizzato ad una maggiore efficacia, efficienza, economicità dell'azione di governo aziendale.

La Regione Lazio con nota R.U. U1298514 del 14.11.2023, in ragione della prossima riorganizzazione della Rete ospedaliera e della Rete di assistenza territoriale, allo scopo di dare modo alle Aziende Sanitarie del Lazio di armonizzare le eventuali proposte con quanto stabilito dal Documento Tecnico di Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015 (DGR n. 869 del 7.12.2023 – BURL n. 99 del 12.12.2023), ha previsto quale periodo temporale di presentazione delle eventuali proposte di modifica degli atti aziendali pubblicati, per il solo anno 2023, dal 1.12.2023 al 31.01.2024. Tale scadenza è stata posticipata con nota della Regione Lazio per consentire alla Regione stessa ed alle Aziende di completare la nuova rete ospedaliera di cui alle DGR già citate

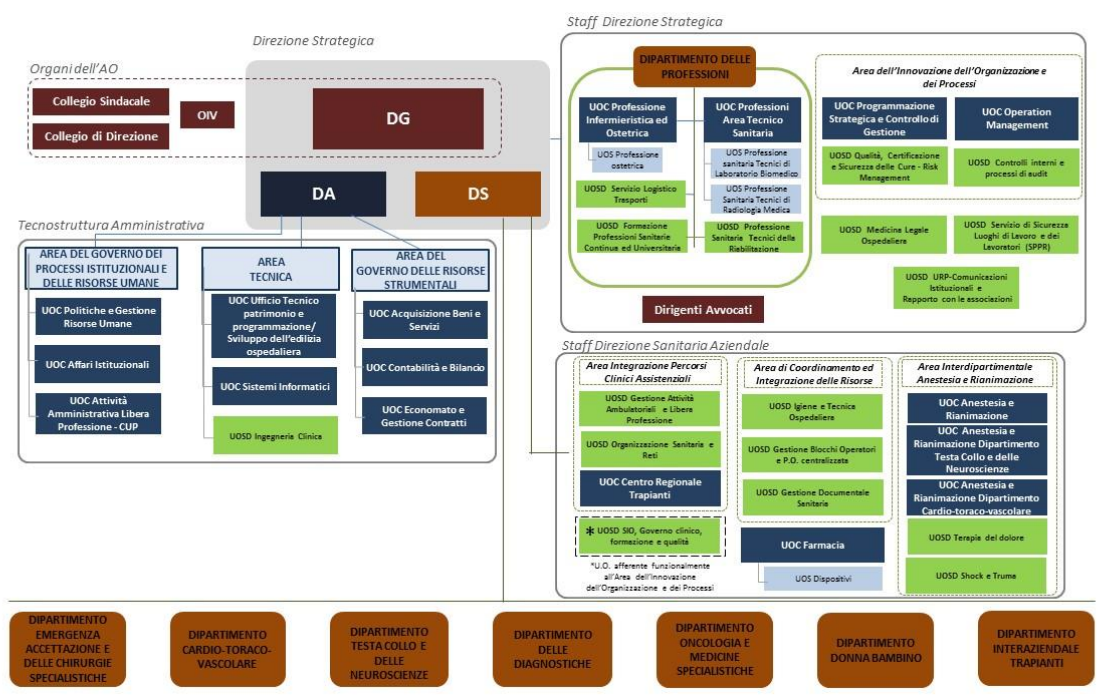
Entro tale finestra periodale, pertanto, l'Azienda procederà a presentare la propria proposta di modifica del vigente Atto Aziendale di Autonomia Aziendale di diritto privato sopra richiamato.

In attesa di quanto sopra esposto, di seguito si rappresenta sinteticamente *l'attuale modello organizzativo dell'Azienda*:

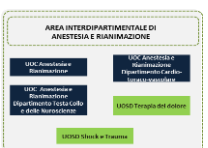
- A. Staff della Direzione Strategica
- B. Direzione Sanitaria Aziendale
- C. Tecnostruttura Amministrativa, organizzata in Aree Amministrative
- D. Dipartimenti Sanitari

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

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



DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE E DELLE CHIRURGIE SPECIALISTICHE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE	DIPARTIMENTO TESTA COLLO E DELLE NEUROSCIENZE	DIPARTIMENTO DELLE DIAGNOSTICHE	DIPARTIMENTO ONCOLOGIA E MEDICINE SPECIALISTICHE	DIPARTIMENTO DONNA BAMBINO	DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI	
Area delle Chirurgie specialistiche UOC Urologia UOC Chirurgie plastica e ricostruttiva UOC Chirurgie generali, d'urgenza e delle nuove tecnologie UOS Cardiologia UOC Ortopedia UOS Traumatologia UOSD Riabilitazione intensiva UOSD Chirurgia oncologica della mammella UOSD Urologia Andrologica * UOC Anestesia e Rianimazione *U.O. afferente funzionalmente all'Area interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione	UOC Chirurgia Toracica * UOC Anestesia e Rianimazione Dipartimento Oncologico-toraco-vascolare UOC Chirurgie vascolari UOS Chirurgia Fisiologia UOC Cardiologia e Trapianto di cuore UOS Diagnostica e Follow up dello scompenso cardiaco chirurgico UOC Cardiologia UOS UTIC PS UOS Scompenso UOS Cardiologia interventistica UOS Cardiocirurgia UOSD Angiologia UOSD Diagnostica Cure UOSD Servizi Cardiologici Integrati	UOC Neurochirurgia UOC Neurologia e Neurofisiopatologia UOC Dermatoneurologia * UOC Anestesia e Rianimazione Dipartimento Testa Collo e delle Neuroscienze UOS Neuroanestesia UOC Masillo-facciale UOSD Malattie degenerative del sistema nervoso UOSD Stroke Unit UOSD Oculistica *U.O. afferente funzionalmente all'Area interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione	Area Diagnostica di laboratorio UOC Laboratorio genetica medica UOS Genetica clinica UOC Medicina trasfusionale e Cellule Staminali UOS Strategie trasfusionali e terapie rigenerative UOS Produzione interaziendale emocomponenti UOS Preparazione del paziente con rischio emorragico (SPM) UOC Microbiologia e Virologia UOC Patologia Clinica UOS Centro prelievi	Area Medicina specialistica UOC Broncopolmonologia UOC Reumatologia UOC Medicina gastroenterologica ed endoscopie digerite diagnostiche ed operative UOS MID UOSD Day hospital pneumologico e interistituzionale polmonari UOSD Dietologia e Nutrizione UOSD Terapia subintensiva respiratoria (STIRSA) UOSD Dermatologia UOSD Endocrinologia UOSD Diabetologia	Area Oncologica UOS Ematologia e trapianto cellule staminali UOS Day hospital ed attività ambulatoriale UOC Radioterapia UOC Oncologia UOS Oncologia sperimentale UOS Oncologia Uroginecologica UOC Anatomia ed Istologia patologica UOS Nido e osservazione Rooming In UOS Patologia ftoplacenta UOSD Pneumologia ed indirizzo oncologico UOSD Oncologia della mammella * UOSD Terapie del dolore *U.O. afferente funzionalmente all'Area interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione	UOC Ostetrica e Ginecologia UOS Patologia Ostetrica UOS Diagnosi e cura dell'infertilità di coppia UOC Chirurgia pediatrica UOC Pediatria UOS Pronto Soccorso pediatrico UOC Neonatologia e T.A.N. Patologia neonatale UOS Nido e osservazione Rooming In UOSD Interventi volontarie di gravidanza - L. 194	UOC Chirurgie generali e dei trapianti d'organo UOS Trapianti rene UOC Malattie del fegato UOC Nefrologia, dialisi trapianto rene UOS Follow up trapianto rene
5 UOC 3 UOSD 2 UOS	3 UOC 2 UOSD 4 UOS	5 UOC 3 UOSD 6 UOS	4 UOC 0 UOSD 5 UOS	3 UOC 6 UOSD 1 UOS	4 UOC 1 UOSD 4 UOS	3 UOC 0 UOSD 2 UOS	
Totali UU.OO. nei DAI ▶ 95				41 UOC 23 UOSD 31 UOS			



Il modello organizzativo dell'Azienda vigente nel corso del ciclo performance anno 2024 è articolato in:

1. Dipartimenti Sanitari.

2. Tecnostruttura Amministrativa, organizzata in Aree Amministrative.

3. Staff della Direzione Strategica.

4. Direzione Sanitaria Aziendale, organizzata in Aree Sanitarie.

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

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

1. Le tipologie di Dipartimento Sanitario sono:

- Dipartimenti di Produzione.
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Dipartimenti di Produzione:

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

È inoltre presente:

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

2. La Tecnostruttura Amministrativa

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

- Area del Governo delle risorse strumentali:

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

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

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

- Area Tecnica:

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

3. Le funzioni di Staff della Direzione Strategica

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

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

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

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

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

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

Area di Integrazione Percorsi Clinici Assistenziali a cui afferiscono:

-
- a) UOSD Organizzazione sanitaria e reti
 - b) UOSD Gestione Attività ambulatoriali e Libera Professione
 - c) UOC Centro Regionale Trapianti

Afferiscono alla Direzione Sanitaria, inoltre:

- UOC Farmacia
- UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità

1.2.2 L'Amministrazione in cifre

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma rappresenta uno dei più importanti poli ospedalieri di alta specialità, a livello nazionale e regionale, e fornisce prestazioni di eccellenza. Per la sua estensione territoriale viene ricompresa tra le più grandi strutture sanitarie attive. L'offerta sanitaria del San Camillo-Forlanini comprende prestazioni di quasi tutte le discipline medico-chirurgiche, con particolare caratterizzazione per quelle di alta specialità.

Nei successivi paragrafi vengono rappresentati i dati di dimensionamento della struttura in termini di posti letto, risorse umane e volumi prestazionali erogati suddivisi per tipologia.

Dotazione posti letto

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

Nell'anno 2024, infine, come da D.G.R. n. 869 del 7 dicembre 2023, la Regione Lazio ha definito la nuova dotazione dei posti letto per le annualità 2024-2026, portando il n. di posti letto in totale da 976 a 1.009, con un incremento pari a 39 p.l..

Di seguito si riporta un estratto della citata D.G.R. n. 869/2023 con dettaglio della dotazione suddivisa per codice disciplina.

Tale riorganizzazione comporterà pertanto un impatto sulla gestione delle risorse e sul Valore della produzione.

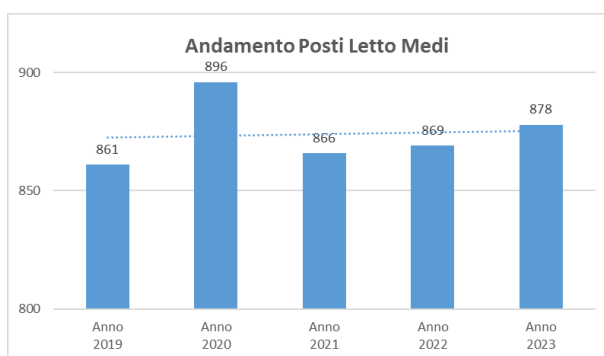
Rete Emergenza		Rete Emergenza Pediatrica	Rete Ictus	Rete Cardiologica-Cardiochirurgica	Rete Trauma	Rete Trauma Pediatrica	Rete Perinatale
DEA II		HUB (Spoke Bambino Gesù per terapia intensiva e neurochirurgia)	UTN II	CEC	CTS	PST-PED	II

			PL Programmati		
AFO	Codice Disciplina	Descrizione	ORD	DH	TOT
1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		57	57
	05	ANGIOLOGIA			0
	08	CARDIOLOGIA	52		52
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ			0
	26	MEDICINA GENERALE	141		141
	32	NEUROLOGIA	32		32
	40	PSICHIATRIA	15	4	19
	51	MEDICINA D'URGENZA	30		30
	58	GASTROENTEROLOGIA	20		20
	64	ONCOLOGIA	23		23
	65	ONCOEMATOLOGIA	20		20
	68	PNEUMOLOGIA	32		32
	69	RADIOLOGIA			0
	71	REUMATOLOGIA	8		8
	74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA			0
	96	TERAPIA DEL DOLORE			0
Totale			373	61	434
2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	52		52
	09	CHIRURGIA GENERALE	64		64
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	6		6
	12	CHIRURGIA PLASTICA	8		8
	13	CHIRURGIA TORACICA	18		18
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	20		20
	30	NEUROCHIRURGIA	20		20
	34	OCCULISTICA	1		1
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48		48
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	14		14
	43	UROLOGIA	14		14
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	8		8
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		54	54
Totale			273	54	327
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	74		74
	50	UNITA' CORONARICA	16		16
	94	TERAPIA SEMI INTENSIVA	16		16
Totale			106		106
4-MIP	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	12		12
	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	56		56
	39	PEDIATRIA	16	2	18
	62	NEONATOLOGIA	16		16
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	16		16
Totale			116	2	118
Totale			888	121	1,009

Nel corso degli anni anno 2020 e 2021, con riferimento alla gestione della pandemia, le assegnazioni di posti letto sono state rideterminate in incremento per alcune UO aziendali che sono state maggiormente coinvolte dall'emergenza (Broncopneumologia, Medicina Interna, STIRS e Terapie intensive) mentre per altre specialità si è proceduto ad una riduzione dei posti letto a causa della rideterminazione dei percorsi del paziente covid – no covid con notevole impatto sulla logistica e sulla continua riprogrammazione delle attività e conseguenti impatti assistenziali ed economici. Per quanto concerne l'anno 2022, il miglioramento delle condizioni relative alla pandemia ha consentito di ripristinare l'assetto organizzativo pre Covid-19. Nel 2023 si registra un ulteriore leggero incremento come da tabella e grafico sotto riportati.

La tabella di seguito indicata rappresenta la dotazione dei posti letto medi di degenza ordinaria e day hospital dell'Azienda (escluse le strutture Nido, UCRI e UGI) facendo riferimento alla Determina G01328/2022 sopra richiamata ed ancora vigente.

ANDAMENTO POSTI LETTO MEDI					
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Ordinari	706	742	715	736	740
DH	155	154	151	133	138
Totale	861	896	866	869	878



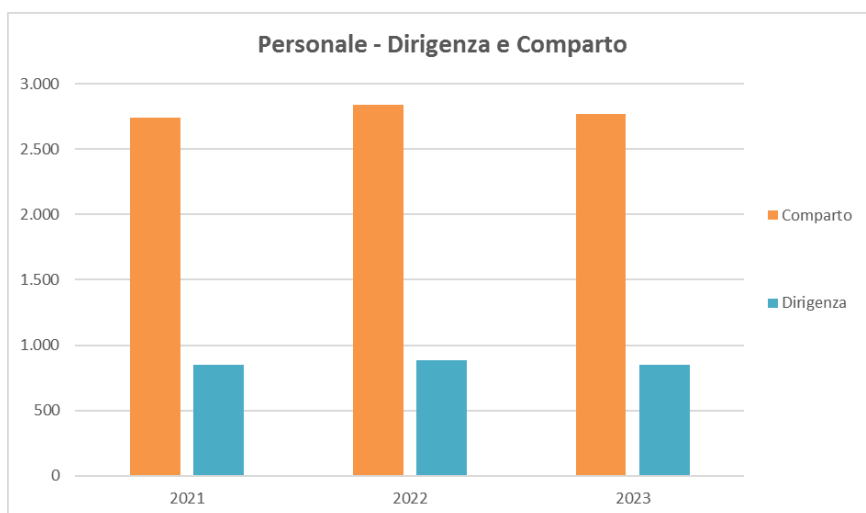
Dotazione risorse umane: personale dipendente

Le tabelle successive mostrano, per gli anni 2021 – 2023, il numero del personale dipendente dell'Azienda, suddiviso per ruolo e in base all'appartenenza alla Dirigenza o al Comparto.

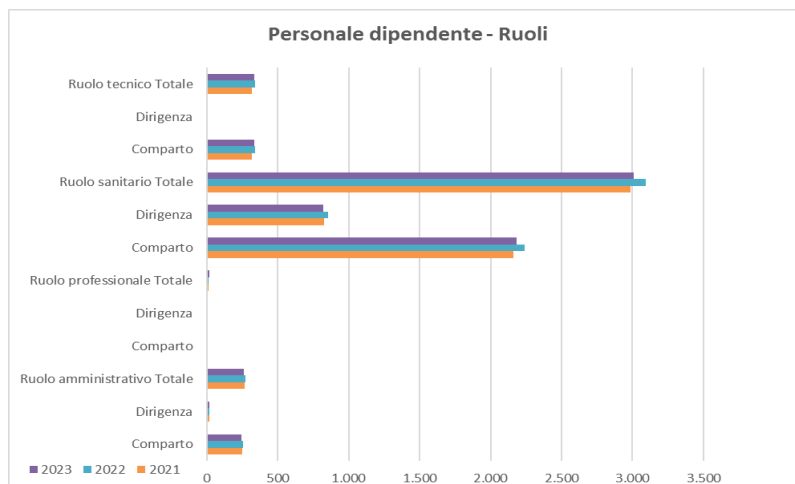
Tra gli anni 2021 e 2022 si registra un incremento di personale legato essenzialmente al reclutamento di risorse umane anche in ragione dell'emergenza sanitaria, come stabilito dal legislatore. Il contenimento del costo del personale avvenuto infatti nei precedenti anni, unitamente alle cessazioni intervenute nel tempo, ha determinato la necessità di intraprendere una politica assunzionale che fosse in grado di colmare, almeno in parte, la grave carenza delle figure sanitarie direttamente coinvolte nell'erogazione dei Lea. L'esigenza di incrementare le risorse si è resa ancora più impellente tenuto conto che nel corso del 2022 sono state potenziate alcune linee di attività. Come si evince dalla tabella sottostante, per le motivazioni sopra esposte, sono state reclutate circa n. 134 unità di personale.

Si rileva, viceversa, un decremento del numero totale delle unità di personale anno 2023 vs anno 2022 collegate prevalentemente all'avvenuta cessazione di unità per l'applicazione di istituti quali il trattamento di quiescenza, anche con riferimento ai benefici previsti dal legislatore (quota 100, opzione donna, ...).

Personale dipendente	2021	2022	2023
Comparto	2.739	2.840	2.770
Dirigenza	849	882	849
Totale complessivo	3.588	3.722	3.619



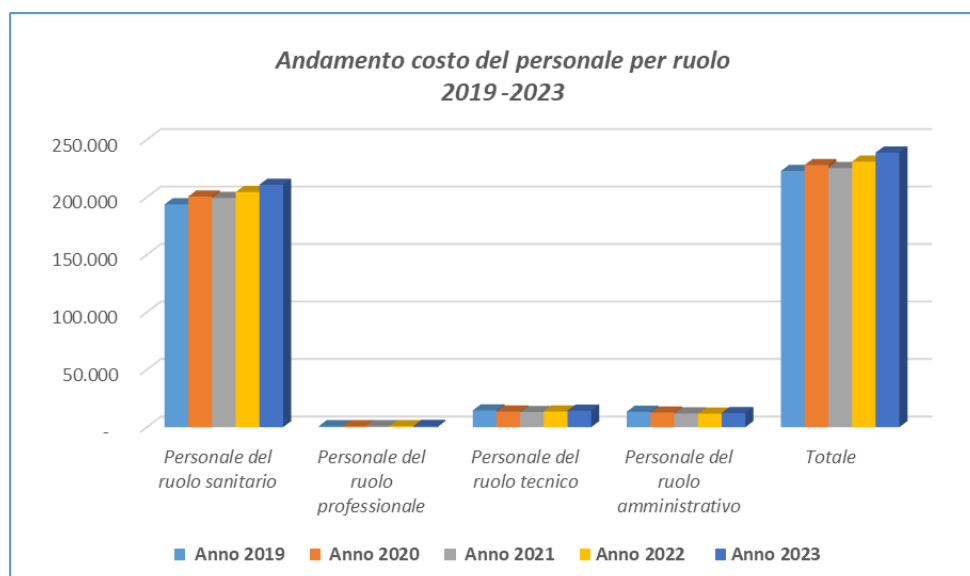
Personale dipendente	2021	2022	2023
Comparto	252	256	244
Dirigenza	16	17	19
Ruolo amministrativo Totale	268	273	263
Comparto	7	6	7
Dirigenza	6	7	8
Ruolo professionale Totale	13	13	15
Comparto	2.161	2.239	2.186
Dirigenza	826	856	820
Ruolo sanitario Totale	2.987	3.095	3.006
Comparto	319	339	333
Dirigenza	1	2	2
Ruolo tecnico Totale	320	341	335
Totale complessivo	3.588	3.722	3.619



Costo del personale

Le tabelle successive mostrano, per il quinquennio 2019 – 2023 (dato di Preconsuntivo), il costo del personale dipendente dell’Azienda, suddiviso per ruolo e in base all’appartenenza alla Dirigenza o al Comparto:

Costo del personale (Valori in migliaia di Euro)	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Personale dirigente del ruolo sanitario	89.504	92.043	94.824	94.246	96.751
Personale comparto del ruolo sanitario	104.322	108.647	104.575	110.260	114.170
Totale Personale del ruolo sanitario	193.826	200.690	199.399	204.507	210.921
Personale dirigente del ruolo professionale	605	677	699	681	865
Personale comparto del ruolo professionale	243	220	220	212	225
Totale Personale del ruolo professionale	848	897	919	893	1.090
Personale dirigente del ruolo tecnico	90	60	101	128	190
Personale comparto del ruolo tecnico	14.512	13.648	13.011	13.651	14.280
Totale Personale del ruolo tecnico	14.602	13.708	13.112	13.779	14.470
Personale dirigente del ruolo amministrativo	1.536	1.516	1.388	1.349	1.728
Personale comparto del ruolo amministrativo	12.011	11.248	10.724	10.478	10.622
Totale Personale del ruolo amministrativo	13.547	12.764	12.112	11.827	12.350
Totale	222.823	228.059	225.542	231.006	238.831



Costo del personale (Valori in migliaia di Euro)	Anno 2022	Anno 2023 (Preconsuntivo)	Variazioni	
			Euro	%
Personale del ruolo sanitario	204.507	210.921	6.414	3,14%
Personale del ruolo professionale	893	1.090	197	22,07%
Personale del ruolo tecnico	13.779	14.470	691	5,02%
Personale del ruolo amministrativo	11.827	12.350	522	4,41%
Totale	231.006	238.831	7.825	3,39%

1.2.3 I Risultati raggiunti

Volumi e valori di produzione

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

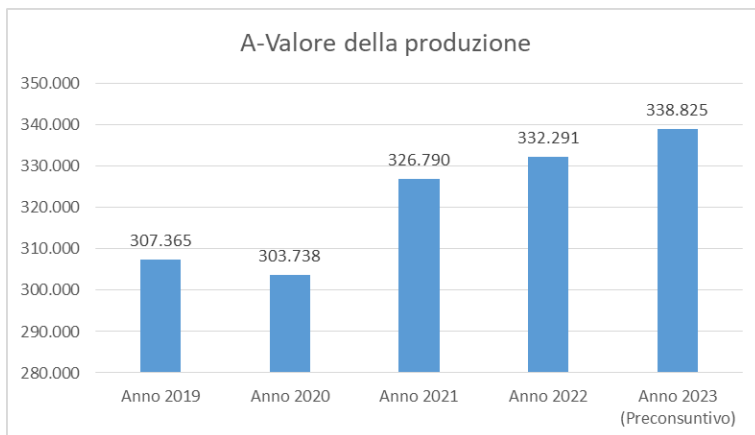
Nella tabella sotto riportata si evidenzia l'andamento del Valore della produzione anni 2019-2023 (dato di proiezione C.E. terzo trimestre), dal quale si evince una produzione elevata nell'anno 2019 legata al miglioramento dell'efficienza e riqualificazione della produzione di cui ai Piani di rientro attivati e attuati negli anni precedenti 2016-2018.

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

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

Nell'anno 2022 l'Azienda ha intrapreso il percorso di recupero delle prestazioni ambulatoriali non effettuate, ed anche la produzione legata ai ricoveri ordinari e day hospital, anche grazie ad un ritorno ad una politica di arruolamento del personale e ad un rinnovato assetto organizzativo, ha registrato una notevole ripresa, con effetti molto positivi in termini di incremento del valore economico della produzione (ricoveri ordinari, day hospital e prestazioni ambulatoriali). Il dato di produzione 2022, tra l'altro, come anticipato nella precedente sezione relativa all'andamento dei bilanci, a differenza di quanto avvenuto negli ultimi anni, con particolare riferimento ai contributi regionali, ha visto una riduzione per la minore valorizzazione degli accessi in P.S., a riprova dell'importante risultato di produzione raggiunto.

Relativamente all'anno 2023, come precedentemente indicato nel paragrafo 2.2.1 sull'andamento dei Bilanci, la riduzione in proiezione del valore della produzione non risulta essere ancora consolidata, in quanto ancora in attesa della normativa regionale per la definizione, in particolare, del valore dei contributi indistinti anno 2023.



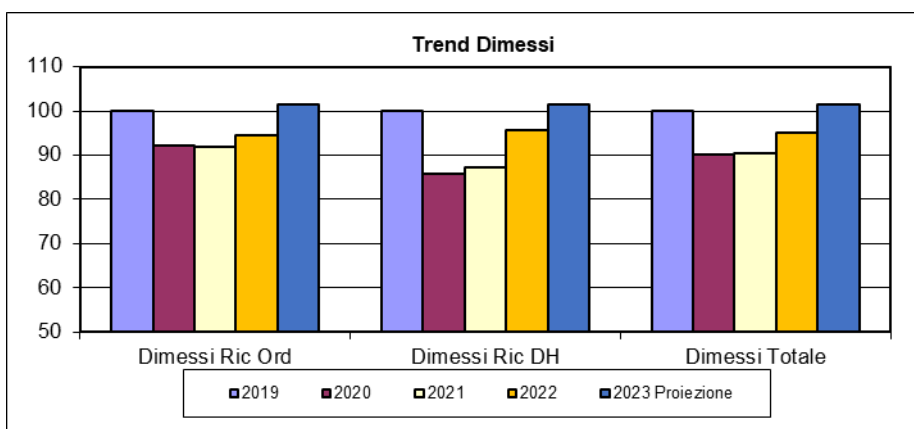
Volumi di attività e ricavi dei DRG

Di seguito vengono rappresentati i dati di attività registrati negli anni 2019, 2020, 2021, 2022 e preconsuntivo 2023 relativi a:

- Ricoveri ordinari e ricoveri DH, in termini di n. dimessi e ricavo
- Prestazioni RECUP in termini di n. prestazioni e ricavo
- Prestazioni di Pronto Soccorso in termini di Triage ed Esiti

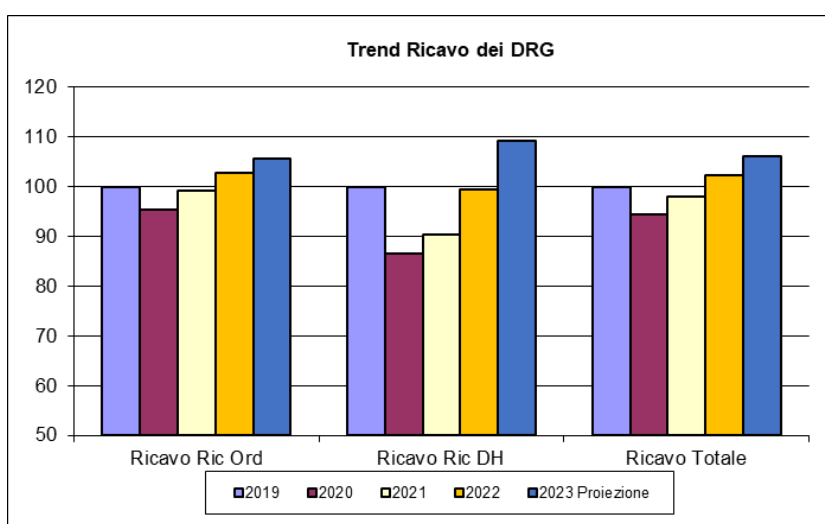
Gli anni 2020 e 2021, sono stati caratterizzati come anni di gestione aziendale di tipo straordinario in considerazione dell'emergenza nazionale legata alla diffusione del virus COVID-19, Nel corso dell'anno 2022 si è assistito ad una normalizzazione della situazione pandemica, con conseguente ripresa delle attività produttive aziendali, sia in termini di ricoveri ordinari e day hospital, sia in termini di produzione ambulatoriale. L'anno 2023 ha visto realizzarsi alcuni dei progetti messi in campo in materia di innovazione informatica e riorganizzazione dei percorsi e l'andamento della produzione, sia per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, che i ricoveri ordinari e day hospital, ha subito un incremento, nonostante la costante difficoltà a mantenere gli organici al completo per l'elevato numero di cessazioni per quiescenza in particolare in alcuni profili professionali ed alcuni settori specifici.

DRG Dimessi*					
	2019	2020	2021	2022	2023 Proiezione
Dimessi Ric Ord	25.674	23.698	23.604	24.286	26.020
Dimessi Ric DH	13.746	11.777	12.001	13.141	13.945
Dimessi Totale	39.420	35.475	35.605	37.427	39.965
Dimessi Ric Ord	100	92	92	95	101
Dimessi Ric DH	100	86	87	96	101
Dimessi Totale	100	90	90	95	101
* Fonte dati SIO					



DRG Ricavo*					
	2019	2020	2021	2022	2023 Proiezione
Ricavo Ric Ord	139.367.325	133.099.984	138.251.472	143.261.416	147.126.197
Ricavo Ric DH	19.974.513	17.267.029	18.050.279	19.847.292	21.835.214
Ricavo Totale	159.286.008	150.367.013	156.301.751	163.108.708	168.961.411
Ricavo Ric Ord	100	96	99	103	106
Ricavo Ric DH	100	86	90	99	109
Ricavo Totale	100	94	98	102	106

* Fonte dati SIO



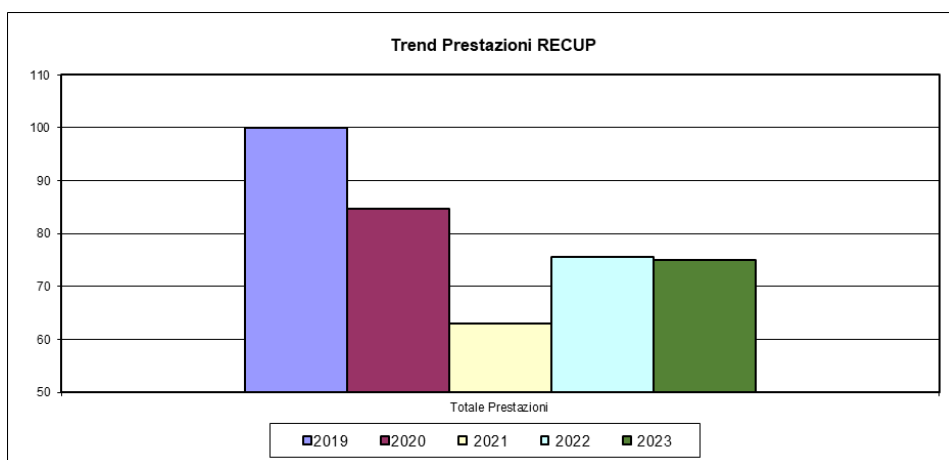
Prestazioni Ambulatoriali

Relativamente alle prestazioni RECUP, si evidenzia una riduzione nell'anno 2020 rispetto all'anno 2019, in quanto, per effetto della pandemia, alcune prestazioni sono state "sospese" nei mesi di marzo e aprile 2020 e in parte recuperate nei mesi successivi. Conseguentemente anche il ricavo ad esse collegato ha registrato una flessione, dovuta tuttavia anche all'abolizione della quota aggiuntiva di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a partire dal mese di settembre, così come stabilito dalla Legge di Bilancio 2020.

Nell'anno 2021 si assiste ad una parziale ripresa del valore della produzione delle attività ambulatoriali che, seppur erogate in numero minore rispetto all'anno precedente, presentano un ricavo medio maggiore. Segnale che l'Azienda, pur contraendo l'erogazione delle prestazioni, ha effettuato attività più appropriate. L'anno 2022, grazie alla normalizzazione della situazione pandemica e all'attività di recupero delle prestazioni non erogate causa Covid-19 nel biennio 2020-2021, fortemente perseguita dall'Azienda, ha registrato un rilevante incremento delle prestazioni fornite all'utenza e del valore economico ad esse correlato (+ n. 135.371 prestazioni e + € 4.301.896 rispetto all'anno 2021). L'anno 2023 è caratterizzato, nonostante la diminuzione del numero delle prestazioni, da un aumento del valore della produzione, con un relativo aumento del valore medio delle prestazioni, in attuazione delle strategie aziendali, volte ad un impegno nell'erogare prestazioni di alta specialità.

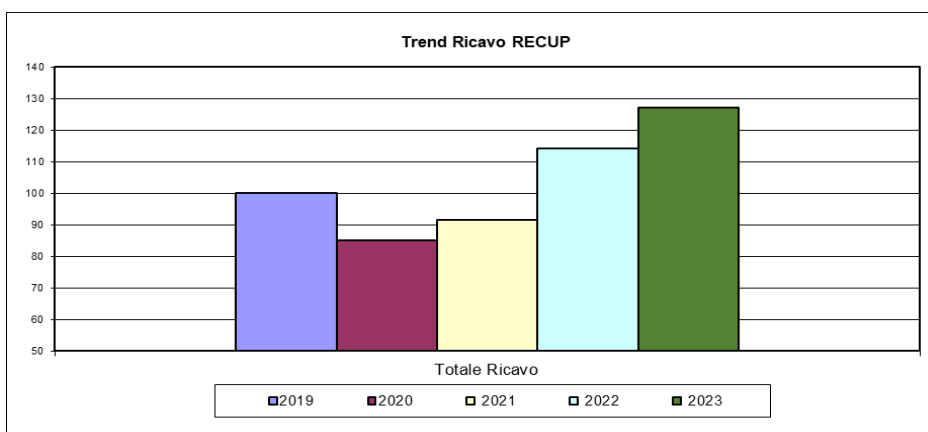
Prestazioni RECUP*					
	2019	2020	2021	2022	2023
Totale Prestazioni	1.368.323	1.157.955	860.777	1.034.657	1.026.892
Totale Prestazioni	100	85	63	76	75

* Fonte dati SIO



Ricavo RECUP*					
	2019	2020	2021	2022	2023
Totale Ricavo	24.545.368	20.908.659	22.469.853	28.027.911	31.213.106
Totale Ricavo	100	85	92	114	127

* Fonte dati SIO

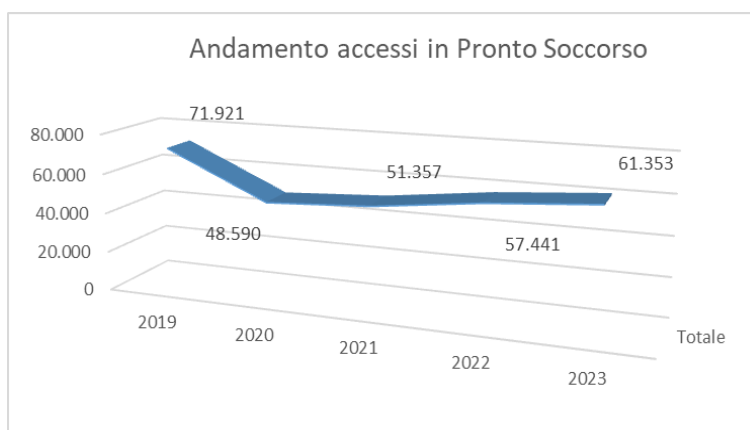


Accessi in Pronto Soccorso

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

Le tabelle sottostanti evidenziano come, anche per effetto della totale ristrutturazione dei percorsi organizzativi e dell'efficientamento delle risorse, gli accessi risultano gestiti secondo il triage e gli esiti in costante incremento.

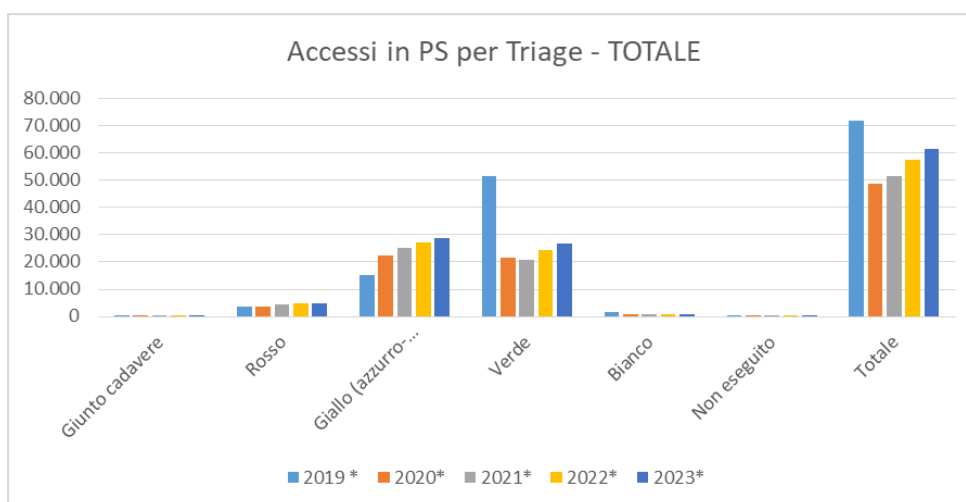
Accessi in Pronto Soccorso	2019	2020	2021	2022	2023
Totale	71.921	48.590	51.357	57.441	61.353



Pronto Soccorso Totale_Triage

Accessi in Pronto Soccorso per Triage - TOTALE	2019 *	2020*	2021*	2022*	2023*
Giunto cadavere	19	13	17	22	13
Rosso	3.436	3.637	4.498	4.701	4.915
Giallo (azzurro-arancione)	15.275	22.195	25.230	27.276	28.784
Verde	51.513	21.733	20.823	24.424	26.630
Bianco	1.657	991	777	1.008	1.002
Non eseguito	21	21	12	10	9
Totale	71.921	48.590	51.357	57.441	61.353

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



1.2.4 Valori economici

Di seguito vengono illustrati i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi anni, dal 2019 al 2023 (Preconsuntivo). E' possibile osservare come, rispetto all'annualità 2019, gli anni 2020, 2021 e parte del 2022, di contro, risentano fortemente delle misure che l'Azienda, in attuazione alle disposizioni regionali, ha adottato per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per consentire che in tale situazione fosse garantita la messa in sicurezza degli operatori e dei pazienti con idonei percorsi e procedure, tuttavia, in alcuni casi, economicamente meno remunerativi. Ciò ha determinato un peggioramento dei risultati di esercizio (sia in termini di riduzione della produzione sia in termini di costi della produzione). Si rappresenta tuttavia che la perdita di esercizio registrata nell'anno 2022 costituisce un importante risultato di miglioramento per l'Azienda in quanto legata ad un sostanziale mantenimento dei costi di produzione rispetto all'anno precedente, a fronte di un significativo incremento della produzione. E' importante considerare inoltre

che tale risultato è stato ottenuto nonostante il decremento dei finanziamenti regionale per l'emergenza Covid e per la riduzione delle tariffe di accesso al PS.

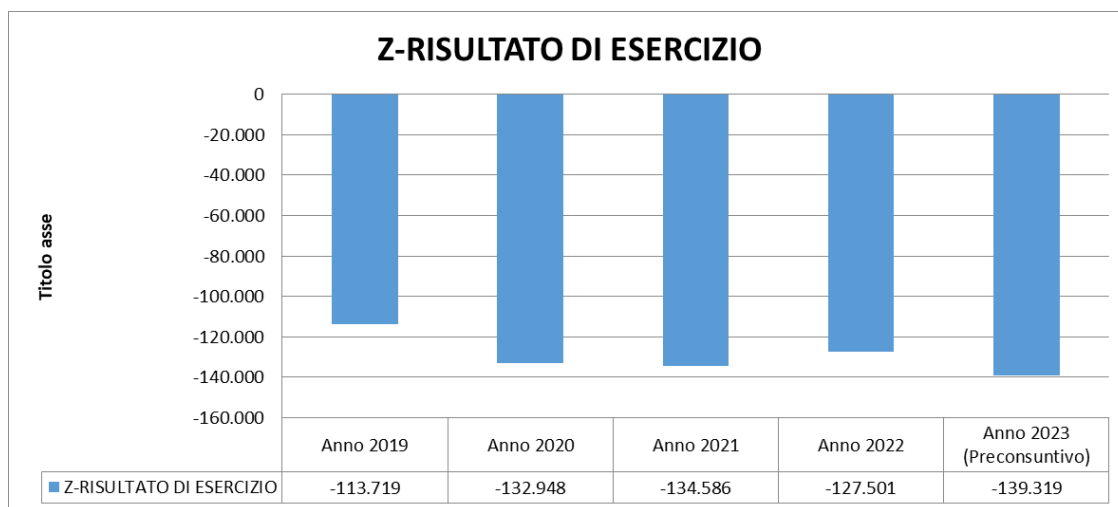
L'anno 2023, a sua volta, è stato l'anno in cui l'Azienda ha inteso porre in essere una serie di azioni finalizzate al continuo incremento del numero di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate, con impatto positivo sul valore della produzione aziendale, oltre ad azioni legate all'informatizzazione dei processi ed all'accrescimento della sicurezza aziendale, facendo registrare, nell'immediato start up, un rilevante impatto sui costi, ma garantendo al contempo importanti benefici, ovviamente anche economici, che vedranno tuttavia la loro realizzazione nel medio-lungo termine. Inoltre, al fine di rendere più tempestiva l'azione, tali investimenti, non essendo finanziati in c/capitale, rientrano tra i costi di esercizio già a partire dall'anno 2023.

Infine, sul lato del Valore della produzione, il dato di preconsuntivo 2023 presenta un risultato non ancora consolidato che risente anche dell'incertezza relativa al dato dei contributi FSR indistinti e vincolati, la cui consistenza ancora non comunicata, dovrà essere definita da Regione Lazio con specifiche determinazioni regionali (vd. linee guida Regione Lazio registro ufficiale U.1401602 del 4.12.2023).

Di seguito tabella e grafico relativi all'andamento del Risultato di esercizio:

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023 (Preconsuntivo)
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	-113.719	-132.948	-134.586	-127.501	-139.319

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023 (Preconsuntivo)
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	-113.719	-132.948	-134.586	-127.501	-139.319



2 SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

2.1.1 Obiettivi Generali

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

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

La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono poi programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale, nonché di benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro. In particolare, l'Azienda per l'anno 2024 ha affidato alle strutture aziendali competenti specifici obiettivi riguardanti:

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

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

Infine, atteso che il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali, l'Azienda, al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, ha inserito nel Piano della performance gli obiettivi assegnati da PTPCT che costituiscono obiettivi di budget per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2024 -2026, e, come tali, sono stati integrati nelle singole schede di budget.

2.1.2 Obiettivi specifici

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

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

F - AREA STRATEGICA DELLA COMUNICAZIONE AI CITTADINI			
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute	Aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet)	N. 1 report al 31.12 sugli aggiornamenti effettuati nel corso dell'anno
Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Realizzazione di interventi per garantire parità, pari opportunità, benessere organizzativo nonché contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. personale farmacista partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1 N. personale medico partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1
		Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. 1 corso di formazione da organizzare entro il 31.12 N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12
		Monitoraggio dell'attività svolta dallo Sportello di ascolto rivolto al contrasto della violenza di genere e ad all'aiuto delle persone fragili	N. 2 report, al 30.06 ed al 31.12, con evidenza dell'attività svolta
		Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza	N. 1 report al 31.12 con evidenza dell'indagine svolta tramite somministrazione di questionari N. 1 report al 31.12 con evidenza dell'indagine svolta tramite somministrazione di questionari
			Somministrazione questionari operatori utenti per n. 3 unità operative - N. 1 Report con evidenza dell'attività svolta e dei risultati conseguiti entro il 31.12

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

B - AREA STRATEGICA DELL'APPROPRIATEZZA			
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Performance dell'attività	Indicatori di processo e di esito - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari - P.Re.Val.E.	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni di accesso nella struttura di ricovero in pazienti ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri ordinari in regime ordinario. Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale dei pazienti dimessi a domicilio, a struttura ambulatoriale Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico Proporzione di abbandono durante la visita medica, riconoscibili come "paziente si allontana", minore del 5% (così come previsto dai decreti ministeriali) Proporzione di abbandono prima della visita medica, riconoscibili come "paziente non risponde a chiamata", minore del 5% (così come previsto dai decreti ministeriali) Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni. Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri N. 4 report mensili a partire dal mese di settembre su andamento indicatori P.Re.Val.E
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Cardiologia, UOC Medicina d'Urgenza - P.S. - Oss. Breve, UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)	Proporzione di infarti miocardici con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (target: media Regione Lazio 55,91%) (dato attuale aziendale 37%) Azione di miglioramento Proporzione di infarti miocardici con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti Proporzione di infarto miocardico STEMI trattati con PTCA e dimessi dal PS (misurato come "durata complessiva intervento" su GIPSE) entro 45 minuti nel 55,91% degli accessi di tali pazienti
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Ostetricia e Ginecologia e UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera)	Percentuale di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo (target: media Regione Lazio 5,31%)
		Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOSD Chir. Oncologica della Mammella e UOSD Gestione Documentazione Sanitaria)	Proporzione di nuovo interventi di resezione entro 120 gg. dall'intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (target: standard media regione Lazio 5,39%) (Dato attuale aziendale 6,21%)

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

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

2.1.3 Programmazione finanziaria

Con nota n. U.1401602 del 04.12.2023, avente ad oggetto: "Linee guida per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024", la Regione Lazio ha avviato il processo di negoziazione del budget 2024 con le aziende sanitarie e ha fornito gli indirizzi ed i criteri per le principali voci e macroaggregati per la predisposizione del BEP 2024;

L'Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini, a seguito della nota sopracitata, ha formulato le previsioni economiche per l'esercizio 2024 e con deliberazione del Direttore Generale n. 1995 del 29 dicembre 2023 ha approvato il Bilancio Preventivo Economico provvisorio 2024.

Di seguito si riporta la scheda relativa al Bilancio Economico Preventivo concordato per l'anno 2024:

VOCE	PREVENTIVO 2024 DGR 991 del 29/12/2023	PRECONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2022	DIFF. (val. ass.) PREVENTIVO 2024 VS PRECONSUNTIVO 2023	DIFF. (%) PREVENTIVO 2024 VS PRECONSUNTIVO 2023
Valore della produzione					
Contributi in c/esercizio	58.130.016,99	66.109.268,95	69.096.995,60	-7.979.251,96	-12%
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-12.691.562,50	-7.567.108,00	-5.902.221,84	-5.124.454,50	68%
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0,00	67.653,26	3.210.238,33	-67.653,26	-100%
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	261.799.215,89	259.045.370,44	243.592.943,09	2.753.845,45	1%
Concorsi, recuperi e rimborsi	4.693.284,36	3.728.911,25	4.693.284,36	964.373,11	26%
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.901.050,00	2.642.073,27	2.659.522,13	258.976,73	10%
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	13.964.745,51	13.964.745,51	13.964.745,51	0,00	0%
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	0,00	
Altri ricavi e proventi	720.165,55	834.536,60	975.663,55	-114.371,05	-14%
TOTALE A)	329.516.915,80	338.825.451,28	332.291.170,73	-9.308.535,48	-3%
Costi della produzione					
Acquisti di beni	113.435.130,39	98.712.457,91	93.870.956,56	14.722.672,48	15%
Acquisti di servizi sanitari	23.953.429,81	23.714.234,82	25.133.090,00	239.194,99	1%
Acquisti di servizi non sanitari	45.404.600,67	43.873.590,46	41.435.496,19	1.531.010,21	3%
Manutenzione e riparazione	19.142.116,22	16.043.823,55	15.567.361,09	3.098.292,67	19%
Godimento di beni di terzi	7.583.142,70	6.771.203,22	6.632.724,59	811.939,48	12%
Costi del personale	238.341.907,69	238.830.954,05	231.006.147,26	-489.046,36	0%
Oneri diversi di gestione	1.557.374,86	1.248.866,67	1.672.555,82	308.508,19	25%
Ammortamenti	17.248.695,88	17.248.695,88	17.248.695,88	0,00	0%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00		0,00	0,00	
Variazione delle rimanenze	0,00	-787.188,42	-5.190.694,54	787.188,42	-100%
Accantonamenti	11.559.325,48	13.636.851,85	18.282.703,05	-2.077.526,37	-15%
TOTALE B)	478.225.723,70	459.293.489,99	445.659.035,90	18.932.233,71	4%
Differenza tra valore e costi della produzione	-148.708.807,90	-120.468.038,71	-113.367.865,17	-28.240.769,19	23%
Proventi e oneri finanziari					
Interessi attivi e altri proventi finanziari	9.798,96	8.959,31	4,23	839,65	
Interessi passivi e altri oneri finanziari	145.000,00	45.397,20	37.655,06	99.602,80	
TOTALE C)	-135.201,04	-36.437,89	-37.650,83	-98.763,15	
Rettifiche di valore di attivita' finanziarie					
Rivalutazioni	0,00	0,00	0,00	0,00	
Svalutazioni	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTALE D)	0,00	0,00	0,00	0,00	
Proventi e oneri straordinari					
Proventi straordinari	0,00	4.651.157,29	3.880.023,14	-4.651.157,29	
Oneri straordinari	0,00	7.489.695,30	1.749.811,96	-7.489.695,30	
TOTALE E)	0,00	-2.838.538,01	2.130.211,18	2.838.538,01	
Risultato prima delle imposte	-148.844.008,94	-123.343.014,61	-111.275.304,82	-25.500.994,33	21%
Imposte sul reddito dell'esercizio					
IRAP	16.631.316,97	15.929.919,59	16.180.076,01	701.397,38	4%
IRES	22.122,00	46.088,00	46.088,07	-23.966,00	-52%
Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00	0,00	
Totale Y)	16.653.438,97	15.976.007,59	16.226.164,08	677.431,38	4%
Utile (perdita) dell'esercizio	-165.497.447,91	-139.319.022,20	-127.501.468,90	-26.178.425,71	19%

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Piano della Performance 2024-2026

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

La programmazione dell'Azienda, inoltre, fa riferimento al piano strategico, elaborato secondo le indicazioni della Programmazione Regionale: esso rappresenta la specificazione della configurazione organizzativa dei servizi. Pertanto, la declinazione degli obiettivi strategici è la risultante dei seguenti atti di programmazione aziendali

- il piano triennale della performance, documento programmatico che – come detto - individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'Azienda e che tutte le amministrazioni pubbliche debbono adottare ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 150/2009. Il piano individua nella sua interezza la chiara e trasparente definizione delle responsabilità dei diversi attori in merito alla definizione degli obiettivi ed al relativo conseguimento delle prestazioni attese e realizzate;
- il piano programmatico aziendale, il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio economico preventivo che rappresentano gli strumenti operativi per il raccordo tra le attività previste e le risorse a disposizione;

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

Gli indirizzi generali che l'Azienda definisce per il triennio 2024 -2026 sono articolati nelle seguenti Aree Strategiche

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

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

2) Area strategica B - Area dell'appropriatezza;

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

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

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

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

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di valutazione dei processi organizzativi e dell'attività sanitaria ed amministrativa sia per adempimento ed allineamento operativo alle normative sia per esigenza di riorganizzazione aziendale finalizzata alla efficienza e continuo miglioramento

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

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

6) Area strategica F – Area della comunicazione ai cittadini

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

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

Obiettivi strategici

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

1) Obiettivi Strategici Area dell'efficienza organizzativa

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

2) Obiettivi Strategici Area dell'appropriatezza

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

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

- Miglioramento del risultato economico
- Monitoraggio sull'attività ALPI

-
- Verifiche e Controlli atti al miglioramento del risultato economico e dello stato patrimoniale
- 4) Obiettivi Strategici Area della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment
- Formazione e relazioni con l'utenza interna/esterna
 - Potenziamento dell'innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment
 - Valutazione della performance; Potenziamento dei processi di verifica e controllo
 - Verifica e valutazione dei processi aziendali
- 5) Obiettivi Strategici Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità
- Adempimenti in materia di Trasparenza e Prevenzione alla Corruzione
- 6) Obiettivi Strategici Area della comunicazione ai cittadini
- Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda
 - Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

Obiettivi operativi e azioni

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

Per ciascun obiettivo strategico vengono individuati i relativi obiettivi operativi.

Indicatori

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

Ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance vengono individuati numerosi indicatori di risultato, di processo e di esito, riconducibili alle seguenti tipologie:

- Indicatori di stato delle risorse (o livello di salute dell'amministrazione)
Gli indicatori di stato delle risorse quantificano e qualificano le risorse dell'amministrazione (umane, economico-finanziarie, strumentali, tangibili e intangibili): esse possono essere misurate in termini sia quantitativi (numero risorse umane, numero computer, ecc.), sia qualitativi (profili delle risorse umane, livello di aggiornamento delle infrastrutture informatiche, ecc.), anche al fine di valutare il livello di salute dell'amministrazione.Indicatori di efficienza

- Indicatori di efficienza

Gli indicatori di efficienza esprimono la capacità di utilizzare le risorse umane, economico-finanziarie, strumentali (input) in modo sostenibile e tempestivo nella realizzazione delle varie attività dell'amministrazione (output).

- Indicatori di efficacia

Gli indicatori di efficacia esprimono l'adeguatezza dell'output erogato rispetto alle aspettative e necessità degli utenti (interni ed esterni) e possono essere misurati sia in termini quantitativi che qualitativi.

La tabella sottostante rappresenta il n. degli obiettivi strategici, degli obiettivi operativi, e degli indicatori suddivisi per Area Strategica

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI
Area della appropriatezza	11	16	61
Area della comunicazione ai cittadini	2	2	9
Area della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment	5	24	80
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	2	2	11
Area della produzione e della gestione economico-finanziaria	13	25	63
Area dell'efficienza organizzativa	4	12	60
6	37	81	284

2.2.2 Albero delle Performance

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

Nel presente Piano della Performance 2024-2026 viene riportata la pianificazione degli obiettivi che nel triennio interessano la performance aziendale. La declinazione degli stessi viene rappresentata per l'anno 2024 tenuto conto che per assunto tali obiettivi riguardano anche gli anni 2025 e 2026 e per questi ultimi gli aggiornamenti del Piano annuale consentiranno la loro rimodulazione.

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

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

La Mission fa riferimento alle seguenti n. 6 aree strategiche, per le quali vengono indicati i rispettivi obiettivi:

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

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

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



ALBERO DELLA PERFORMANCE			
A - AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORE
Miglioramento delle prestazioni sanitarie	Incremento delle donazioni di organi	Aumento di studi di screening immunologici per la valutazione dei pazienti in lista d'attesa per trapianto di rene da donatore vivente	Incremento >= 10% rispetto all'anno precedente
		Aumento prestazioni per lo studio immunologico dei pazienti in lista d'attesa per trapianto e monitoraggio post-trapianto	Incremento del 2% rispetto all'anno precedente
		Ottimizzazione Procurement di organi/tessuti	N. 1 corso "donazione organi e organizzazione regionale/nazionale per personale ufficio anagrafe comunale della Regione Lazio (n. 2 edizioni) in osservanza alla legge n. 125 del 06/08/2015 e da successivo decreto ministeriale del 23/12/2015" espletato entro il 31.12
			N. 1 corso di formazione al personale per "donazione a cuore fermo" espletato entro il 31.12
			N. 2 corsi di formazione: "Corso di Training piattaforma GEDON per Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (n. 3 edizioni)", "Corso di Training piattaforma Lurto per Centri Trapianto (n. 2 edizioni)", espletati entro il 31.12
			N. 3 edizioni "Riunione Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP)" espletate entro il 31.12
			N. 5 partecipazioni come Faculty ad eventi congressuali maggiori entro il 31.12
	Redazione n. 1 protocollo DCD in collaborazione con le anestesie aziendali e Regione Lazio ai fini della promozione della donazione a cuore fermo		
	Segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti al Centro Regionale Trapianti	N. 1 progetto di brain team entro il 15.10	
	Segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali entro 10 gg. dall'accesso	N° accertamenti di morte cerebrale eseguiti / N° decessi per cerebrolesione entro 10 gg. dall'accesso (lesioni per ictus emorragico, ischemico, trauma cranico grave, danno post anossico) maggiore uguale 0,80	
	Ottimizzazione dell'utilizzo delle Camere Operatorie	Attivazione PACU - Anestesia e Rianimazione Dip.ti DEA e Cardiovascolare	Assegnazione di almeno n. 3 unità infermieristiche per consentire l'attivazione della PACU entro il 30.04 Attivazione della PACU h12 entro il 31.12.2024
		Partecipazione all'incremento n. interventi chirurgici elettivi per discipline di competenza	Incremento del 15% rispetto all'anno precedente
		Supporto per pianificazione e organizzazione Sale Operatorie (incluso S.O. interventistiche)	Percentuale di pazienti operati di frattura femore entro 48h >= 80%
	Ottimizzazione organizzazione sanitaria	Posti Letto aziendali - Monitoraggio e confronto con i posti letto previsti dalla normativa vigente	N. 3 report di monitoraggio e confronto al 30.06, 30.09 e al 31.12 suddiviso per CdR (in collaborazione con la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)
N. 3 report di monitoraggio e confronto al 30.06, 30.09 e al 31.12 suddiviso per CdR (in collaborazione con la UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità)			
Ottimizzazione Percorso Ricoveri	Monitoraggio sul rispetto debito PL per la UOC Cardiologia	Numero Posti Letto messi a disposizione / Numero Posti Letto previsti	
Ottimizzazione Percorso Ricoveri da Pronto Soccorso	Monitoraggio sul rispetto del Piano Debito PL per i Pronto Soccorso Concordato con le UU.OO. (fatto salvo il sovrappioppamento per situazioni eccedenti ordinario)	Numero Posti Letto Messa a Disposizione Per Debito / N. PL Assegnati per Debito	
	Riduzione tempi attesa pazienti in PS con destinazione ricovero	Numero pazienti giornalieri con attesa di ricovero in PS maggiore di 24h <= 25	
Miglioramento dell'offerta delle prestazioni sanitarie	Miglioramento attuazione dei processi organizzativi	Monitoraggio del cruscotto delle disponibilità al ricovero da PS verso le UUOO e verifica della rispondenza al concordato con le stesse UUOO.	N. 3 Report con percentuali di raggiungimento tenendo conto dei pi medi per UO assegnati (30/06, 30/09 e 31/12)
	Miglioramento, definizione ed attuazione dei processi organizzativi	Campagna vaccinazione antinfluenzale stagione 2024-2025 per gli operatori aziendali	N. vaccini effettuati >= 90% del n. vaccini acquistati
		Configurazione di un sistema di archiviazione automatica dei piani di cura e verifica pazienti in Radioterapia	N. 1 report al 31.12 con evidenza attività svolta nell'anno
		Efficientamento gestione Camera Operatoria - riduzione n. arti	N. 1 report mensile con evidenza n. arti in media presenti in Camera Mortuaria minore o uguale a n. 10 arti
		Efficientamento gestione Camera Operatoria - riduzione n. salme	N. 1 report mensile con evidenza n. salme in media presenti da più di 30 gg. inferiore o uguale a n. 3
		Elaborazione di una reportistica sull'appropriatezza della terapia antibiotica e sul controllo della spesa farmaceutica	N. 1 relazione presentata alla Direzione Sanitaria entro il 31.12
		Elaborazione e diffusione di una reportistica almeno semestrale di restituzione alle UU.OO. sulla circolazione dei patogeni multiresistenti	Diffusione di un report semestrale almeno su una UO di Area Medica, Chirurgica e Intensiva
		Miglioramento utilizzo sistema informatico per efficientamento gestione trasporti	N. 1 Report con evidenza criticità e azioni di miglioramento realizzate
		Monitoraggio agende attivate	N. 8 report mensili (a partire dal mese di maggio) con evidenza delle agende attivate: - istituzionali - intramoenia - altro (con specifiche)
		Monitoraggio corretto utilizzo camere operatorie aziendali e riduzione delle liste di attesa	Entro il 31.12 abbattimento del 100% della lista di attesa operatoria anni 2017-2018-2019 (rilevata al 01/01) La UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O. Centralizzata al 31.12 renderà lo stato di raggiungimento dell'obiettivo N. 3 Report, al 30.06, al 30.09 e al 31.12, sulla gestione delle liste di attesa operatorie per ogni UU.OO., sulla riduzione delle liste di attesa (anni 2017-2018-2019) registrata e sulle relative misure correttive adottate.
		Monitoraggio del ciclo dei rifiuti speciali e dei rifiuti assimilati agli urbani	N. 1 Relazione con report sul monitoraggio

A - AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORE
Miglioramento dell'offerta delle prestazioni sanitarie	Miglioramento, definizione ed attuazione dei processi organizzativi	Monitoraggio dell'efficiamento del percorso chirurgico aziendale	Monitoraggio utilizzo registro operatorio - n. 1 report al 31.12 suddiviso per CdR (N. interventi chirurgici registrati su Registro Operatorio informatizzato / N. interventi totali)
		Ottimizzazione rapporto: prestazioni erogate / ore lavorate	Report mensili a partire dal mese di giugno contenenti il numero delle prestazioni erogate / numero ore lavorate
		Ottimizzazione rapporto: prestazioni eseguite/ricieste pervenute	Report mensili a partire dal mese di giugno attestanti il numero delle prestazioni annullate e il numero delle prestazioni richieste con evidenza della motivazione dell'annullamento
			Report mensili a partire dal mese di giugno attestanti il numero delle prestazioni eseguite e il numero richieste pervenute utilizzando il sistema informatizzato
		Partecipazione ad autopsie giudiziarie per A.O. in riscontri autoptici presso altri istituti per salme messe a disposizione dell'AA.GG.	N. 1 report al 31.12 indicante la partecipazione ad autopsie giudiziarie correlate alle attestazioni autorizzative della D.S.
		Reingegnerizzazione attività ambulatoriale ALPI	N. 2 Relazioni (30/06-31/12) sulla disponibilità degli spazi aziendali
		Revisione e monitoraggio panel degli indicatori di attività delle camere operatorie aziendali	Produzione n. 1 documento di revisione e monitoraggio entro il 31.10
		Revisione regolamento Camera Mortuaria	N. 1 proposta di revisione regolamento al 31.12
		Riorganizzazione ed efficientamento delle UU.OO. afferenti al Dipartimento	N. 2 progetti di riorganizzazione ed efficientamento entro il 31.12
		Riunioni mensili per il monitoraggio dell'andamento del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle UU.OO. afferenti al Dip.to	N. 6 verbali (a partire dal mese di maggio) con evidenza dell'andamento da trasmettere alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione
			N. 6 verbali con evidenza dell'andamento da trasmettere alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione
		Supporto agli Avvocati e alla UOSD Medicina Legale nelle attività di difesa dell'Azienda nelle richieste di risarcimento danni nei casi di infezione correlata all'assistenza	N. relazioni prodotte >= 70% rispetto alle richieste
		Supporto alla riorganizzazione dei Reparti rispetto alla Rete assistenziale ed alle aperture/chiusure dei Reparti stessi	N. 3 report al 30.06, al 30.09 e al 31.12 con evidenza delle attività svolte
		Supporto all'elaborazione Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)	N. 1 deliberazione con Piano adottato e N. 1 trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRRC) in ottemperanza alle scadenze indicate dalla Regione Lazio
			N. 1 deliberazione con Piano adottato e N. 1 trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRRC) nei tempi indicati da Regione Lazio
Supporto e partecipazione al miglioramento della gestione delle risorse umane.	N. 1 report mensile delle assegnazioni del personale infermieristico alle UU.OO da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione		
	N. 1 report mensile delle assegnazioni del personale tecnico alle UU.OO da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione		
Supporto e partecipazione al miglioramento della gestione delle risorse umane: Ricognizione incidenza straordinario per qualifica	Report per qualifica delle ore di straordinario effettuate entro il 31.10 da consegnare entro il 31.12		
	Report per qualifica delle ore di straordinario effettuate entro il 31.10, da consegnare entro il 31.12		
Monitoraggio dei debiti informativi e controlli	Assicurare la tempestività dei Flussi Esterni / Interni (File F, File R, Scheda di dimissione ospedaliera, Registrosi CUP, Registrosi prestazioni interne, Registrazione RIS e PACS, Corretta registrazione sul R.O., Flussi alimentanti COAN)	Rispetto delle tempistiche di invio dati per rendicontazione funzioni assistenziali	N. 1 relazione al 31.12 al Controllo di Gestione sull'attività svolta con espressa indicazione dei costi sostenuti nel corso dell'anno
	Rispetto adempimenti debiti informativi flussi Regione Lazio	Monitoraggio grandi apparecchiature sanitarie - Nota Regione Lazio Registro Ufficiale U0751238 del 07.07.2023	N. 1 report mensile a partire dal mese di agosto in merito allo stato di avanzamento rispetto agli adempimenti previsti da trasmettere alla Direzione Amministrativa
	Tempestività dei Flussi Interni (Recup, SIO, Dialisi, PS, Registro operatorio, Prestazioni per interni)	Rispetto dei tempi di trasmissione al Controllo di Gestione dei flussi di competenza	N. 1 invio mensile entro il giorno 15 del mese successivo) del flusso prestazioni di radiologia (per interni ed esterni)
	Supporto all'estrazione dei dati all'UOSD Telemedicina RIS PACS e monitoraggio del rispetto dei tempi di trasmissione	N. 1 Report mensile (entro il giorno 15 del mese successivo) del flusso prestazioni di radiologia (per interni ed esterni)	
Valutazione e adempimenti su rischi aziendali	Prevenzione del rischio	Aggiornamento sistema di gestione personale radioesposto	N. 1 report al 31.07 con evidenza del database aggiornato all'attuale configurazione aziendale in termini di U.O. e dati personali
		Gestione e monitoraggio allontanamento rifiuti radioattivi	N. 1 report al 31.12 sulla tipologia e modalità di rifiuti solidi e liquidi allontanati
	Prevenzione del rischio e diritto di tutela	Attività mensile di sorveglianza antincendio	N. 7 report (uno al mese a partire da giugno) da inviare alla Direzione Strategica con evidenza delle criticità riscontrate
		Attuazione degli adempimenti nell'ambito delle attività svolte presso il Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	N. 1 report al 31.12 attestante la partecipazione nell'anno al 100% delle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri nonché esplicativo del contributo apportato
		Consulenza legale nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) aziendale	N. 1 report al 31.12 indicante in numero di sedute effettuate durante l'anno e l'attività di consulenza espletata
Monitoraggio situazione Sinistri per tipologia e causa	N. 3 report di monitoraggio al 30.06, al 30.09 e al 31.12		

B - AREA STRATEGICA DELL'APPROPRIATEZZA			
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale Area sanitaria 1	Emergenza PS/DEA	Rispetto del tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza) Tempi che intercorrono tra il Triage medico, cioè il momento in cui il Medico prende in carico il paziente	Obiettivo nazionale: >= 480' = 100%; >=540' = 80%; >=600' = 60%; >=720' = 40%; >24h = 0 Obiettivo nazionale: >= 480' = 100%; >=540' = 80%; >=600' = 60%; >=720' = 40%; >24h = 0 Monitoraggio mensile a partire dal mese di Agosto degli indicatori con evidenza delle azioni poste in essere per il raggiungimento dell'obiettivo.
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale Area sanitaria 15	Ricetta dematerializzata	Aumentare la percentuale di ricetta dematerializzata alla soglia del 90% - Verifica Raggiungimento dell'obiettivo, con azioni di impulso e controllo nei confronti delle strutture aziendali direttamente coinvolte	Analisi delle informazioni inserite nel sistema TS per UU.OO L'obiettivo si intende raggiunto al superamento della soglia del 90% di ricette dematerializzate
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale Area sanitaria 16	Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) per l'anno 2024	Adozione, con delibera aziendale, del PAP aggiornato al 2024 in coerenza con il PNP e il PRP (con il supporto di: UOSD SPPR, UOSD Risk Management, UOSD Org. Sanit. e Reti e UOSD Igiene)	N. 1 nota di trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione per l'anno 2024
		Adozione, con delibera aziendale, del PAP aggiornato al 2024 in coerenza con il PNP e il PRP (in collaborazione con: UOSD Igiene, UOSD Risk Management, UOSD Org. Sanit. e Reti)	N. 1 nota di trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione per l'anno 2024
		Adozione, con delibera aziendale, del PAP aggiornato al 2024 in coerenza con il PNP e il PRP (in collaborazione con: UOSD SPPR, UOSD Risk Management, UOSD Org. Sanit. e Reti)	N. 1 nota di trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione per l'anno 2024
		Adozione, con delibera aziendale, del PAP aggiornato al 2024 in coerenza con il PNP e il PRP (in collaborazione con: UOSD SPPR, UOSD Risk Management, UOSD Org. Sanit. e Reti)	N. 1 nota di trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione per l'anno 2024
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale Area sanitaria 17	Adozione del Piano Pandemico aziendale per l'anno 2024	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2024 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022 (in collaborazione con: UOSD Igiene e UOSD Org. Sanit. e Reti)	N. 1 nota di trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2024, con evidenza della nomina del coordinatore aziendale
		Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2024 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022 (in collaborazione con: UOSD Qualità e UOSD Org. Sanit. e Reti)	N. 1 nota di trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2024, con evidenza della nomina del coordinatore aziendale
		Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2024 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022 (in collaborazione con: UOSD Qualità e UOSD Igiene)	N. 1 nota di trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2024, con evidenza della nomina del coordinatore aziendale
		Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2024 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022 (in collaborazione con: UOSD Qualità e UOSD Org. Sanit. e Reti)	N. 1 nota di trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2024, con evidenza della nomina del coordinatore aziendale
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale Area sanitaria 2	Piano nazionale delle liste di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A (allegato n. 1 alla scheda di budget) (con il supporto della UOSD SIO, della UOSD Gestione Blocchi Operatori e della UOSD Org. Sanitaria e Reti)	N° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A Per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" di cui all'allegato (1) entro 30 giorni si assegna come soglia il 90%
		Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A (allegato n. 1 alla scheda di budget) (in collaborazione con UOSD Org. Sanit. e Reti e UOSD Gestione Blocchi Oper.)	N° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A Per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" di cui all'allegato (1) entro 30 giorni si assegna come soglia il 90%
		Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A (allegato n. 1 alla scheda di budget) (in collaborazione con UOSD SIO e UOSD Gestione Blocchi Oper.)	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Report mensili a partire dal mese di Agosto con evidenza della percentuale di raggiungimento e delle azioni di alert alle altre strutture.
		Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A (allegato n. 1 alla scheda di budget) (in collaborazione con UOSD SIO e UOSD Org. Sanitaria e Reti)	N° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A Per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" di cui all'allegato (1) entro 30 giorni si assegna come soglia il 90%
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale Area sanitaria 7	Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione dell'approfondimento diagnostico "screening mammografico"	Verifica raggiungimento dell'obiettivo (% indicatore DGR), con azioni di impulso e controllo nei confronti delle strutture aziendali direttamente coinvolte (con il supporto della UOSD SIO, della UOSD Gest. Att. Ambul. e della UOSD Org. Sanit. e Reti).	Per quanto concerne la descrizione, la modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione vedi pag. 1 all. B della DGR Lazio n. 197 del 22.05.2023
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale Area sanitaria 8	Miglioramento del tempo di attesa per l'esecuzione della prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto"	Verifica Raggiungimento dell'obiettivo, con azioni di impulso e controllo nei confronti delle strutture aziendali direttamente coinvolte (con il supporto della UOSD SIO, della UOSD Org. Sanit. e Reti e della UOSD Gest. Att. Ambulatoria)	Per quanto concerne la descrizione, la modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione vedi pag. 2 all. B della DGR Lazio n. 197 del 22.05.2023
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale Area sanitaria 9	Screening HCV	Verifica Raggiungimento dell'obiettivo DG Area Sanitaria 9, con azioni di impulso e controllo nei confronti delle strutture aziendali direttamente coinvolte (con il supporto della UOSD SIO, della UOSD Org. Sanit. e Reti e della UOSD Gest. Att. Ambulatoria)	Per quanto concerne la descrizione, la modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione vedi pag. 2 all. B della DGR Lazio n. 197 del 22.05.2023
Efficientamento dei livelli prestazionali delle UO attraverso il corretto utilizzo delle risorse e la saturazione dei livelli di prestazioni erogate	Efficientamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate	Report attività per agenda di produttività aggiuntiva UO autorizzate con verifica incremento attività ambulatoriale	N. 2 Relazioni (31/10-31/12)
		Verifica ciclo attivo e passivo prestazioni per altre aziende	5 report mensili a partire dal mese di agosto da trasmettere alla Contabilità e al Controllo di Gestione, con evidenza CoR erogante, n. prestazioni effettuate e importo (citare delibera/documento autorizzativo).
		Attività di ambulatorio per dipendenti e familiari	N. 1 report in merito all'attività svolta al 31.12
		Attività di consulenze per pazienti presso i reparti	N. 1 report in merito all'attività svolta al 31.12
		Efficientamento/Incremento delle Prestazioni Interne, ed Erogazione delle stesse nei tempi e in applicazioni ai PDTA aziendali, nel rispetto della loro appropriatezza	N. 1 report indicante la percentuale dei sinistri istruiti per malpractice rispetto alle richieste di risarcimento pervenute (>= 95%)
		Efficientamento delle prestazioni interne	Valore economico delle prestazioni/procedure erogate per interni
		Efficientamento delle prestazioni interne - controllo della ristorazione ospedaliera per degenti e dipendenti	N. prestazioni/consulenze erogate per controlli della ristorazione maggiore o uguale a n. 65 mensili, totale anno 780) (report mensile alla DS e al Controllo di Gestione con n. prestazioni/consulenze erogate)
		Monitoraggio consulenze erogate da reparto - NORA (Non Operating Room Anesthesia)	N. consulenze erogate / N° richieste ricevute maggiore o uguale a 0,80
		Ottimizzazione dell'utilizzo del Registro Operatorio informatizzato aziendale	N. 1 Report al 31.12 alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione per rendicontazione indicatore: N. interventi chirurgici registrati su Registro Operatorio informatizzato / N. interventi totali = 100% N. interventi chirurgici registrati su Registro Operatorio informatizzato / N. interventi totali = 100% (la UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O. Centralizzata rileverà la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo)
		Partecipazione alle attività di Hub Rete Ictus (Codoci Rossi)	Numero di esami TC / pazienti Ictus >= 3
		Partecipazione alle attività di Hub Rete Trauma (Codoci Rossi)	Numero di esami TC / pazienti politraumatizzati >= 10
		Rispetto dei termini per la codifica/chiusure delle cartelle cliniche	N. 1 Report al 31.12 alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione per rendicontazione indicatore: N. cartelle cliniche codificate entro i termini / N. cartelle cliniche da codificare = 100% N. cartelle cliniche codificate entro i termini / N. cartelle cliniche da codificare = 100% (la UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità rileverà la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo)
		Utilizzo cartella clinica ambulatoriale informatizzata	N. 1 Report al 31.12 alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione per rendicontazione indicatore: N. cartelle cliniche ambulatoriali informatizzate / totale cartelle cliniche ambulatoriali = 70% N. cartelle cliniche ambulatoriali informatizzate / totale cartelle cliniche ambulatoriali = 70% (la UOSD Gestione Attività Ambulatoriali e Libera Professione rileverà la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo)

B - AREA STRATEGICA DELL'APPROPRIATEZZA				
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI	
Performance dell'attività	Indicatori di processo e di esito	Attività di controllo "Legionella" ai sensi delle Linee Guida vigenti	N. 1 report al 31.12 in merito all'attività di controllo effettuata	
		N. pazienti con trauma grave deceduti in PS / Totale di pazienti con trauma grave	Mortalità <= al 5% rispetto ai pazienti con trauma grave	
		Riduzione tempistica amputazione arti - Amputazione entro 4 gg dalla valutazione anestesiológica (rendicontazione a cura della UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O. Centralizzata)	100% delle amputazioni entro 4 gg. dalla valutazione anestesiológica	
	Indicatori di processo e di esito - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari - P.Re.Val.E.	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni di accesso nella struttura di ricovero in pazienti ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri ordinari in regime ordinario.	
			Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale dei pazienti dimessi a domicilio, a struttura ambulatoriale	
			Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni dell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	
			Proporzione di abbandono durante la visita medica, riconoscibili come "paziente si allontana", minore del 5% (così come previsto dai decreti ministeriali)	
			Proporzione di abbandono prima della visita medica, riconoscibili come "paziente non risponde a chiamata", minore del 5% (così come previsto dai decreti ministeriali)	
			Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni. Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri	
			N. 4 report mensili a partire dal mese di settembre su andamento indicatori P.Re.Val.E	
			Proporzione di infarti miocardici con soprassollamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. (target: media Regione Lazio 55,91%) (dato attuale aziendale 37%) Azione di miglioramento	
			Proporzione di infarti miocardici con soprassollamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti	
			Proporzione di infarto miocardico STEMI trattati con PTCA e dimessi dal PS (misurato come "durata complessiva intervento" su GIPSE) entro 45 minuti nel 55,91% degli accessi di tali pazienti	
	Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Cardiologia, UOC Medicina d'Urgenza - P.S. - Oss. Breve, UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)			
Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOC Ostetricia e Ginecologia e UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera)	Percentuale di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo (target: media Regione Lazio 5,31%)			
Rispetto dei Valori del Programma P.Re.Val.E (strutture coinvolte: UOSD Chir. Oncologica della Mammella e UOSD Gestione Documentazione Sanitaria)	Proporzione di nuovo interventi di resezione entro 120 gg. dall'intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (target: standard media regione Lazio 5,39%) (Dato attuale aziendale 6,21%)			
Valutazione della Complessità delle TI e Rianimazioni	numero dei casi con degenza da 2 a 7 giorni / numero dei casi totali (esclusi i deceduti)	Percentuale Ricoveri con Degenza da 2 gg a 7gg esclusi i deceduti valore uguale o maggiore		
	numero dei casi di pazienti con sepsi	Percentuale di dimissioni di pazienti con sepsi >= 80%		
Valore Della Produzione	Efficientamento della Produzione	Incremento attività di ricovero	Numero pazienti ricoverati (DH e Ordinari) >= 750	
		Valore Economico prestazioni di ricovero	Valore Economico complessivo delle prestazioni di Ricovero	
	Efficientamento delle prestazioni specialistico ambulatoriali erogate	Evidenza prestazioni ad alto costo e impatto con valorizzazione presso altre UU.OO.	n. 2 monitoraggi con il SIO al 30/09 e al 31/12 sulle procedure per altre UU.OO. e trasferimenti pazienti c/o Chirurgia Generale e Nuove Tecnologie	
		Valore Economico Prestazioni Ambulatoriali - Dialisi totale complessivo	Valore Economico delle prestazioni ambulatoriali Recup (COMPRESO IL VALORE DIALISI)	
		Valore Economico Prestazioni Ambulatoriali Recup	Numero delle prestazioni ambulatoriali Recup Valore Economico delle prestazioni ambulatoriali Recup	
	Sviluppo e valutazione dell'attività per Strutture non Aziendali	Numero e valore economico delle procedure interventistiche effettuate per altre UU.OO. Aziendali	Numero delle procedure interventistiche effettuate per altre UU.OO. Aziendali Valore economico delle procedure interventistiche effettuate per altre UU.OO. Aziendali	
		Rilevazione delle attività di Convenzioni Attive, Partnership, Progetti, etc. di Strutture Esterne all'Azienda.	Valore Economico delle prestazioni per Altre Strutture esterne alla Azienda. (Valore Rilevato per l'Azienda)	

C - AREA STRATEGICA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA			
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 11	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L. 67/89 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi) nei tempi e nei modi stabiliti dalla DGR	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2)
		Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi) nei tempi e nei modi stabiliti dalla DGR (in collaborazione con la UOC Ufficio Tecnico)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2)
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 12	Miglioramento Flusso informativo contratti di dispositivi medici	Miglioramento percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati (con il supporto della UOC Acquisizione Beni e Servizi e la UOC Economato e Gestione Contratti e UOC Farmacia)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2)
		Miglioramento percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati (in collaborazione con la UOC Acquisizione Beni e Servizi e la UOC Economato e Gestione Contratti)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2) N. 5 Report mensili (a partire dal mese di agosto) con evidenza percentuale di copertura codici di repertorio consumati
		Miglioramento percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati (in collaborazione con la UOC Acquisizione Beni e Servizi e la UOC Farmacia)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2)
		Miglioramento percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati (in collaborazione con la UOC Farmacia e la UOC Economato e Gestione Contratti)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2)
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 13	Miglioramento Flusso informativo consumi di dispositivi medici	Miglioramento Percentuale di copertura rispetto al Modello CE (con il supporto della UOC Acquisizione Beni e Servizi, della UOC Economato e Gestione Contratti e della UOC Farmacia)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2)
		Miglioramento Percentuale di copertura rispetto al Modello CE (in collaborazione con la UOC Acquisizione Beni e Servizi e la UOC Economato e Gestione Contratti)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2) N. 5 Report mensili (a partire dal mese di agosto) con evidenza percentuale di copertura rispetto al Modello CE
		Miglioramento Percentuale di copertura rispetto al Modello CE (in collaborazione con la UOC Acquisizione Beni e Servizi e la UOC Farmacia)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2)
		Miglioramento Percentuale di copertura rispetto al Modello CE (in collaborazione con la UOC Farmacia e la UOC Economato e Gestione Contratti)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 2)
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 14	Miglioramento Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 3) N. 5 report a partire dal mese di agosto con evidenza dello stato di raggiungimento dell'obiettivo
		Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi (con il supporto della UOC Farmacia)	La modalità di calcolo dell'indicatore e la soglia di valutazione sono indicate nella DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 (allegato B pag. 3)
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 3	Tempi di pagamento	Pagamento delle fatture scadute nell'anno di riferimento L'indicatore di ritardo annuale di pagamento è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture	1) 100% qualora la struttura registri un indicatore con valore minore o uguale a zero e contestuale azzeramento dello stock di debito scaduto non bloccato al 31/12; 2) 75% qualora la struttura registri un indicatore con valore compreso fra 1 e 5; 3) 45% qualora la struttura registri un indicatore con valore compreso fra 6 e 10.
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 4	Concordamento anno 2024	Rispetto del concordamento 2024	(Valore complessivo dei costi consuntivi intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti) Valore complessivo dei costi concordati 2024 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti) N. 3 report di monitoraggio al 30.06 al 30.09 e al 31.12 N. 3 report di monitoraggio al 30.09 al 15.11 e al 31.12
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 5	Gestione della Piattaforma per il monitoraggio dei crediti commerciali	Corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC da parte dell'Azienda	L'indicatore "T" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. (=(PCC/STOCK) Per i <= 1 la valutazione è pari a "T" percentuale Per i > 1 la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: "T"%=(1+(1-i))/100
		Corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC da parte dell'Azienda (con il supporto della UOC Contabilità e Bilancio)	L'indicatore "T" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. (=(PCC/STOCK) Per i <= 1 la valutazione è pari a "T" percentuale Per i > 1 la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: "T"%=(1+(1-i))/100
DGR Lazio 22/05/2023, n. 197 - Obiettivo Direttore Generale_Area amministrativa 6	Attualizzazione del debito/credito scaduto	Rilevazione della stratificazione del debito/credito - punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali	L'indicatore "T" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. (=(PCC/STOCK) Per i <= 1 la valutazione è pari a "T" percentuale Per i > 1 la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: "T"%=(1+(1-i))/100 N. 2 report di monitoraggio al 30.09 e al 31.12 N. 3 report di monitoraggio al 30.09 al 15.11 e al 31.12
Miglioramento del risultato economico	Contenimento della spesa farmaceutica, ospedaliera e ambulatoriale	Corretta gestione degli armadietti presso i reparti e monitoraggio giacenze	N. 3 report trimestrali (a partire da giugno) e n. 1 annuale (in collaborazione con il DIPRO e le UU.OO. interessate) da trasmettere alla D.S, alla D.A., alla UOC Controllo di Gestione e alla UOC Contabilità e Bilancio sullo stato delle giacenze N. 3 report trimestrali (a partire da giugno) e n. 1 annuale (in collaborazione con la UOC Farmacia e le UU.OO. interessate) da trasmettere alla D.S, alla D.A., alla UOC Controllo di Gestione e alla UOC Contabilità e Bilancio sullo stato delle giacenze N. 3 report trimestrali (a partire da giugno) (in collaborazione con la UOC Farmacia e il DIPRO) sulle giacenze di armadietto rilevate da trasmettere alla UOC Farmacia suddiviso per conti economici per il monitoraggio giacenze aziendali
		Invio proposta fabbisogni quali-quantitativi e programmazione gare alla UOC Acquisizione Beni e Servizi	N. 1 proposta fabbisogni quali-quantitativi e programmazione gare alla UOC ABS entro il 15.10
		Monitoraggio del consumo di antibiotici in Azienda	N. 1 report al 31.12 alla Direzione e a tutte le UU.OO. con consumo antibiotici suddiviso per tipologia
		Rispetto del Budget dei Beni Assegnato	Budget Beni assegnato in negoziazione da usufruire nei limiti stabiliti e nelle disponibilità degli atti di approvvigionamento aziendali Budget Beni Sanitari (escluso Reagenti) assegnato in negoziazione da usufruire nei limiti stabiliti e nelle disponibilità degli atti di approvvigionamento aziendali Budget Reagenti assegnato in negoziazione da usufruire nei limiti stabiliti e nelle disponibilità degli atti di approvvigionamento aziendali
	Monitoraggio convenzioni attive e passive	Corretta gestione normo-economica della convenzione con l'Azienda ASL Roma 3 per erogazione di prestazioni per lo screening del colon retto di II livello (deliberazione aziendale n. 574 del 3.04.2022)	N. 2 report al 30.09 e al 31.12 con evidenza del numero delle prestazioni effettuate, distinte per tipologia così come indicato nell'art. 2 della convenzione medesima
		Corretta gestione normo-economica delle convenzioni attive e passive con verifiche periodiche sul rispetto delle scadenze e degli adempimenti economici correlati	N. 2 report al 31.10 e al 31.12 con evidenza del rispetto delle scadenze delle convenzioni attive e passive e con il monitoraggio delle fatture emesse/ricevute per ciascuna convenzione attiva o passiva
	Ottimizzazione della gestione del Ciclo Attivo	Efficientamento fatturazione attiva ed impulso verso le strutture deputate a fornire gli elementi necessari alla fatturazione medesima	N. fatture attive emesse / N. fatture attive previste = 100% Report al 31.12 di attestazione per ciascuna convenzione attiva del rispetto dell'indicatore
		Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture per prestazioni sanitarie. Continuo monitoraggio degli allegati A per l'incasso delle prestazioni sanitarie rese ad altre strutture ospedaliere	N. 1 report di monitoraggio al 31.12

C - AREA STRATEGICA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA			
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Miglioramento del risultato economico	Rispetto dei vincoli economici deliberati con il Bilancio Preventivo Economico	Analisi costi riferiti ai contratti dei servizi in essere per valutazione azioni di efficientamento	N. 2 Report al 30.09 e al 15.11 con evidenza azioni
		Incontri di monitoraggio e verifica degli obiettivi di produzione assegnati alle UOC/UOSD afferenti ai dipartimenti sanitari	Almeno n. 1 incontro effettuato per ciascun dipartimento entro il 31.12
		Verifica del rispetto del budget economico relativo al Personale - monitoraggio andamento mensile da trasmettere alla Direzione Amministrativa, alla UOC Contabilità e Bilancio e alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione	N. 1 report mensile di monitoraggio del budget del personale a partire dal mese di settembre
		Verifica dell'osservanza del budget assegnato nel rispetto degli adempimenti previsti	Consuntivo / Budget assegnato minore o uguale a 1 obiettivo raggiunto al 100%
Rispetto dei vincoli economici deliberati con il Bilancio Preventivo Economico, in adempimento dei Piani di Efficientamento e Riqualificazione	Supporto alla produzione del Dipartimento di competenza		Entro il 30.09, elaborazione di n. 1 cruscotto di misure organizzative per la gestione ed incremento della produzione del Dipartimento Interaziendale Trapianti
Rispetto delle manovre previste dai Programmi operativi regionali	Monitoraggio e verifica andamento delle azioni poste in essere dalle singole UU.OO. Afferenti al Dipartimento		Relazione su andamento attività del Dipartimento
		Monitoraggio e verifica andamento obiettivi UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento	Verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle UU.OO. Al 31.12 >= 80%
Monitoraggio sull'attività ALPI	Definizione e applicazione di corretti rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività ambulatoriale in libera professione e quelli dell'attività istituzionale	Applicazione Regolamento ALPI - Monitoraggio delle prestazioni rese in libera Professione e Attività Istituzionale da sottoporre alla DS Aziendale e commissione Paritetica ALPI per il controllo del rispetto dell'equilibrio Tra "vol att Istituzionale / ALPI"	N. 3 report volumi ALPI: al 30.09 (primi sei mesi), al 31.12 (primi 9 mesi) e al 31.03 dell'anno successivo raffronto volumi ALPI e istituzionale dell'anno oggetto di valutazione
Obiettivo Direttore Generale _ Regione Lazio_Area amministrativa 3	Tempi di pagamento	Pagamento delle fatture scadute nell'anno di riferimento L'indicatore di ritardo annuale di pagamento è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture, considerando sia le fatture scadute nell'anno sia le fatt	N. 1 report di monitoraggio al 31.12
Potenziamento dell'innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC	Adempimenti nazionali e regionali su interventi PNRR e PNC di competenza	N. 3 relazioni con evidenza completamento adempimenti check list e piattaforma regionale
		Adempimenti nazionali e regionali su interventi PNRR e PNC di competenza (con il supporto delle strutture amministrative direttamente coinvolte)	N. 3 relazioni con evidenza completamento adempimenti check list e piattaforma regionale
Verifiche e controlli atti al miglioramento del risultato economico e dello stato patrimoniale	Controllo dell'attività contrattuale dei vari fornitori	DGR. 671/2020 Finanziamento in conto capitale relativo al Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 art. 2 del D.L. 34/2020 Acquisto attrezzature medicali per l'allestimento di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva	N. 2 report al 31.10 e al 31.12 sull'andamento dei finanziamenti, nel rispetto delle scadenze previste
		Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento - Invio progetti per gli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018	Relativamente agli interventi di cui alle DGR 861/2017 e 180/2018, N. 3 report, uno per ogni adempimento di cui alle DGR suindicate. Obiettivo raggiunto se tutti gli adempimenti rispettati al 100%
		Rispetto dei termini nella stipula dei contratti sopra soglia	N. 1 report con indicazione del rispetto dei termini previsti dalla normativa per il 100% dei contratti stipulati
		Verifica contratti in scadenza - Mappatura e azioni svolte o da svolgere	N. 2 Report al 31.10 e al 31.12 alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Contr. di Gestione
		Verifica del rispetto dei tempi attuativi con evidenza dei SAL relativamente ai contratti nuovo ADT e Cartella Clinica Informatizzata	N. 2 Report al 31.10 e al 31.12 alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Contr. di Gestione
	Gestione operativa dei finanziamenti assegnati all'Azienda nel rispetto delle scadenze previste	Reportistica sugli andamenti dei finanziamenti in conto capitale e in conto esercizio nel rispetto delle scadenze previste	N. 2 report al 31.10 e al 31.12 sull'andamento dei finanziamenti in c/capitale e in c/esercizio, nel rispetto delle scadenze previste
	Indicatore di tempestività dei pagamenti ex DPCM 22.09.2014 minore o uguale a zero	Garantire il risultato dell'indicatore di tempestività dei pagamenti minore o uguale a zero in caso di fornitori in accordo e non in accordo pagamenti	N. 5 report mensili, distinto tra fornitori in accordo pagamento e non in accordo pagamenti, al 30.06, al 30.09, al 31.10, al 30.11 e al 31.12
	Monitoraggio contenzioso avvocati esterni	Catalogazione e archiviazione cause + monitoraggio dello stato delle cause pendenti	N. 1 report mensile a partire dal mese di settembre con evidenza della catalogazione delle cause effettuata, nonché con evidenza dello stato delle cause pendenti.
	Recupero dei crediti vantati dall'Azienda o iniziative poste in essere nell'anno	Report sul numero di intimazioni, messe in mora e recuperi giudiziali ottenuti per l'intero anno	N. 2 report al 31.10 e al 31.12 sul numero di intimazioni, messe in mora e recuperi giudiziali ottenuti nell'intero anno con relativa quantificazione del credito recuperato
	Ricognizione fondo rischi	Rilevazione per singola causa degli accantonamenti effettuati e contestuale informatizzazione del sistema (con il supporto della UOC Affari Istituzionali e della UOC Contabilità e Bilancio)	N. 1 report al 31.12 con evidenza degli accantonamenti effettuati e dell'avvenuta informatizzazione
		Supporto alla Direzione Amministrativa per la rilevazione degli accantonamenti effettuati per singola causa e contestuale informatizzazione del sistema (in collaborazione con la UOC Affari Istituzionali)	N. 1 report al 31.12 con evidenza degli accantonamenti effettuati e dell'avvenuta informatizzazione
		Supporto alla Direzione Amministrativa per la rilevazione degli accantonamenti effettuati per singola causa e contestuale informatizzazione del sistema (in collaborazione con la UOC Contabilità e Bilancio)	N. 1 report al 31.12 con evidenza degli accantonamenti effettuati e dell'avvenuta informatizzazione
	Rispetto delle manovre previste dai Programmi operativi regionali	Evidenza monitoraggio e applicazione del regolamento di camera mortuaria	N. 7 Relazioni riportanti i controlli effettuati (1/mese da giugno)
		Gestione posti letto attraverso il sistema ADT HERO	N. 7 Report mensili a partire dal mese di giugno con posti letto medi
Rispetto delle scadenze dei tempi di liquidazione così come previsto dalla normativa / circolari regionali e aziendali di riferimento	Adempimenti R.U.L. - azioni di verifica e coord. per la riduzione del credito scaduto (Nota Regione Lazio U/0431092_2016)	N. 2 report al 30.09 e al 31.12 sulla situazione credito scaduto aggiornata a seguito di azioni da trasmettere alle strutture interessate e alla Direzione Aziendale	
	Analisi dello stock di debito bloccato al 31.12 anno precedente per azioni di riduzione (in collaborazione con UOC Economato e Gest. Contratti)	N. 2 report monitoraggio riduzione maggiore del 10% dello stock di debito bloccato (30.09 - 31.12) da trasmettere alle strutture interessate e alla Direzione Aziendale	
	Azzeramento dei documenti ricevuti ancora aperti e scaduti	N. scadenze liquidate (o bloccate) / N. scadenze ricevute = 1 la rilevazione del risultato verrà effettuata mensilmente a partire dallo scaduto del mese di Agosto e al 31.12 verrà calcolato il risultato complessivo	
	Riduzione dello stock di credito aperto anni pregressi (fino al 2015)	N. 3 report con evidenza della riduzione al 30.06 - 30.09 - 31.12	
	Rispetto dei tempi di registrazione e sblocco/certificazione di cui alla nota della Direz. Gen. doc. n. 50683 del 8.08.2016	N. fatture registrate entro 8 gg. (accordo pag.) 15 gg. (no accordo pag.) / tot. fatture ricevute per competenza = 1	

D - AREA STRATEGICA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT				
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI	
Formazione e relazioni con l'utenza interna/esterna	Miglioramento processi formativi aziendali	Formazione del personale aziendale in materia di di Audit	N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12 in materia di Audit	
		Formazione del personale aziendale in materia di di privacy	N. 3 corso di formazione espletato entro il 31.12 in materia di privacy	
	Miglioramento qualità percepita dall'utente	Azioni di verifica sulla qualità percepita dall'utente - segnalazioni positive (elogi) e negative (reclami, lamentele, richieste di risarcimento danni, suggerimenti etc.)	N. 2 report, uno al 31.10 e uno al 31.12 con evidenza delle segnalazioni positive/negative degli utenti (reclami ed elogi), suddivise anche per struttura	
		Espletamento audit tra operatori sanitari e famiglie/pazienti	Almeno n. 25 audit entro il 31.12	
	Potenziamento dell'attività di formazione e delle azioni di verifica e controllo in tema di qualità ed efficacia dei servizi offerti	Miglioramento del percorso e processo di gestione reclami utenza	N. 1 proposta, al 31.12, di efficientamento attraverso un progetto di riorganizzazione dell'area della Cura delle relazioni	
		Formazione del personale in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.L. 9 aprile 2008, n. 81)	N. corsi di formazione per personale dirigenziale espletati entro il 31.12 >=1	
	Garantire gli adempimenti del programma di formazione sicurezza (Piano formativo aziendale) al 31.12	N. personale medico partecipante ai corsi di formazione in tema di D.L. 81/2008 organizzati dalla UOSD Servizio di Sicurezza Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori >= 1		
	Garantire la formazione continua agli operatori sanitari attraverso la formazione sul campo (FSC) e metodologie FAD cartacee e Res di corsi considerati prioritari rispetto ai bisogni formativi espressi e/o cogenti	N. 6 corsi da svolgere entro il 31.12		
	Individuazione di bisogni formativi per l'anno successivo	N. 1 report entro il 31.12		
Ottimizzazione degli spazi e della logistica	Migliorare la segnaletica in Azienda attraverso la standardizzazione delle nomenclature e la definizione dei percorsi origine/destinazione, favorendo l'orientamento dell'utenza e del personale	Codifica delle locazioni e codifica dei percorsi per origine-destinazione, mezzo, priorità. Rimappatura dei nodi con centri di costo specifico e integrazione percorso logistico con struttura dei centri di costo in essere. Ricodifica della cartellonistica	N. 1 progetto di rimappatura dei percorsi logistici entro il 31.03 N. 1 progetto cartellonistica del sito ospedaliero entro il 31.05	
	Ridurre il grado di dispersione delle linee di attività e dei reparti, garantendo maggiore omogeneità di personale specialistico, capacità di intervento e gestione più puntuale e minimizzando lo spostamento del personale sanitario non legato ad attività chiave dello stesso. Inoltre, garantire la minimizzazione di movimentazione nell'ambito di una stessa UOC.	Progettazione della riallocazione fisica degli spazi e della attivazione delle linee di trasporto. Revisione della allocazione dei CDR ai padiglioni e incremento del grado di saturazione dei padiglioni periferici. Decongestionamento della Piastra, attraverso	N. 1 progetto master plan di riallocazione fisica entro il 30.06 N. 1 progetto di riapertura degli Ipoegi entro il 31.05	
	Ridurre il grado di interazione tra flussi di entità diverse, salvaguardando la priorità del degente e la localizzazione del personale sanitario in logica funzionale alla massima efficienza di servizio	Sviluppo di progetti per: concentrazione del core operatorio/tecnologico in Piastra e ridistribuzione specialità sui restanti padiglioni; ridistribuzione degli spazi e allocazioni nel padiglione Antonini, compreso il trasferimento nel padiglione del CUP e	N. 1 Progetto sviluppo Piastra entro il 31.05 N. 1 progetto spostamento CUP e ambulatori, revisione allocazione spazi Antonini entro il 31.05 N. 1 progetto revisione allocazione spazi Puddu entro il 31.05	
Potenziamento dell'innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment	Applicazione Nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs. N. 36/2023)	Revisione dei regolamenti connessi all'applicazione del Nuovo Codice degli Appalti	N.1 delibera contenente i nuovi regolamenti entro il 30.09	
	Corretta gestione Albo Fornitori	Publicazione Albo Fornitori sul Sito aziendale	N.1 comunicazione alla Direzione Amministrativa di avvenuta pubblicazione entro il 30.09	
	Gestione automatizzata degli incassi delle fatture intramoenia	Integrazione e deliberazione procedura per la gestione automatizzata degli incassi delle fatture	N.1 deliberazione con procedura integrata e definita entro il 31.12	
	Miglioramento della performance organizzativa e professionale	Approvazione con deliberazione del documento "Sistema di Msurazione e Valutazione della Performance (SMVP)" (in collaborazione con la UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane)		N. 1 deliberazione entro il 31.12
		Approvazione con deliberazione del documento "Sistema di Msurazione e Valutazione della Performance (SMVP)" (in collaborazione con la UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione)		N. 1 deliberazione entro il 31.12
		Miglioramento dei profili lavorativi e performance		N. incontri periodici con coordinatori ospedalieri locali e rappresentanti centri trapianto per omogeneizzazione profili operativi e valutazione performance > 5
	Potenziamento attività visite di sorveglianza sanitaria			N. 3 report, al 30.06, al 30.09 e al 31.12, relativi alle visite effettuate con evidenza delle idoneità/inidoneità riscontrate
				N. visite di sorveglianza sanitaria convocate entro il 31.12 >= 2.000
	Ottimizzazione della Logistica	Potenziamento attività visite medico legali ambulatoriali collegiali e/o individuali per definizione sinistri malpractice		N. visite medico legali ambulatoriali collegiali e/o individuali convocate entro il 31.12 >= 60
		Nuova regolamentazione della logistica in considerazione dell'attivazione dei nuovi magazzini aziendali		N.1 regolamentazione della logistica aziendale da trasmettere alla Direzione Amministrativa entro il 31.12
	Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	Coordinamento e redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e della delibera di approvazione		N. 1 PIAO e n. 1 delibera di approvazione entro il 31.01 dell'anno successivo
		Reti assistenziali	Costituzione della Rete Oncologica Aziendale	
Monitoraggio attività ricovero Holding Area			N. pazienti in Holding con D.M. maggiore di 4 gg. / Totale pazienti ricoverati in Holding <= 15%	
Monitoraggio Delibera 708/2023 di "Adozione del Percorso Clinico Assistenziale delle dimissioni difficili" - reportistica con evidenza del tempo intercorso tra la richiesta da reparto e dimissione ed indicazione delle criticità			N. 1 report al 31.12	
Monitoraggio di presa in carico multidisciplinare degli accessi in PS per gesto anticonservativo			N. 1 report al 31.12	
Realizzazione obiettivi posti nei PDTA dell'ictus ischemico acuto (in collaborazione con UOSD organizzazione Sanitaria e Reti)			N. 1 report al 31.01.2025 con i risultati anno 2024 degli indicatori previsti per il monitoraggio	
Realizzazione obiettivi posti nei PDTA dell'ictus ischemico acuto (in collaborazione con UOSD Qualità Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk management)			N. 1 report al 31.01.2025 con i risultati anno 2024 degli indicatori previsti per il monitoraggio	
Valutazione della performance Potenziamento dei processi di verifica e controllo	Attivazione del modello per Intensità di cure	Revisione di almeno n. 2 PDTA in fase di scadenza	N. 2 proposte di deliberazione con allegati PDTA revisionati presentate entro il 31.12	
		Verifica protocollo di intervento a tutela dell'infanzia/violenza di genere	N. 1 report al 31.12 dei minori presi in carico	
		Miglioramento Degenza Media	Degenza Media anno in corso <= valore negoziato (Solo patologia Neonatale) Degenza Media anno in corso <= valore negoziato Degenza Media anno in corso <= valore negoziato (escluso UTIC)	
	Monitoraggio e verifiche specifiche di Fisica Sanitaria	Miglioramento Degenza Media (con dati fonte SIO)	Degenza media preoperatoria pz. elettivi per UU.OO. Chirurgiche <= 1 gg. = 100%	
		Aggiornamento apparecchiature rediologiche su piattaforma Strims-ISIN ai sensi del D.Lgs. 203/22	N. 1 comunicazione al 31.07 di inventario iniziale	
		Configurazione delle apparecchiature aziendali all'interno della piattaforma Radimetrics® Enterprise (Software Version 3.4.2b - Gennaio 2023) connessa al PACS aziendale	N. 2 report, al 30.06 e al 31.12, delle attività radiologiche programmate	
	Impostazione degli LDR nazionali per esami TC: distretti cranio e torace	N. 1 report al 31.12 dei Master protocols relativi su piattaforma Radimetrics		

D - AREA STRATEGICA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Verifica e valutazione dei processi aziendali	Adempimento dell'iter di governo e gestione dei contratti aziendali	Deliberazione n. 1751 del 22.12.2017 - Ricognizione e revisione di tutti i DEC (Direttore dell'esecuzione del contratto) aziendali	N. 1 deliberazione di ricognizione, revisione e nomina dei DEC aziendali entro il 31.10
	Contrattazioni integrativa aziendale	Proposta piattaforma Contratto Integrativo aziendale area Comparto (con il supporto della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane)	N. 1 proposta entro il 31.12
		Supporto alla Direzione Amministrativa per la creazione della piattaforma Contratto Integrativo aziendale area Comparto	N. 1 proposta entro il 31.12 da trasmettere alla Direzione Amministrativa
	Corretta applicazione degli istituti normo-economici entro i termini previsti dalla normativa	Aggiornamento regolamento sicurezza e deleghe datoriali	N. 1 proposta di delibera entro il 30.09
		Applicazione della Legge n. 24 del 8.03.2017 - Rispetto dei tempi previsti per la Direzione Sanitaria	N.1 Report su adempimenti effettuati con evidenza: n. pratiche lavorate nei tempi previsti / n. segnalazioni arrivate = 100%
		Applicazione della Legge n. 24 del 8.03.2017: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" c.d. Legge "Gelli"	N. 1 report al 31.12 sull'implementazione delle linee di attività
		Messa a regime delle tariffe ALPI a regime ricovero interno inserite nell'applicativo e revisione convenzioni esterne	N. 1 report, entro il 31.12, attestante la messa a regime informatizzata delle tariffe ALPI dell'attività in convenzione e revisione convenzioni esterne
		Regolamento ALPI - integrazione attraverso inserimento sezione sulla libera professione Comparto	N. 1 Regolamento ALPI integrato da trasmettere alla Direzione Amministrativa entro il 31.12
	Corretta gestione dei processi aziendali	Miglioramento del processo collegato alla Compliance Privacy	90% della formalizzazione degli Atti relativi alle indicazioni del DPO Aziendale 90% della valutazione delle richieste in materia di Privacy per il coinvolgimento del DPO Aziendale
		Miglioramento del processo collegato all'individuazione del referente interno al trattamento dei dati personali	100% degli aggiornamenti Notifica Deliberazione n. 28 del 11.01.2023 secondo le indicazioni della UOC Affari Istituzionali
		Miglioramento processo collegato all'individuazione del responsabile esterno trattamento dati relativo ad atti di aggiudicazione procedimenti di gara e atti convenzionali. In collaborazione con Acquisizione beni e servizi	N. 1 report riepilogativo formalizzazione della nomina del Responsabile esterno del trattamento dei dati
		Miglioramento processo collegato all'individuazione del responsabile esterno trattamento dati relativo ad atti di aggiudicazione procedimenti di gara e atti convenzionali. In collaborazione con Affari Generali	N. 1 report riepilogativo formalizzazione della nomina del Responsabile esterno del trattamento dei dati
		Monitoraggio dal mese di settembre della corretta applicazione delle disposizioni contrattuali riguardanti l'orario del comparto sanitario con riferimento al periodo di riposo Art. 7 Dlgs 66/2003 (11 ore lavorative)	N. 1 report con evidenza delle azioni per il raggiungimento del rispetto del periodo di riposo del comparto sanitario Art. 7 Dlgs 66/2003, entro il 28.02
		Ottimizzazione gestione informatizzata beni. Verifica da procedura Areas utilizzo procedura informatizzata per gestione beni presso i reparti (ordini, scarichi, giacenze)	N. 1 report al 31.12, da trasmettere entro il 31.01, su attività di coordinamento delle UU.OO. coinvolte nel processo, con evidenza della gestione del processo stesso
			N. 1 report su attività di coordinamento delle UU.OO. coinvolte nel processo, con evidenza della gestione del processo stesso
	Ottimizzazione dei processi aziendali	Informatizzazione sistema di rilevazione presenze/assenze (con il supporto della UOC Sistemi informatici, della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane, del DIPRO e della UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)	N. 1 documento con evidenza del collaudo ed utilizzo entro il 31.12
		Predisposizione progetto DWH	N. 1 relazione di attività effettuata per l'attuazione del progetto al 31.12
		Predisposizione regolamento di revisione istituto part-time	N. 1 proposta di deliberazione al 31.12
		Revisione del protocollo informatizzato	N. 1 proposta di revisione da trasmettere alla Direzione Amministrativa entro il 31.12
			N. 1 proposta di revisione, con il supporto della UOC Affari Istituzionali, entro il 31.12
		Supporto alla Direzione Amministrativa per l'informatizzazione del Fascicolo del Dipendente (in collaborazione con UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane)	N. 1 relazione sull'attività svolta al 31.12
		Supporto alla Direzione Amministrativa per l'informatizzazione del Fascicolo del Dipendente (in collaborazione con UOC Sistemi informatici)	N. 1 relazione sull'attività svolta al 31.12
		Supporto alla Direzione Amministrativa per l'informatizzazione del sistema di rilevazione presenze/assenze (in collaborazione con UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane, DIPRO e UOC Sistemi Informatici)	N. 1 documento con evidenza del collaudo ed utilizzo entro il 31.12
		Supporto alla Direzione Amministrativa per l'informatizzazione del sistema di rilevazione presenze/assenze (in collaborazione con UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane, DIPRO e UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti)	N. 1 documento con evidenza del collaudo ed utilizzo entro il 31.12
		Supporto alla Direzione Amministrativa per l'informatizzazione del sistema di rilevazione presenze/assenze (in collaborazione con UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane, UOSD Org. Sanit. e Reti e UOC Sistemi Informatici)	N. 1 documento con evidenza del collaudo ed utilizzo entro il 31.12
	Piano di Efficientamento 2023-2025	Prosecuzione progetto Piano di Efficientamento 2023-2025 (con il supporto della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione)	N. 1 relazione attività entro il 31.12
		Supporto alla Direzione Amministrativa per la prosecuzione del progetto di Piano di Efficientamento 2023-2025	N. 1 relazione attività entro il 31.12 da trasmettere alla Direzione Amministrativa
	Programmazione delle gare	Chiusura commissioni di gara entro 30 giorni dall'apertura dell'offerta tecnica	N. commissioni di gara chiuse entro 30 giorni dall'apertura dell'offerta tecnica / Totale commissioni di gara = 100% (la UOC Farmacia rileverà la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo)
		Rispetto della tempistica per la redazione dei bandi di gara - produzione di quanto di competenza almeno 6 mesi prima della data di scadenza della precedente aggiudicazione	N. 1 report al 31.12 con evidenza del rispetto del termine indicato per le aggiudicazioni in scadenza N. 1 report al 31.12 con evidenza del rispetto del termine indicato per le aggiudicazioni in scadenza o del sollecito dell'invio dei capitolati
		Supporto alla stesura dei capitolati di gara - produzione di quanto di competenza entro 30 giorni dalla richiesta della UOC Farmacia	N. 1 Report al 31.12 alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione per rendicontazione indicatore: N. capitolati di gara di competenza lavorati e trasmessi alla UOC Farmacia entro 30 giorni dalla richiesta / Totale capitolati lavorati = 100% N. 1 Report al 31.12 alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione per rendicontazione indicatore: N. commissioni di gara chiuse entro 30 giorni dall'apertura dell'offerta tecnica / Totale commissioni di gara = 100% N. capitolati di gara di competenza lavorati e trasmessi alla UOC Farmacia entro 30 giorni dalla richiesta / Totale capitolati lavorati = 100% (la UOC Farmacia rileverà la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo)
	Rispetto adempimenti debiti informativi flussi Regione Lazio	Caricamento flussi DM contratti - Supporto alla UOC Farmacia per il rispetto delle modalità e dei tempi previsti dalle direttive regionali	N. 1 report al 31.12 su attività di competenza svolta
	Rispetto degli adempimenti riferiti alla certificabilità dei Bilanci (PAC)	Controllo del funzionamento del sistema di distribuzione informatizzata dei Dispositivi Medici	N. 7 report mensili a partire dal mese di Giugno attestanti il completo funzionamento con evidenza allineamento utilizzo altopendenti con atti operatori
Nota Regione Lazio U0465956 del 28.05.2020 - Attività di ricognizione stato avanzamento PAC area D) Immobilizzazioni ex DCA 297/19		Adempimenti attività PAC Area Immobilizzazioni di competenza, richiesti da Regione Lazio = 100%	
Nota Regione Lazio U0465956 del 28.05.2020 - Attività di ricognizione stato avanzamento PAC area D) Immobilizzazioni ex DCA 297/19		N.1 Report con evidenza riconciliazione inventario cespiti in procedura amministrativo contabile N. 1 Report al 31.12 dello stato avanzamento attività PAC area D e verifica impatti su Contabilità Generale = 100%	
Rispetto nelle sezioni di competenza dei manuali dei cicli deliberati, al fine del Piano Attuativo di Certificabilità dei Bilanci			100% degli adempimenti di competenza eseguiti - Azioni di monitoraggio del Controllo Interno attraverso check list regionale (rendicontazione di competenza UOC Controlli Interni e Proc. Di Audit)

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

F - AREA STRATEGICA DELLA COMUNICAZIONE AI CITTADINI			
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute	Aggiornamento della banca dati informativa aziendale e dei prodotti informativi (mappe, pocket guide, elenchi intranet)	N. 1 report al 31.12 sugli aggiornamenti effettuati nel corso dell'anno
Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Realizzazione di interventi per garantire parità, pari opportunità, benessere organizzativo nonché contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche e di genere sul luogo di lavoro.	Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. personale farmacista partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1 N. personale medico partecipante al corso di formazione sul benessere organizzativo organizzato dalla UOSD SIO, Governo Clinico, Formazione e Qualità >= 1
		Formazione specifica per i Dirigenti Prevedere degli incontri formativi mirati alla dirigenza al fine di sviluppare una gestione delle risorse umane improntata al benessere organizzativo, alla cultura di genere e alla valorizzazione delle diversità	N. 1 corso di formazione da organizzare entro il 31.12
		Monitoraggio dell'attività svolta dallo Sportello di ascolto rivolto al contrasto della violenza di genere e ad all'aiuto delle persone fragili	N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12
			N. 2 report, al 30.06 ed al 31.12, con evidenza dell'attività svolta
		Realizzare un'indagine di clima e monitoraggio del benessere organizzativo, tramite somministrazione di questionari e analisi in focus group per l'elaborazione di proposte migliorative, su un campione rappresentativo dell'utenza	N. 1 report al 31.12 con evidenza dell'indagine svolta tramite somministrazione di questionari N. 1 report al 31.12 con evidenza dell'indagine svolta tramite somministrazione di questionari Somministrazione questionari operatori utenti per n. 3 unità operative - N. 1 Report con evidenza dell'attività svolta e dei risultati conseguiti entro il 31.12

2.2.3 Obiettivi di accessibilità fisica e digitale

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

L’Azienda Ospedaliera sta orientando i propri progetti al fine di incrementare l’accoglienza digitale. Tali progettazioni sono orientate ad una digitalizzazione dei processi correlati alla Patient Experience, con l’obiettivo di fornire strumenti che prevedono l’adozione di un sistema integrato ed interoperabile completo per l’accoglienza digitale del paziente (sportelli, ambulatori e Pronto Soccorso), navigazione guidata dei pazienti sia all’interno sia all’esterno dei Padiglioni della Struttura, piattaforma di Contact Center multicanale e app mobile unica per la fruizione dei moduli di cui sopra. La progettualità prevede l’adozione di sistemi sono conformi alla normativa CE e progettati secondo le norme **American Disabilities Act (ADA)** al fine di consentire la piena accessibilità anche per i diversamente abili e per garantire l’operatività 24h su 24.

L’implementazione di tale progetto garantirebbe al paziente un miglioramento della Patient Experience e minori tempi di attesa, e al tempo stesso garantirebbe all’Azienda una riduzione dei carichi di lavoro del personale amministrativo ed una conseguente riduzione dei costi, con la possibilità di riallocare le risorse su attività a maggiore valore aggiunto.

Gli obiettivi che tale progettualità si pone, contando sull’esperienza relativa all’implementazione di soluzioni ICT per la Patient Experience in ambito sanitario, sono i seguenti:

- Sviluppare una soluzione completa di Patient Experience, ovvero permettere le operazioni di self-pagamento e self-accettazione mediante totem multifunzione posizionati in punti strategici della Struttura;
- Estendere la soluzione alle prestazioni convenzionate SSN, provvedendo all’aggiornamento tecnologico ed alla centralizzazione dei sistemi di accoglienza, ottimizzando gli investimenti e migliorando la qualità dei servizi offerti all’utenza;
- Ampliare le funzionalità dei totem permettendo il ritiro di referti radiografici, la gestione degli accessi di 1° livello (sportelli CUP) e delle chiamate di 2° livello (ambulatori);
- Dotarsi di una piattaforma multicanale al servizio dell’URP: centralino, gestione ticket e reclami, customer satisfaction, con l’ausilio di chatbot informativi e dispositivi su sito web dell’A. O.;
- Completare la Patient Experience dotando l’utenza di un’applicazione mobile aziendale unica per la gestione e virtualizzazione delle operazioni sopra elencate;
- Implementare sull’applicazione mobile un modulo di geolocalizzazione per permettere di guidare l’utenza sia al di fuori dei Padiglioni dell’A.O. (navigazione outdoor) sia all’interno della Struttura (navigazione indoor).

2.2.4 Obiettivi di digitalizzazione

L'Azienda Ospedaliera nel 2023 ha intrapreso più progettualità atte ad un aggiornamento tecnologico complessivo dell'intera Azienda, sia delle infrastrutture a supporto dei sistemi informatici, sia dei sistemi stessi al fine di aggiornare la vetustà di sistemi ormai obsoleti, e non più conformi agli standard minimi di sicurezza, e di adottare tecnologie sempre più evolute e che permetteranno di realizzare un sistema sempre più olistico che produrrà ottimizzazione dei costi e introdurrà benefici non solo all'organizzazione ma soprattutto all'utenza.

Nello specifico le azioni poste in essere hanno previsto l'avvio di progetti che saranno completati nel corso dell'anno corrente e che nello specifico prevedono:

- Aggiornamento della rete LAN ed implementazione della rete Wi-Fi: è in corso la progettualità, finanziata con fondi PNRR, che prevede l'aggiornamento completo del cablaggio in fibra ottica dell'intera Azienda. Inoltre, sarà cablata una seconda linea in fibra ottica in HA (High Available) che garantirà ridondanza e pertanto affidabilità di connessione della rete LAN. L'intervento prevede la copertura totale anche in connettività Wi-Fi questo al fine di ottimizzare l'utilizzo di dispositivi già in dotazione e ed ottenere una infrastruttura predisposta accogliere qualsiasi tecnologia IoT (Internet of things) in completa sicurezza; a tal fine la nuova infrastruttura prevede la dotazione di un sistema NAC (Network Access Control) deputato al monitoraggio degli accessi sulla rete stessa
 - Aggiornamento della centrale telefonica: è in corso il progetto di aggiornamento tecnologico della centrale telefonica con la dotazione di tecnologia in Alta affidabilità virtualizzata su server compatibile con future migrazioni su Cloud o in modalità ibrida e aggiornamento di 3.000 terminali SIP
 - Aggiornamento delle postazioni di lavoro: la progettualità, finanziata con fondi PNRR, prevede l'aggiornamento completo delle postazioni di lavoro dell'intera Azienda al fine di dotare gli operatori di strumenti evoluti tecnologicamente, aggiornare sistemi obsoleti non più supportabili e che non rispettano le compliance di sicurezza
- Inoltre, l'Azienda si è posta come prossimi obiettivi l'implementazione ed aggiornamenti di alcuni sistemi informatici ed applicativi necessari a informatizzare alcuni processi e ad ottimizzare le performance operative finalizzate ad una interoperabilità, correlazione e fruizione del dato in modalità sempre più immediata e favorendo i processi di transizione digitale rispettando le linee guida Agid

I prossimi obiettivi riguardano:

- Implementazione di un sistema, integrato alla cartella clinica, e finalizzato all'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico per ottimizzare tempi e costi del workflow operativo. Tale intervento è previsto nell'ambito della progettualità PNRR
- Introduzione del sistema di firma elettronica avanzata certificata (FEA): l'introduzione della firma grafometrica, consentirà all'azienda ospedaliera di poter acquisire i consensi degli utenti con documenti "nativamente" digitali e nativamente allegati alla cartella clinica del paziente

-
- Firma digitale: l'assegnazione della firma digitale a tutto il personale medico aziendale, consentirà di produrre la documentazione sanitaria completa in formato digitale in formato CDA2 secondo le linee guida per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.
 - FSE. L'evoluzione della cartella clinica elettronica, consentirà l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Regionale
 - Implementazione di un portale destinato al processo di gestione di richiesta e ritiro on-line delle cartelle cliniche ed integrato al sistema di autenticazione SPID e sistema di Pagamento PagoPA
 - Assessment ed evoluzione infrastruttura aziendale: consentirà all'Azienda Ospedaliera di migliorare l'accessibilità di strumenti informatici
 - Aggiornamento del sistema di protocollo informatizzato integrato alla piattaforma documentale di delibere informatizzato
 - Adozione di un sistema DataWarehouse mirato al data management a supporto delle attività monitoraggio ed analisi della Direzione Strategica
 - Potenziamento del perimetro di sicurezza aziendale per mitigare al minimo i rischi di incidenti in materia di cybersecurity
 - Aggiornamento ed adozione di un sistema LIS unico e centralizzato per la gestione dei differenti servizi di Laboratorio. Tale intervento è previsto nell'ambito della progettualità PNRR
 - Aggiornamento tecnologico delle postazioni di lavoro destinato ai posti letto di terapia intensiva
 - Migrazione di alcuni dei servizi verso il cloud e nello specifico utilizzando il servizio del Polo Strategico Nazionale secondo le indicazioni della Regione Lazio. Tale intervento è previsto nell'ambito della progettualità PNRR
 - Implementazione di uno strumento mobile (WebApp) deputato ad accogliere il paziente e fornire uno strumento che in modalità "smart" potrà usufruire dei servizi messi a disposizione dall'Azienda (es. geolocalizzazione interna, ritiro referti on-line, pagamento prestazioni, ecc.). Tale intervento è previsto nell'ambito della progettualità PNRR
 - Implementazioni di moduli verticalizzati destinati alle UU.OO. non ancora informatizzate
 - Implementazione di uno strumento mobile (WebApp), destinato al personale dipendente, per la gestione informatizzata tra il dipendente e l'ente, garantendo autonomia nella consultazione dei documenti anche, da dispositivi personali e non solo aziendali, eliminando le richieste cartacee e permette di consultare le informazioni in tempo reale
 - Informatizzazione, della sezione imaging della, UOC Anatomia ed Istologia Patologica finalizzata ad una gestione digitale immediata del vetrino;
 - Dotazione di sistemi di Intelligenza Artificiale (AI) a supporto della diagnostica per l'ottimizzazione dei processi clinici

2.2.5 Piano della Transizione al Digitale

Il Piano si prefigge di definire una strategia per ottimizzare del processo di transizione digitale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e descrive per macro obiettivi o linee di attività, da attuare e perseguire in tempi rapidi.

La transizione digitale richiede un cambiamento significativo nel modo in cui l'Azienda fornisce i servizi e nel modo in cui opera; qualsiasi cambiamento dovrà essere orientato al pieno raggiungimento degli obiettivi: tutti i servizi e tutto il personale dovranno essere attori del cambiamento e sfruttare l'opportunità di evolvere le proprie modalità di lavoro e la somministrazione di servizi più efficienti ai cittadini.

Le linee di intervento mirano al potenziamento ed alla diversificazione dei meccanismi e degli strumenti della comunicazione digitale per ampliare e diffondere in modo mirato e personalizzato la molteplicità di servizi online e di informazioni disponibili a cittadini e dipendenti. Inoltre, le progettualità sono mirate ad adeguare il livello di maturità digitale dell'Azienda secondo i modelli EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model)

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

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

Benefici Attesi

- Ottimizzazione dell'interoperabilità tra i sistemi aziendali a beneficio degli operatori e degli utenti finali
- Informatizzazione di processi non ancora gestiti in modo informatizzato al fine di renderli completamente paperless e di raccolta dati ai fini statistici anche predittiva
- Ottimizzazione dei canali di contatto con gli utenti finali
- Risparmio operativo derivato dalla registrazione ai servizi tramite standard e all'applicazione delle regole di compliance AGID (consenso, diritto all'oblio, ...)
- Ottimizzazione dei tempi e costi per adempiere a procedimenti amministrativi
- Trasparenza rispetto al consenso per il trattamento delle proprie informazioni
- abbattimento dei tempi e dei costi di relazione con l'Azienda Ospedaliera, più evidente se abbinata ad una reale semplificazione dei processi e delle procedure amministrative
- Innalzamento del livello di maturità digitale secondo il modello EMRAM
- Ottenere un monitoraggio puntuale dell'intera azienda in modo centralizzato al fine di prevedere l'andamento operativo ed essere più reattivi ed efficaci negli eventuali processi correttivi da intraprendere

Gli obiettivi del PTTD si possono sintetizzare in:

- identificare interventi concreti da attuare
- favorire una pianificazione pluriennale degli interventi ICT

-
- potenziare il monitoraggio e la governance del percorso di trasformazione digitale dell'Azienda Ospedaliera

Interoperabilità

Tale progettualità, finanziata con fondi PNRR, prevede una linea di intervento focalizzata all'introduzione di strumenti informatici deputati al raccoglimento, gestione e distribuzione del dato sanitario all'interno dell'Azienda, verso i sistemi esterni Regionali, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e verso piattaforme esposte ai pazienti.

In particolare l'intervento è suddiviso in tre fasi di seguito riportate:

- Dotazione di un sistema di interoperabilità ESB (Enterprise Service BUS) dedicato all'orchestrazione e monitoraggio delle integrazioni tra i differenti sistemi informatici Aziendali per l'ottimizzazione dello scambio di dati secondo gli standard internazionali FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resource)
- Dotazione di un sistema CDR (Clinical Data Repository) finalizzato alla centralizzare delle informazioni sanitarie in un unico repository
- Dotazione del Dossier Sanitario Aziendale finalizzato ad ottenere una interfaccia unica per la visualizzazione dei dati sanitari in formato elettronico relativi allo stato di salute dei pazienti, raccolti in occasione di eventi clinici relativi a prestazioni effettuate

Benefici attesi

- Abilitare la creazione di un ambiente di lavoro moderno e digitale, attraverso l'adozione di strumenti, tecniche e tecnologie digitali e metodologie innovative
- Miglioramento delle applicazioni interne ed esterne grazie all'integrazione di flussi informativi verso i sistemi regionali
- Adozione degli strumenti necessari per facilitare le modalità di lavoro collaborativo e in mobilità
- Ottimizzazione delle applicazioni interne ed esterne grazie all'integrazione di flussi informativi verso i sistemi regionali
- Adeguamento del livello di digitalizzazione secondo il modello EMRAM

Comunicazione digitale e accesso ai servizi

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

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

L'Azienda Ospedaliera ha avviato lo studio per l'implementazione di sistemi mobile, con l'obiettivo di semplificare e garantire l'accessibilità ai servizi, alle informazioni ed ai dati al paziente. La garanzia dell'accessibilità delle informazioni amplierà la platea che potrà accedere direttamente e in modalità mobile ai servizi dell'Azienda (es: richiesta di esami e prenotazione visite, ritiro documentazione on-line, pagamento on-line). Rendere univoco la modalità di accesso e certificate (SPID e TS), garantirà il "riconoscimento" dell'utente nel rispetto della normativa della protezione dei dati (GDPR).

Benefici Attesi

- Miglioramento della comunicazione da e verso gli utenti
- Fornire uno strumento smart ed agevole al paziente per accedere ai servizi messi a disposizione dall'azienda
- Certezza della identità dei soggetti che utilizzano i servizi online
- Risparmio operativo dettato dalla centralizzazione della registrazione ai servizi e della applicazione delle regole di compliance (consenso, diritto all'oblio, ...)
- Ottimizzazione dei canali di contatto con gli utenti finali.
- Conoscenza diffusa dell'offerta di servizi offerti dall'Azienda Ospedaliera
- Risparmio di tempo e costi per la richiesta della documentazione sanitaria
- Trasparenza rispetto al consenso per il trattamento delle proprie informazioni

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

Allegati Sezione 2.2 – Performance

Allegato n.1 Elenco obiettivi e indicatori assegnati alle singole strutture aziendali (UOC/UOSD) nell'anno 2024

2.3 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2024 – 2026

2.3.1 Principi e obiettivi strategici

La presente sezione di prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO, per il triennio 2024-2026, si pone come aggiornamento della precedente sezione della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del PIAO adottato con Deliberazione n. 116 del 31/01/2023. Il presente aggiornamento tiene pienamente conto delle indicazioni dell’Autorità Nazionale Anticorruzione di cui all’aggiornamento del PNA 2022 con particolare riferimento al nuovo codice degli appalti (D.Lgs 36/2023) ed alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 avente ad oggetto “Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”. Ulteriormente la presente sezione tiene conto dell’assetto organizzativo dell’Azienda quale da ultimo determinato con la Deliberazione n. 1547/2019 avente ad oggetto “Modifica dell’Atto di Autonomia aziendale di diritto privato approvato con deliberazione n. 1134 del 08 agosto 2019”.

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

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

Attraverso il presente aggiornamento si indicano, inoltre, gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Aziendale rispetto al perseguimento dei quali si confermano le misure di prevenzione specifiche già adottate e si individuano nuove misure di prevenzione anche attraverso un’azione coordinata ed integrata con gli altri strumenti strategici dell’Azienda costituenti il PIAO con particolare riguardo al ciclo della performance.

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

- Ulteriore implementazione della digitalizzazione dei flussi informativi e della comunicazione aziendale al fine di efficientare l’organizzazione con sempre maggiore emersione dei ruoli e delle responsabilità: specificatamente l’Azienda ha adottato un sistema integralmente informatizzato per l’adozione e la pubblicazione di tutti i provvedimenti aziendali (Deliberazioni, Determinazioni) ed inoltre sta implementando un sistema integralmente informatizzato relativo alla gestione del personale dipendente per l’applicazione trasparente di alcuni istituti contrattuali (portale del dipendente) ed un sistema integralmente informatizzato per la gestione delle attività di sperimentazione clinica;

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

2.3.2 I Soggetti Interni che concorrono alla Prevenzione della Corruzione all'interno dell'azienda

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

2.3.2.1 L'organo di indirizzo - il Direttore Generale:

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

-
- riceve la relazione annuale del RPCT;

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

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

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

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

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

e dai Dirigenti competenti, né esprimersi sulla regolarità tecnica o contabile di tali atti.

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

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

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

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

2.3.2.3 La Responsabilità dell'RPCT e la revoca dell'incarico

L'articolo 1 comma 8 della legge 190/2012 prevede che la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale.

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

- di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;
- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

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

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

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione sono il risultato di un'azione combinata tra tutti i dirigenti ed il RPCT. Infatti, il successo nell'attività di prevenzione della corruzione si può conseguire solo attraverso un'azione

sinergica e coordinata dei singoli responsabili delle strutture/uffici e del RPCT, secondo un processo bottom up in sede di formulazione delle proposte e top down per la successiva fase di verifica ed applicazione.

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

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

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

È quindi richiesto ai Dirigenti di:

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

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

-
- partecipa al processo di gestione del rischio offrendo, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
 - svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza;
 - esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento aziendale;
 - valida la relazione sulla performance;
 - attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza;
 - verifica che l'integrale sistema di prevenzione della corruzione e attuazione della trasparenza quale sezione del PIAO sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
 - verifica che nella misurazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza;
 - fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;

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

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

2.3.2.7 Tutti i dipendenti:

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

2.3.2.8 i collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda:

- osservano le misure di prevenzione della corruzione;

-
- segnalano l'eventuale proprio caso di conflitto di interessi.

2.3.3 Integrazione tra il Piano di prevenzione della corruzione ed il Piano della performance

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

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

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

1. Verifica ed aggiornamento della mappatura dei processi in collaborazione con il RPCT, anche rispetto alle modifiche organizzative intervenute unitamente alla rilevazione, valutazione ed analisi del rischio e del relativo trattamento nel rispetto delle indicazioni metodologiche indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO entro il 30/06/2024 per tutte le strutture sanitarie ed amministrative aziendali;
2. Attestazione al RPCT entro il 30/11/2024 dell'attuazione ed il rispetto delle misure di prevenzione generali indicate nella sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO per tutti i responsabili di struttura e rendicontazione sull'attuazione delle misure specifiche per i responsabili di struttura indicati nell'All. n. 2 alla sezione Prevenzione della Corruzione Trasparenza del PIAO secondo la tempistica ivi indicata nonché attestazione dell'attuazione delle misure di prevenzione dagli stessi Responsabili di struttura proposte nella mappatura/analisi dei rischi. In ipotesi di mancata attuazione delle misure di prevenzione produzione delle motivazioni;
3. Segnalazione al 30/11/2024 al RPCT di eventuali ulteriori eventi rischiosi e correlate misure di prevenzione con riferimento ai processi mappati dal RPCT e dalle strutture;
4. Assolvimento degli obblighi di trasparenza attraverso la produzione e diretta pubblicazione dei dati di competenza della struttura sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente" attraverso l'utilizzo del Programma

"PA33" nei termini stabiliti dalle disposizioni sulla Trasparenza indicate nell'All. n. 1 alla Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO ed attestazione al 30/06/2024 ed al 30/11/2024 al RPCT dei dati pubblicati e del rispetto dei termini laddove previsti.

2.3.4 Gestione del Rischio di Corruzione

2.3.4.1 La metodologia dell'analisi del rischio

Con la presente sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO viene confermata la metodologia utilizzata precedentemente.

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

- Analisi del contesto esterno ed interno finalizzata all'identificazione degli eventi rischiosi a seguito della mappatura dei processi e delle attività di pertinenza dell'Azienda;
- Analisi del rischio volta a comprendere le cause degli eventi rischiosi (fattori abilitanti) per poter calibrare su di esse le misure più idonee a prevenirli;
- Valutazione del rischio, vale a dire stima del livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi di tipo qualitativo, sulla base di motivate valutazioni dei soggetti aziendali coinvolti, che tenga conto di specifici indicatori al fine di individuare i processi e le attività su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT. La valutazione del rischio deve essere improntata ad un generale criterio di prudenza, al fine di evitare una sua sottostima. L'utilizzo dei detti indicatori unitamente all'autovalutazione effettuata dai responsabili delle attività determina la classificazione del rischio in tre livelli: **basso, medio e alto**.
- Trattamento del rischio quale fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi ed identificazione e programmazione delle misure preventive più idonee ed i relativi controlli.

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

2.3.4.2 Il Contesto esterno

- L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini è situata nel territorio del Municipio XII di Roma, ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale Roma 3. Il bacino di utenza dell'Azienda non si limita alla popolazione dei quartieri limitrofi o della città di Roma, in quanto costituisce un centro di riferimento per l'intera Regione Lazio ed il centro sud del territorio nazionale, per l'elevata specializzazione delle prestazioni che eroga.
- Nell'analisi del contesto esterno rileva particolarmente il settore nel cui ambito la stessa opera, vale a dire la sanità.
- Il settore sanitario, infatti, è uno dei settori della pubblica amministrazione destinatario di ingenti investimenti ed è per questo che esso risulta notevolmente esposto sia al condizionamento improprio di interessi privati che all'infiltrazione delle mafie, anche attraverso pratiche corruttive.
- Nel settore sanitario vengono normalmente allocate ingenti risorse economiche notevolmente incrementate in tale fase storica dai fondi del PNRR. L'Azienda, infatti, è soggetto attuatore delegato dalla Regione Lazio per quanto attiene agli interventi del PNRR. Peraltro, il valore delle risorse coinvolte non è misurabile soltanto in termini monetari, interessando ulteriori aspetti relativi alla tutela effettiva di diritti fondamentali quale quello alla salute rispetto al quale, in ipotesi di cattiva amministrazione o gestione, si verificano episodi di carattere corruttivo.
- La criminalità organizzata è notoriamente interessata al settore sanitario. Le organizzazioni criminali ambiscono alle risorse destinate al settore sanitario attraverso azioni di infiltrazione ed inquinamento del tessuto economico e dell'apparato amministrativo degli attori pubblici.
- Transparency International Italia, nell'ambito della giornata mondiale contro la corruzione ha evidenziato come nei periodi di emergenza e di crisi la corruzione tende a insinuarsi con maggiore facilità inoltre l'arrivo dei fondi legati al PNRR e la loro gestione costituisce un momento cruciale emarginando la necessità di adottare adeguate misure, prima fra tutte, la piena trasparenza dell'assegnazione e gestione dei detti fondi. (*"Corruzione: Transparency 9 Dicembre 2021"*)
- Le più recenti attività info-investigative confermano come le organizzazioni criminali di tipo mafioso, abbiano negli ultimi anni implementato le loro reti e capacità relazionali con linee d'azione di silente infiltrazione. (*"Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla direzione investigativa antimafia - secondo semestre 2021"*).
- Le organizzazioni mafiose si fanno impresa sfruttando rapporti di collaborazione con professionisti collusi la cui opera viene finalizzata a massimizzare la capacità di reinvestimento dei proventi illeciti con transazioni economiche. Risultano, pertanto, nevralgiche le attività svolte in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio al fine di arginare l'espansione economico-finanziaria delle mafie (*"Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla direzione investigativa antimafia - secondo semestre 2021"*).

-
- La UIF ha richiamato l'attenzione dei soggetti obbligati sui nuovi fattori di rischio legati alla pandemia e in particolare sulle possibili infiltrazioni da parte della criminalità organizzata. L'attenzione sui possibili utilizzi illeciti di risorse pubbliche è ora rivolta al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella convinzione che i presidi anticiclaggio devono continuare a rappresentare un argine fondamentale per evitare deviazioni degli interventi di sostegno verso l'economia illegale (*newsletter aprile 2022 – UIF – Unità' di informazione finanziaria per l'Italia*).
 - Gli esiti dell'attività investigativa ha mostrato come le tecniche di penetrazione economica possano verificarsi già nella fase di programmazione e progettazione di opere pubbliche attraverso una mirata azione corruttiva nei confronti dei funzionari della stazione appaltante e dei tecnici/professionisti incaricati. Peraltro l'impresa che si aggiudica l'appalto spesso realizza il progetto esecutivo contando da subito sulle varianti in corso d'opera ed il conseguente accrescimento del costo dell'opera. Quindi le imprese mafiose inquinano la gara sin dalla stesura del bando e delle procedure di evidenza pubblica attraverso varie forme di connivenza con funzionari pubblici. Laddove non sia possibile un inserimento nella fase prodromica i gruppi criminali non di rado tentano di esercitare forme di pressione estorsiva nei confronti delle aziende affidatarie dell'appalto o del subappalto per ottenerne illeciti vantaggi (*"Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla direzione investigativa antimafia - secondo semestre 2021"*).
 - Quanto sopra determina la necessità di predisporre un organizzato complesso di misure preventive, a partire dalla trasparenza, al fine di elidere le opacità che possono riguardare i processi decisionali, unitamente alla regolamentazione e ad un efficace sistema di monitoraggio che consenta di assumere misure organizzative capaci di prevenire azioni di cattiva gestione e situazioni di commistione con gli attori pubblici.

2.3.4.3 Il Contesto interno

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

Nella detta sezione vengono rappresentate le relazioni organizzative dell'Azienda e le dinamiche economiche aziendali con specifico riferimento ai valori produttivi ed alle azioni ateaegiche di conduzione e di programmazione.

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

2.3.4.4 Attività di mappatura dei processi – Analisi del contesto interno

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

Tale attività è stata condotta sulla base della struttura organizzativa quale determinata dal vigente Atto di Autonomia Aziendale ed ha tenuto conto degli esiti delle azioni di monitoraggio disposte nel corso della vigenza del PIAO 2023 – 2025.

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

In ragione degli esiti del monitoraggio effettuato in vigenza del precedente PIAO, nel corso della presente annualità, verrà ulteriormente richiesto ai responsabili delle strutture aziendali un'azione di rivisitazione ed un aggiornamento delle specifiche mappature dei processi nonché l'analisi volta ad individuare ulteriori processi da categorizzare.

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

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

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

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

2.3.4.5 Analisi ed identificazione del rischio

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

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

2.3.4.6 La Valutazione del rischio

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

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

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

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

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

2.3.4.7 Il Trattamento del rischio ed il monitoraggio

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

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

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

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

Il monitoraggio comprende le seguenti attività:

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

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

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

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

2.3.5 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

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

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

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

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

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

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

La presente sezione del PIAO sarà oggetto almeno di due monitoraggi semestrali ad opera dell'RPCT e in ragione dell'analisi del rischio e della relativa classificazione del rischio nei tre livelli (**basso, medio e alto**) relativamente ai processi specificatamente mappati **la tempistica del monitoraggio di I livello, a cura dei dirigenti referenti per la prevenzione della corruzione, sarà annuale laddove il rischio è qualificato basso, semestrale laddove è qualificato medio e trimestrale laddove è qualificato alto così come specificato nella tabella di cui al punto n. 4.6.**

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

A tal fine, per l'anno 2024, si prevede l'esecuzione entro il mese di settembre, di Audit interni rispetto all'attuazione della presente sezione che si indica verranno effettuati presso:

- UOC Alpi – Processo: “Pagamento prestazioni Alpi ambulatoriale espletate all'esterno dell'Azienda – utilizzo del POS” – Verifica tra le prenotazioni delle prestazioni con riferimento ad uno specifico arco temporale ed i relativi pagamenti ricevuti con il POS – **Misura di controllo entro il 30/06/2024;**
- UOC Acquisizione Beni e Servizi – Processo: Progettazione – Attività: Analisi e definizione dei valori degli appalti ex Art. 50 comma 1 lett A e B D.lgs. 36/2023 – entro il 30/09/2023 - **Misura di controllo.**

2.3.6 Le Misure Preventive Generali

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

2.3.6.1 La rotazione del personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.6.2 La Rotazione del Personale "Straordinaria"

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

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

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

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

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

2.3.6.3 Protocollo operativo per la segnalazione di condotte illecite - Whistleblowing

Con Deliberazione n. 1898/2023 è stato approvato, a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 24/2023 e delle Linee Guida - Whistleblowing approvate con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 dell'ANAC, il Protocollo operativo per l'applicazione dell'istituto del Whistleblowing – Segnalazioni di illeciti e forma di tutela.

Il Protocollo è disponibile nella sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente - Altri contenuti Prevenzione della corruzione – Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità" e nell'ambito della sezione "Segnalazione di illeciti" del sito web aziendale.

Dalla Home page del sito web aziendale, nell'ambito della sezione "Segnalazioni illeciti" è possibile accedere all'applicativo informatico dedicato, il cui accesso è esclusivamente riservato al RPCT ed al collaboratore di supporto allo stesso entrambi tenuti al rispetto di tutte le disposizioni relative alla protezione della riservatezza.

L'Applicativo informatico utilizza strumenti di crittografia che garantiscono la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione allegata.

Ambito Soggettivo

I soggetti ai quali, all'interno dell'Azienda, è riconosciuta protezione, anche da ritorsioni, in caso di segnalazione interna sono i seguenti:

- a) dipendenti dell'Azienda;
- b) lavoratori autonomi che prestano la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
- c) liberi professionisti e consulenti che prestano la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
- d) volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso l'Azienda ivi compresi i dottorandi e gli assegnisti di ricerca in quanto assimilabili ai tirocinanti;
- e) persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso l'Azienda;
- f) lavoratori o collaboratori di soggetti del settore pubblico o privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'Azienda;

A tutti i soggetti sopra elencati la tutela si applica non solo se la segnalazione avviene in costanza del rapporto di lavoro o di altro tipo di rapporto giuridico, ma anche durante il periodo di prova e anteriormente o successivamente alla costituzione del rapporto giuridico.

Specificatamente la tutela si estende anche ai seguenti periodi:

- a) quando i rapporti giuridici non sono ancora iniziati, se le informazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali;
- b) durante il periodo di prova;

c) successivamente allo scioglimento del rapporto giuridico se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite nel corso dello stesso rapporto giuridico.

La tutela è, ulteriormente riconosciuta, oltre che ai suddetti soggetti che effettuano le segnalazioni anche a quelli che potrebbero essere destinatari di ritorsioni, intraprese anche indirettamente, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione in ragione del particolare rapporto che li lega al segnalante.

2.3.6.4 Codice di Comportamento Aziendale dei Dipendenti

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

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

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

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

Con il D.P.R. n. 81/2023 è stata varata la riforma del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Al fine di adeguare il Codice di cui alla Deliberazione n. 13/2023 **il Direttore della UOC Gestione Risorse Umane produrrà entro il 31/03/2024** la proposta di deliberazione avente ad oggetto l'adozione del nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini in ossequio a quanto previsto dal D.P.R. n. 81/2023.

2.3.6.5 Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità o di incompatibilità

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

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

Tali disposizioni costituiscono **misure preventive**.

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

- acquisire all'atto del conferimento dell'incarico la preventiva dichiarazione di insussistenza di cause di

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

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

La UOC Gestione Risorse Umane produrrà' entro il 30/11/2024 l'elenco delle dichiarazioni acquisite e pubblicate.

2.3.6.6 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali

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

- far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici. In particolare, non possono essere nominati commissari coloro che nel biennio precedente all'indizione della procedura di aggiudicazione sono stati componenti di organi di indirizzo politico della stazione appaltante, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del codice penale e coloro che si trovano in una situazione di conflitto di interessi con uno degli operatori economici partecipanti alla procedura. Costituiscono situazioni di conflitto di interessi quelle che determinano l'obbligo di astensione previste

dall'articolo 7 del regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62.

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

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

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

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

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

2.3.6.7 Patto di integrità

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

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

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

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

2.3.6.8 Albo dei fornitori

Nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs n. 36/2023, con riferimento alla procedure di affidamento di contratti di importo inferiore alla soglie di rilevanza europea, con Deliberazione n. 1688 del 09/11/2023 è stato adottato il Regolamento per l'istituzione e la gestione informatica dell'albo dei fornitori di beni e servizi – Misura di Regolamentazione.

2.3.6.9 Gestione del conflitto di interessi attuale o potenziale, diretto o indiretto

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

Ulteriormente ai sensi del comma 41 dell'art.1 della legge 190/2012 il responsabile del procedimento ed i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali ed il provvedimento finale

devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale. Tale segnalazione dovrà avvenire tempestivamente e dovrà essere rivolta ai Dirigenti responsabili della struttura presso cui viene svolta l'attività o, se essi stessi Dirigenti, alla Direzione aziendale. **Tutte le segnalazioni dovranno pervenire in copia anche al RPCT.**

2.3.6.10 Gestione del conflitto di interessi nei contratti pubblici

Ai sensi dell'art. 16 del D.Lgs n. 36/2023 si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.

Il RUP, i commissari e tutti coloro, interni od esterni, che partecipano a qualsiasi titolo alle procedure di gara debbono dichiarare l'assenza di conflitto di interesse effettivo, potenziale, diretto o indiretto per ogni procedura di gara. La dichiarazione è da intendersi sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

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

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

Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che lo ha nominato ed al proprio superiore gerarchico.

Inoltre, il RUP è il soggetto tenuto a:

- acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione ad una procedura di gara;
- sollecitare il rilascio delle dichiarazioni ove non siano state ancora rese;
- vigilare sul corretto svolgimento di tutte le fasi della procedura e, nel caso in cui rilevi un conflitto di interessi, segnalarlo al dirigente dell'ufficio del dipendente o agli uffici competenti per le successive valutazioni.
- effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni controllando che siano state rese correttamente.

La verifica sulla dichiarazione del RUP viene svolta in primo luogo dai soggetti che lo hanno nominato o dal superiore gerarchico. Resta fermo che gli uffici competenti dell'amministrazione - nell'ambito dei propri controlli a campione sulle dichiarazioni - possono comunque sottoporre a ulteriore verifica anche le dichiarazioni rese dal RUP;

In sede di autorizzazione ai propri dipendenti per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali, come previsto dal vigente regolamento aziendale approvato con deliberazione n. 1016 del 20/07/2017, i soggetti ivi indicati, verificano l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (commi 7 e 9 dell'art.53 del D. Lgs. 165/2001) anche con particolare attenzione al rilascio di dette autorizzazioni in relazione alla partecipazione del dipendente a procedure di gara. Pertanto, la richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali deve essere integrata da una dichiarazione del dipendente di non far parte attualmente nè in futuro di procedure di gara in cui partecipi/parteciperà il soggetto che gli affida l'incarico extra impiego.

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

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

2.3.6.11 Gestione del conflitto di interessi nell'ambito delle donazioni, sponsorizzazioni e sperimentazioni

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

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

Nell'ambito della sponsorizzazione di attività:

- le richieste di aziende per la sponsorizzazione di formazione di dipendenti dell'Azienda ospedaliera con fondi provenienti da imprese private debbono essere indirizzate direttamente alla Direzione sanitaria/amministrativa e non

al singolo professionista, non devono essere nominative in quanto sarà l'Azienda ad indicare ed autorizzare i dipendenti idonei a beneficiarne;

- le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni, come quelle derivanti dai proventi/fondi finalizzati, sono utilizzate secondo l'apposito regolamento aziendale, adottato con deliberazione n.336 del 13/08/2014 secondo modalità che ne garantiscono la piena trasparenza.

Gli sperimentatori all'atto della proposta di svolgere una sperimentazione in ambito aziendale sono tenuti a rendere specifica dichiarazione di assenza di conflitto di interesse.

2.3.6.12 Divieti post-employment (pantouflage)

L'art. 1, comma 42, lett. l) della L. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla c.d. **"incompatibilità successiva" (Pantouflage)**, introducendo all'art. 53 del d.lgs.165/2001 il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Le conseguenze della violazione del divieto di Pantouflage attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati indicati nella norma.

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

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

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

- l'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;

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

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

2.3.6.13 Comodati d'uso

Le modalità di ingresso delle tecnologie o altri beni all'interno dell'Azienda, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento, quali i comodati d'uso o le donazioni devono presupporre la valutazione dei costi a carico dell'Azienda connessi all'uso del bene ed, in particolare, l'accertamento che non siano previsti corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o donante o comunque di un soggetto predeterminato, in quanto tale vincolo attribuirebbe all'operazione la natura di contratto d'appalto gestito senza le ordinarie procedure di gara.

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

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

2.3.6.14 Individuazione dei termini per la conclusione dei procedimenti

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

Ai Dirigenti referenti **verrà richiesto, entro il 30/06/2024, l'aggiornamento della mappatura dei procedimenti amministrativi (All. n. 5 e n. 6) ai sensi dell'art. 35 del d.lgs. n. 33/2013 e la realizzazione della misura generale del monitoraggio dei tempi procedurali – Misura di controllo.**

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

2.3.6.15 La formazione

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

Per l'anno in corso è stata prevista l'effettuazione, per due edizioni da rendersi la prima entro il 30/06/2024 e la seconda entro il 30/09/2024, del seguente corso:

- Whistleblowing – Segnalazioni di illeciti e forme di tutela.

L'iniziativa formativa è rivolta a tutti i dipendenti dell'Azienda.

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

Ogni stazione appaltante è, infatti, tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici (BDNCP) presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo.

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

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

2.3.6.17 Misure di regolamentazione nel settore degli acquisti

Nell'ambito della fase di formulazione e comunicazione dei **fabbisogni entro il 30/06/2024 la UOC Acquisizione Beni e Servizi** propone per l'adozione, alla Direzione Aziendale, la procedura interna per l'elaborazione, l'analisi e la validazione del fabbisogno per l'acquisizione di Beni e Servizi.

2.3.7 L'Antiriciclaggio

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

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

Con Deliberazione n. 537/2023 si è proceduto alla *“Nomina del soggetto gestore delle segnalazioni sospette in materia di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo in applicazione del Decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 attuativo del D.Lgs n. 231/2007 - Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione”*.

Con Deliberazione n. 1115/2023 è stato adottato il *“Regolamento recante le procedure per la rilevazione e segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo”*.

Con tali provvedimento l'Azienda ha pertanto provveduto ad individuare le attività e le responsabilità ai fini della collaborazione nei confronti delle autorità competenti per il contrasto al fenomeno del riciclaggio e finanziamento al terrorismo.

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

Il RUP, pertanto, dovrà acquisire dagli operatori economici i dati del titolare effettivo e la dichiarazione del medesimo titolare effettivo circa l'assenza di conflitto di interessi da conservare agli atti del fascicolo del procedimento di acquisizione.

2.3.8 La Trasparenza

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

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

Con la presente sezione del PIAO si è provveduto ad aggiornare lo strumento della trasparenza di cui All. 1 relativamente alla sezione dei Contratti Pubblici, così come indicato nella Delibera n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata dalla delibera 601 del 19 dicembre 2023.

2.3.8.1 Le finalità e gli obiettivi

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

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

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

I compiti fondamentali del RPCT in tema di trasparenza:

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

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

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

Le informazioni contenute nell'area Amministrazione Trasparente relative ad ogni struttura aziendale sono sottoposte ad aggiornamento tempestivo.

2.3.8.3 La modalità di pubblicazione dei dati

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

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

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

- accesso utenti a sezioni separate e controllo delle autorizzazioni utenti e dei contenuti da parte di un Amministratore di sistema. Ogni utente registrato accede e compila solo l'area di propria competenza, secondo un preciso organigramma;
- funzione di assistenza tecnica a disposizione, tutoraggio in linea, Help desk da remoto. Ogni sezione riporta inoltre in chiaro e mantiene aggiornato il riferimento normativo degli obblighi di pubblicazione, oltre che tutte le FAQ suddivise per tema, importate direttamente dal sito dell'ANAC;
- localizzazione della specifica sezione Amministrazione Trasparente della società in modalità cloud su server remoti ad alta sicurezza ed affidabilità;

-
- archiviazione/mantenimento/catalogazione e reperibilità della pubblicazione per 5 anni come previsto dall'art. 8 comma 3 del Decreto;
 - sistemi di backup automatico in linea con la normativa in materia di privacy e sicurezza, consentendo, pertanto, un controllo automatico sull'eventuale trattamento di dati sensibili;
 - predisposizione ed invio automatico all'ANAC nel formato richiesto, dei dati previsti dalla normativa.

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

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

2.3.8.4 L'accesso civico e l'accesso civico generalizzato

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

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

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

L'RPCT, accertata la mancata pubblicazione del documento, informazione o dato, dovrà:

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

indicazione del collegamento ipertestuale.

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

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

Specificatamente per quanto attiene alla sottosezione "Bandi di gara e contratti", nel caso in cui sia stata omessa la pubblicazione nella BDNCP, la richiesta di accesso civico è presentata al RPCT dell'Azienda al fine di verificare se tale omissione sia imputabile ai soggetti tenuti all'elaborazione o trasmissione dei dati secondo quanto previsto nell'Allegato n. 1 alla presente sezione. Ove sia appurato che la stazione appaltante/ente concedente abbia effettivamente trasmesso i dati alla BDNCP per il tramite della PCP, la richiesta di accesso di cui al precedente comma è presentata al RPCT di ANAC, in qualità di amministrazione titolare della BDNCP.

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

L'istanza può essere presentata cartaceamente via posta o tramite consegna Protocollo Generale o per via telematica alla pec aziendale. Detta istanza è indirizzata direttamente all'ufficio che detiene i dati, le informazioni ed i documenti, sulla base dei funzionigramma delle strutture aziendali pubblicati nella sezione di Amministrazione Trasparente denominata "Organizzazione – Articolazione degli Uffici".

Con Deliberazione n. 1583 del 22/12/2016 è stato adottato il Regolamento aziendale per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, disciplina dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato.

Nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, alla voce *Altri contenuti – Accesso Civico* è possibile scaricare il modulo per la richiesta di accesso civico generalizzato.

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

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

2.3.9 Norme di Rinvio

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

Allegati sezione 2.3:

Allegato n.1 Obblighi di Trasparenza

Allegato n. 2 Misure Specifiche

Allegato n. 3 Scheda mappatura processi

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

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

Allegato n. 6 Scheda Monitoraggio di II livello

Allegato n. 7 Scheda articolazione strutture sanitarie

Allegato n. 8 Scheda articolazione strutture amministrative

3 SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 PARI OPPORTUNITA'

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

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

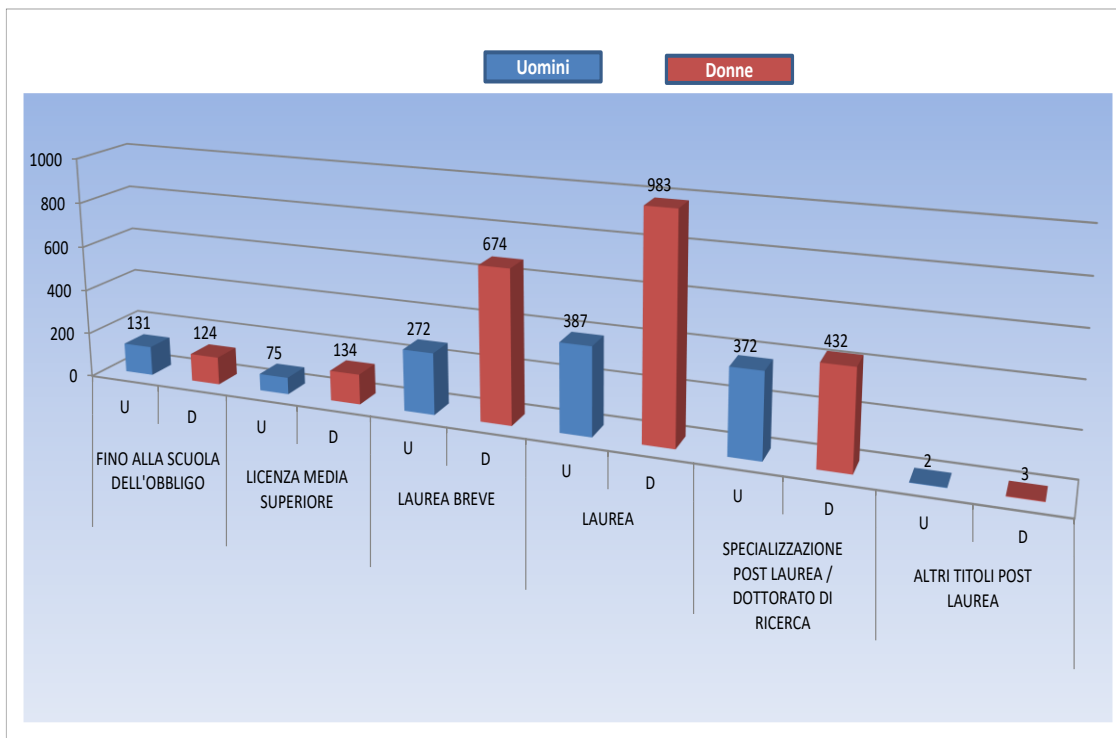
Nello specifico, lo scenario dell'A.O. San Camillo Forlanini, in merito alla caratterizzazione di genere del personale dipendente, vede una forte prevalenza della popolazione femminile, pari al 65%, rispetto al 35 % di quella maschile.

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

Indice di scolarizzazione del personale dipendente dell'A.O. San Camillo Forlanini

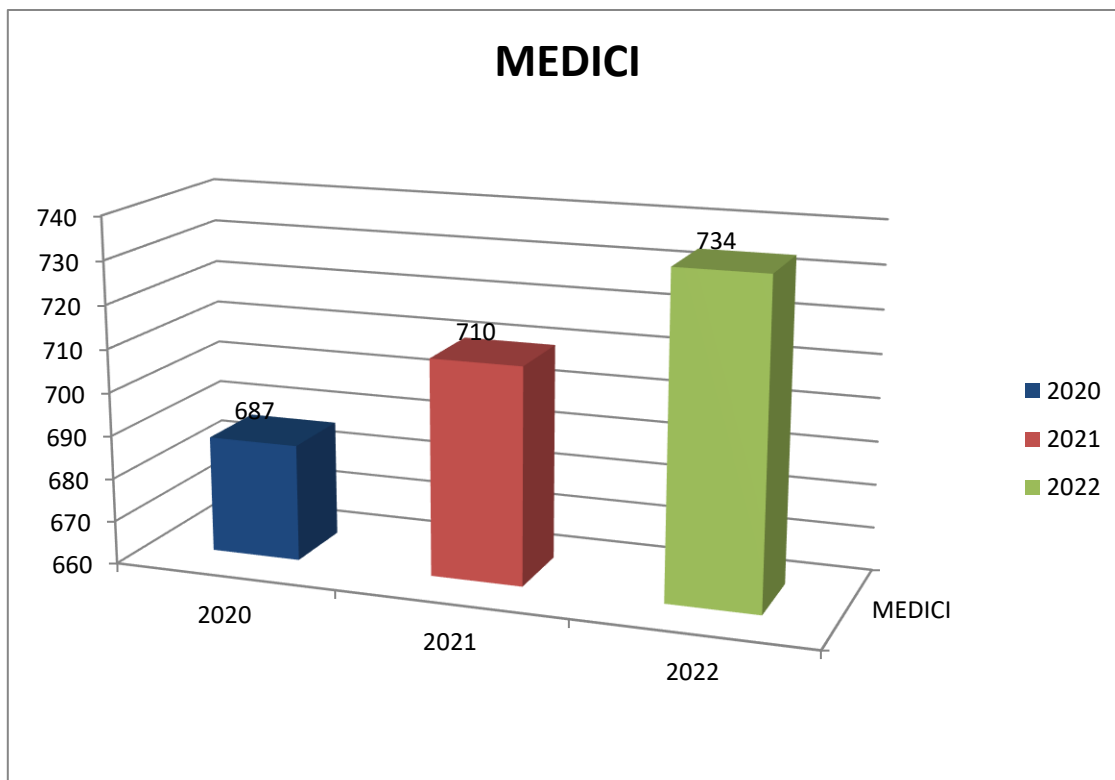
Dati estratti dalle schede relative al conto annuale 2022

Titoli di studio divisi per genere



Rapporto incrementale della popolazione sanitaria medica

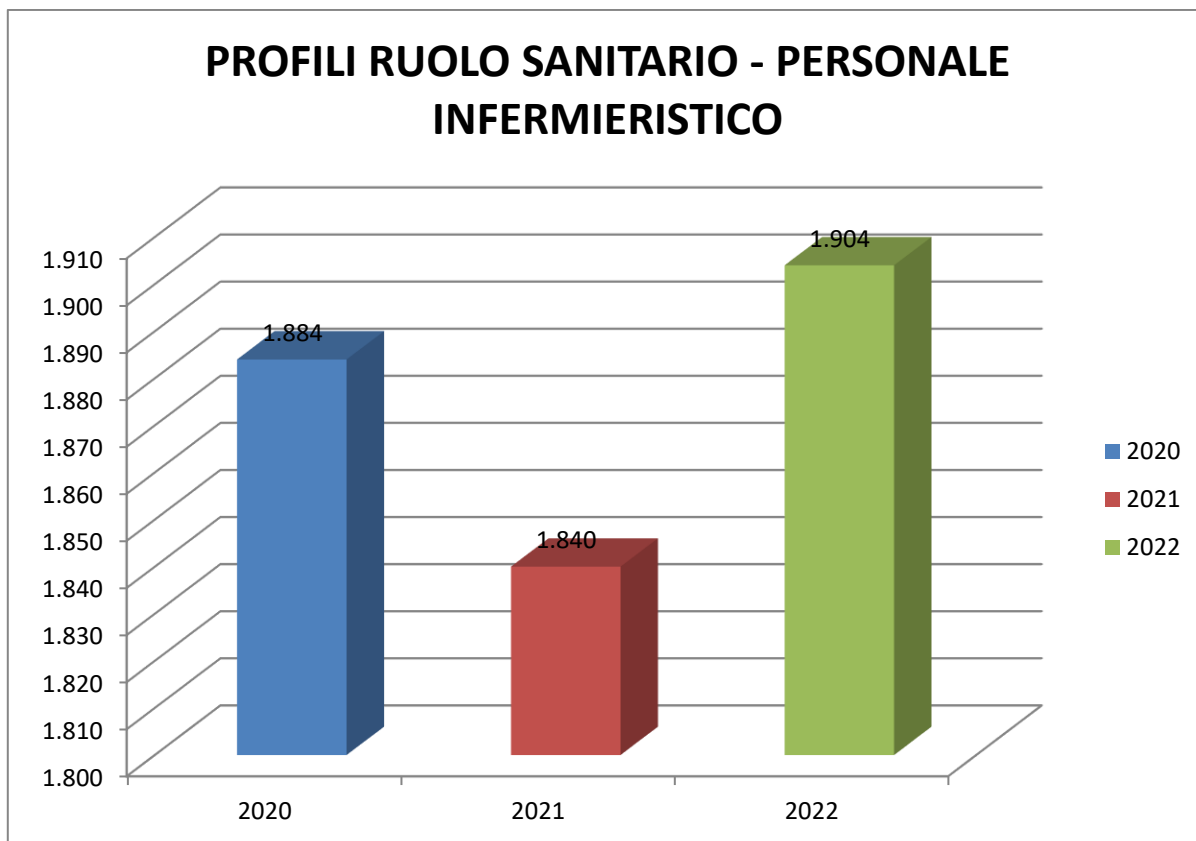
negli anni dal 2020 al 2022



	2020	2021	2022
MEDICI	687	710	734

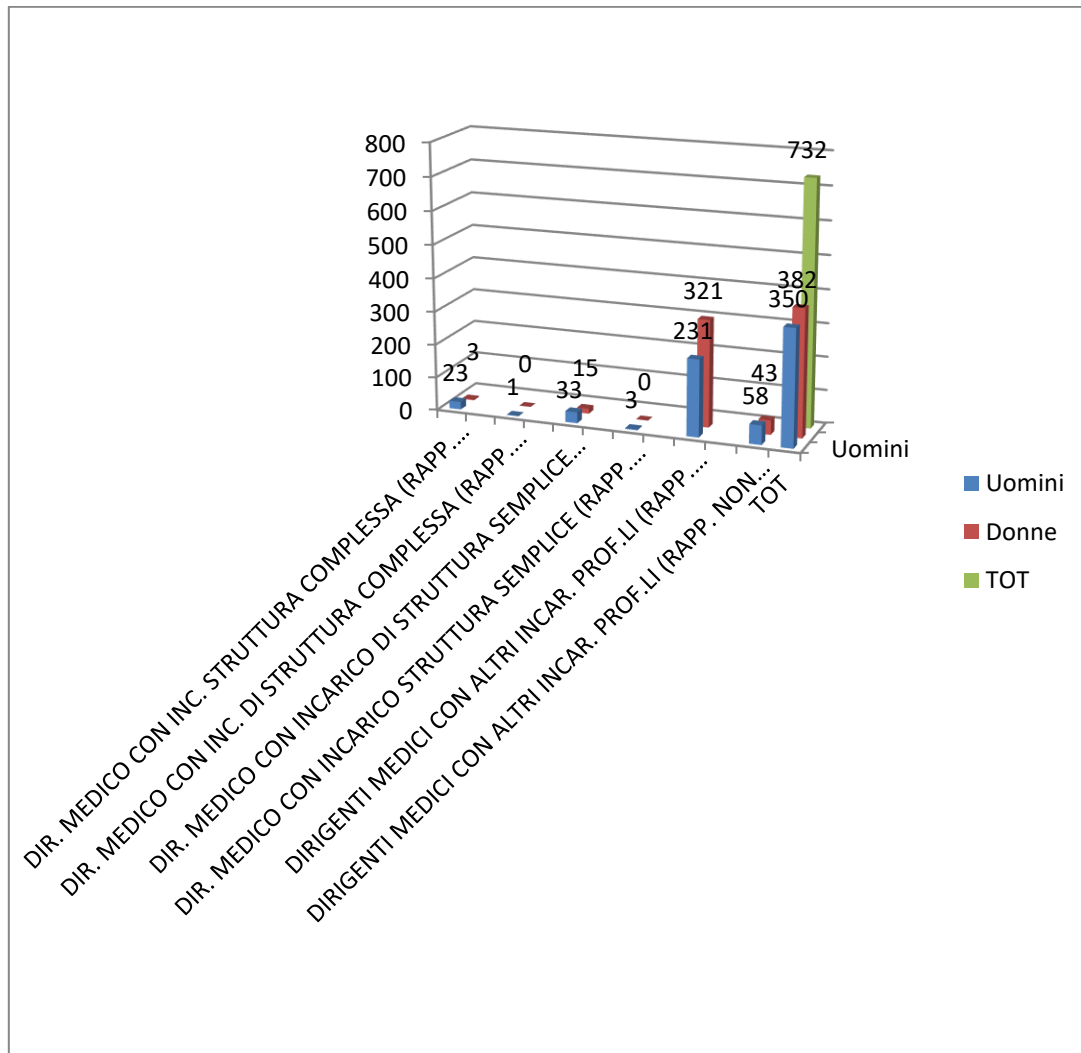
Rapporto incrementale della popolazione sanitaria infermieristica

negli anni dal 2020 al 2022

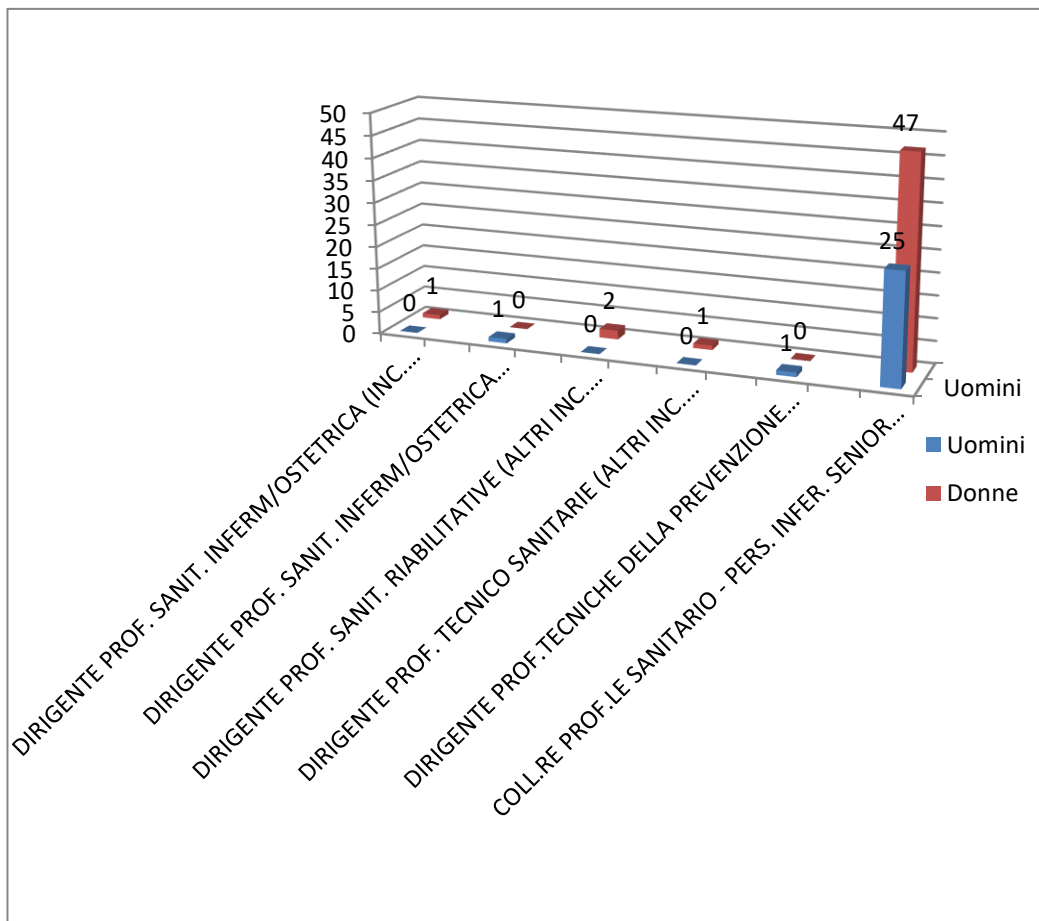


Profili Ruolo Sanitario - Personale Infermieristico	1.884	1.840	1.904
--	-------	-------	-------

Incarichi distinti per il personale medico (Report conto annuale 2022)

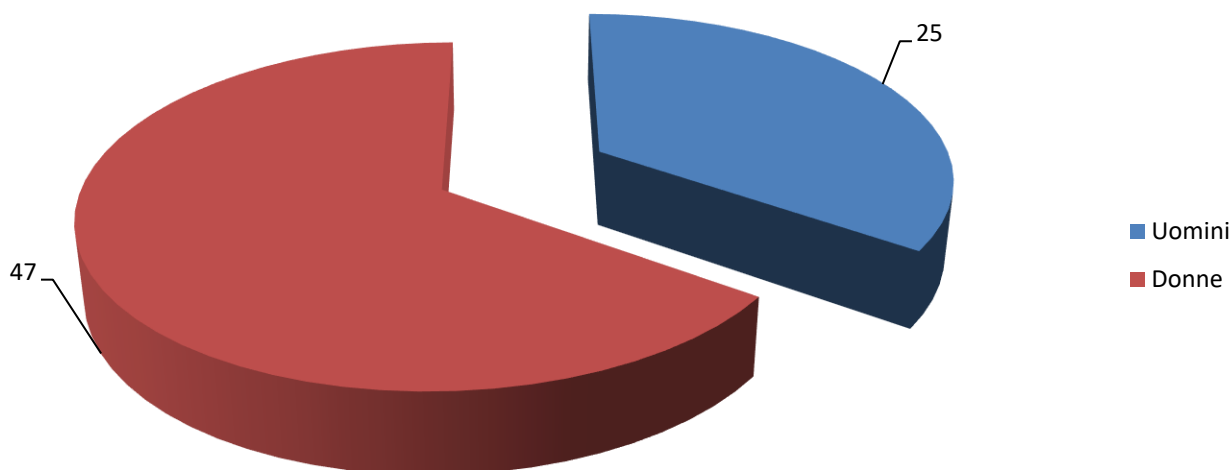


Incarichi personale infermieristico ostetrico tecnico e riabilitativo nell'ambito della dirigenza, oltre agli incarichi apicali di coordinamento.



Coordinatori infermieristici divisi per sesso

COLLABORATORE PROF.LE SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO. SENIOR - DS



	Uomini	Donne
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. SENIOR - DS	25	47

L'analisi dei dati presentata, seppur nella sua significativa sinteticità, pone in evidenza ancora una volta il ruolo strategico del Comitato Unico di Garanzia: attraverso Piani di Azione mirati il CUG è in grado infatti di poter favorire una piena ed ottimale valorizzazione del "Capitale Umano" a disposizione.

In particolare il Piano delle Azioni Positive diventa lo strumento privilegiato nel tentativo di realizzare un obiettivo di più ampio respiro.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

In considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e le conseguenti disposizioni emergenziali emanate dal Governo, anche l'Azienda Ospedaliera a partire dal 12 marzo 2020 ha stabilito di attivare con urgenza il Lavoro Agile per ogni tipologia di rapporto subordinato, utilizzando in via transitoria le forme semplificate incentivate dalla legge

(DPCM 8 marzo 2020, art. 2, lettera r) coinvolgendo tutti i Responsabili di Struttura che sono stati chiamati a declinare le linee di attività, nell'ambito delle strutture dirette, per le quali era possibile procedere attraverso il lavoro agile straordinario, individuando altresì il Direttore della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane quale referente per la ricognizione delle attività in questione e per la predisposizione del format di domanda di accesso al lavoro agile.

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

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

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

- 2 COMMESSI,
- 13 COADIUTORI AMMINISTRATIVI
- 61 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-
- 38 COLLABORATORI AMMINISTRATIVI-
- 6 DIRIGENTI AMMINISTRATIVI
- 3 AVVOCATI
- 2 DIRIGENTI FARMACISTI
- 7 DIRIGENTI MEDICI
- 3 FISIOTERAPISTI
- 25 CPS INFERMIERI
- 1 AUSILIARIO
- 5 PROGRAMMATORI
-

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

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

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha definito l'accesso al lavoro agile in modalità ordinaria a far data dal 22/06/2020 con la deliberazione n° 923 della Direzione Generale recante " Adozione del regolamento sul lavoro agile per il personale del comparto". Tale provvedimento ha introdotto la possibilità, per i dipendenti afferenti all'area del

comparto sia a tempo determinato che a tempo indeterminato e le cui attività risultino coerenti con quanto stabilito dal regolamento, di aderire al lavoro agile per un massimo di tre giorni lavorativi a settimana. L'accesso al Lavoro Agile su base volontaria, è riconosciuto in tale sede a seguito di presentazione della richiesta scritta del dipendente su apposito format, con parere favorevole del Direttore responsabile, e successiva sottoscrizione dell'accordo individuale con descrizione delle attività, degli obiettivi e degli indicatori di valutazione delle performance. In fase di prima applicazione l'accesso a tale modalità è stato comunque limitato in quanto sono pervenute solo a decorrere dal 2021 istanze finalizzate al lavoro agile ordinario per un numero complessivo di n. 11 istanze, accolte e autorizzate dai Dirigenti responsabili sulla base degli accordi individuali sottoscritti.

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

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

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

- 2 COADIUTORI AMMINISTRATIVI
- 12 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI-
- 3 COLLABORATORI AMMINISTRATIVI-
- 3 DIRIGENTI MEDICI
- 1 ASSISTENTE TECNICO
- 9 CPS INFERMIERI
- 3 PROGRAMMATOARI

Nell'anno 2023 si è verificata una ulteriore diminuzione del ricorso al lavoro agile; infatti hanno svolto il lavoro agile n. 18 unità di personale per un totale di n. 1035 giornate lavorative riferite alle sottoelencate qualifiche:

-
- 7 ASSISTENTI AMMINISTRATIVI
 - 2 DIRIGENTI MEDICI
 - 1 ASSISTENTE TECNICO
 - 6 CPS INFERMIERI
 - 2 PROGRAMMATORI

3.2.2 Modalità attuative lavoro agile

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

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

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

Organizzazione del lavoro

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

- individuare, in collaborazione con gli altri direttori, i criteri per la tipologia di attività che possono essere svolte da remoto, anche in un'ottica di sviluppo ed ampliamento futuro delle stesse e, parallelamente, definire quelli utili alla valutazione del grado di autonomia necessario per lo svolgimento delle attività da remoto;
- ridefinire i parametri di accesso alla modalità di Lavoro Agile, consentendo, anche in situazione non emergenziale, di beneficiare dello smart working anche a dirigenti e personale sanitario, tenendo sempre presente il principio della volontarietà nell'adesione ;

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

Spazi di lavoro

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

Dotazione tecnologica

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

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

Formazione e competenze

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

Monitoraggio del Lavoro Agile

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in *modalità agile* e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, oltre all'introduzione di alcuni strumenti come il portale del Dipendente , che consentirà di gestire

in maniera più efficiente il lavoratore in modalità Agile. L'Azienda inoltre provvederà ad attivare un organismo paritetico funzionale alla rilevazione e alla verifica periodica dello sviluppo del Lavoro Agile nell'organizzazione.

SOGGETTI COINVOLTI

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

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

La Direzione Strategica dà impulso alla politica di cambiamento con l'introduzione delle nuove modalità di lavoro agile.

Il Direttore della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane cura il coordinamento delle attività riferite al lavoro agile. Raccoglie le istanze di accesso al lavoro agile debitamente approvate dai Responsabili di struttura. Inserisce nella procedura di rilevazione presenze il codice riferito all'attività svolta dal dipendente in modalità agile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

STRUMENTI

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

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

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

MISURE ORGANIZZATIVE:

- 1) CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA IN MATERIA DI LAVORO AGILE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
- 2) CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORI PER IL PERSONALE DI COMPARTO IN MATERIA DI SVILUPPO ABILITA' IN MATERIA INFORMATICA , DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE TECNOLOGICA.
- 3) ACQUISIZIONE DI IDONEA DOTAZIONE DI COMPUTER PORTATILI E TELEFONI MOBILI AZIENDALI DA DESTINARE AL PERSONALE CHE RICHIEDE DI ACCEDERE AL LAVORO AGILE E MESSA A DISPOSIZIONE DI INTERNET E VPN IN ARMONIA CON IL PIANO TRIENNALE DELL'INFORMATICA
- 4) ATTIVAZIONE DEL FLUSSO DOCUMENTALE E DELIBERATIVO CON FIRMA DIGITALE E COMPLETA DEMATERIALIZZAZIONE DELLO STESSO.
- 5) ATTIVAZIONE DEL PORTALE DEL DIPENDENTE E RIDEFINIZIONE DELL'ARCHIVIO DOCUMENTALE

3.2.3 Indicatori di performance lavoro agile

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

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

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

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

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

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

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

- la gestione delle attività programmate e i compiti assegnati (assumendo come riferimento i servizi resi e la mappatura dei processi e delle attività dell'unità di afferenza, e la job description del lavoratore);
- la declinazione di obiettivi specifici e organizzativi riportati nel Piano della performance e nei diversi strumenti di programmazione, in attività su cui il singolo lavoratore è responsabilizzato.

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

- di prevedere orizzonti temporali differenziati (obiettivi mensili, bimestrali, semestrali, ecc.);
- di integrare/modificare quanto inizialmente previsto in funzione delle esigenze strategico-organizzative dell'amministrazione.

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

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

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

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

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

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

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

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 Piano Assunzionale 2023-2025

Il piano assunzionale 2023-2025, fatti salvi i dovuti reintegri rispetto al collocamento in quiescenza degli operatori sanitari di varie qualifiche, è predisposto in considerazione dell'attuale scenario e della prospettiva di attività che caratterizza la specifica realtà. Le proposte presentate sono quelle attinenti alle diverse linee di attività presenti e da implementare nel futuro prossimo:

- Incremento del numero delle linee di attività o di incremento dello spessore tecnico delle stesse, per disponibilità di grandi apparecchiature all'interno della pianificazione e riqualificazione regionale degli ospedali
- Attivazione di nuove aree di assistenza sanitaria;
- Funzioni tecnico-amministrative imprescindibili;
- Miglioramento delle criticità del Pronto Soccorso;
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle attrezzature di imaging ad alta complessità della Radiologia acquisite con i fondi del PNRR

Nell'anno 2023 l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini ha avuto una contrazione di risorse umane sanitarie dovute a quiescenze e dimissioni ma nonostante ciò l'Azienda, attraverso un percorso di riorganizzazione, è riuscita ad aumentare la produzione e a migliorare gli indici di performance del P.S. rispetto al 2022: tra tutti un aumento del numero di accessi del 20% e una significativa riduzione del blocco dei mezzi del 118, così come riportato nei report Regionali. Inoltre risulta in aumento anche il numero dei pazienti trasportati con eliambulanza, di cui una percentuale considerevole proveniente dall'esterno dell'area di afferenza; pazienti, questi, ad alta complessità assistenziale che comportano un considerevole utilizzo di risorse umane e tecnologiche.

Attualmente nonostante gli sforzi organizzativi e il ricorso a misure di carattere straordinario (produttività aggiuntiva), a causa della già menzionata contrazione del personale, l'Azienda ha dovuto ridurre alcuni posti letto.

Risulta evidente che il fabbisogno di personale rappresenta un impegno considerevole, tuttavia gli importanti investimenti in termini strutturali e tecnologici finora effettuati necessiterebbero di tale integrazione al fine di completare quanto già realizzato. Tali servizi risultano essere ormai essenziali per incrementare l'offerta di prestazioni sanitarie richieste da un bacino d'utenza molto esteso come quello afferente ad una delle Aziende Ospedaliere più rilevanti della Regione.

Implementazione profili tecnici/informatici

Riveste particolare interesse della Direzione Aziendale il potenziamento dei profili tecnici/informatici attesa la strategicità che riveste la struttura informatica e l'ingegneria nell'accompagnare i processi di cambiamento, innovazione ed efficientamento e di attuazione del PNRR sia nell'ambito sanitario che amministrativo.

Ulteriori considerazioni

Nell'ambito del Piano triennale del Fabbisogno sono state valutate altresì le necessità assunzionali già espresse nei Fabbisogni degli anni precedenti - ad oggi non ancora soddisfatte – con riproposizione delle unità laddove sussistenti le condizioni e le necessità assunzionali e si è provveduto a declinare analiticamente tutte le figure necessarie per l'apertura dei nuovi servizi, come illustrato in precedenza.

Inoltre si evidenzia che l'attuazione di detto Piano triennale dovrebbe comportare - in prospettiva - la riduzione delle prestazioni aggiuntive ad oggi erogate essenzialmente per consentire la copertura dei turni di servizio nel periodo estivo nell'ambito della neuroradiologia, anestesia e rianimazione, medicina interna, chirurgia toracica, nefrologia e urologia.

Stabilizzazioni ai sensi della Madia c. 2: sono stati previsti nel Piano, in quanto in possesso dei requisiti previsti alla data del 31.12.2023, n. 1 dirigente Medico Disciplina Cardiochirurgia.

Il personale a tempo determinato ad oggi presente titolare dei requisiti Legge 234/21 alla data del 31/12/2023 è il seguente:

Titolari Requisiti L. 234/2021 art. 1 c. 268 (al 31/12/2022)	n. unità
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	1
Assistente Amministrativo	15

Il personale assunto a tempo determinato, titolare dei requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lettera b) della Legge 234/2021 sarà oggetto di specifica proroga fino al 30.06.2024, nelle more delle procedure di stabilizzazione.

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

Discipline/Profili professionali	Tempi determinati nelle more concorso (al 31/12/2022)	Di cui unità già titolare R. L. 234/2021	Di cui unità interessate dal percorso di stabilizzazione anno 2024	Di cui unità interessate dal percorso di stabilizzazione anno 2025
Dir Medico Chirurgia Generale	1			
Dir Medico Pediatria	1			
Dir Medico Chirurgia Pediatrica	2		2 (Madia c. 1) Req. maturati nell'anno 2023	
Dir Medico Ortopedia e Traumatologia	3			
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	1	1		
Assistente Amministrativo	15	15		
Infermiere	24			
Ostetrica	2			
O.S.S.	34			

Procedure di reclutamento:

Avvisi pubblici Direttori di Struttura Complessa in corso:

Neurochirurgia	In attesa di autorizzazione regionale per assunzione vincitore
Neuroradiologia	In corso di espletamento
Patologia Clinica	In corso di espletamento
Cardiochirurgia	In attesa di pubblicazione bando BURL e GU
Chirurgia Vascolare	In corso indizione
Centro Regionale Trapianti Lazio	In attesa di data per sorteggio Commissione da pubblicare sul BUR

Concorsi pubblici in corso:

n. 11 posti D.M Anestesia e Rianimazione	In corso di espletamento
n. 2 posti D.M. Chirurgia Pediatrica	In attesa di autorizzazione Regionale all'assunzione

Avvisi pubblici in corso:

n. 1 posto D.M. Maxillo Facciale	In attesa di pubblicazione BUR
n. 1 posto D.M. Malattie dell'Apparato Respiratorio	In attesa di pubblicazione BUR

Avvisi pubblici 15 Septies in corso:

n. 1 posto Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	In corso di indizione
---	-----------------------

Procedure stabilizzazione in corso:

n. 15 posti Assistente Amministrativo	In attesa di pubblicazione BUR
n. 1 posto Tecnico sanitario radiologia medica	In corso di indizione

Procedure Centro per l'Impiego – Assunzioni obbligatorie:

n. 20 posti Coadiutore Amministrativo	Stipulata convenzione in attesa di nominativi dal Centro Impiego Assunzioni obbligatorie
n. 6 posti Operatore Tecnico	Stipulata convenzione in attesa di nominativi dal Centro Impiego
n. 1 posto Operatore Tecnico	In attesa di autorizzazione Regionale all'assunzione

Procedure Centro per l'Impiego in attesa autorizzazione regionale:

n. 29 posti Operatore Tecnico	In attesa di autorizzazione regionale
-------------------------------	---------------------------------------

Avvisi pubblici Direttori di Struttura complessa in attesa di autorizzazione regionale:

Reumatologia	In attesa della conferma dell'autorizzazione dalla Regione
Medicina Nucleare	In attesa della conferma dell'autorizzazione dalla Regione
Microbiologia e Virologia	In attesa della conferma dell'autorizzazione dalla Regione
Ematologia	In attesa di autorizzazione Regionale
Radioterapia	In attesa di autorizzazione Regionale
Anatomia ed Istologia Patologica	In attesa di autorizzazione Regionale
Contabilità e Bilancio	In attesa di autorizzazione Regionale
Attività Amministrativa e Libera Professione - CUP	In attesa di autorizzazione Regionale
Sistemi Informatici	In attesa di autorizzazione Regionale

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

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

Naturalmente, rimane fermo l'intendimento della Direzione che, parallelamente all'implementazione delle risorse umane necessarie, trovino sempre più ampia diffusione ed attuazione manovre di razionalizzazione,

efficientamento nonché di qualificata organizzazione del lavoro, avuto riguardo anche all'allocazione delle risorse umane disponibili nonché in ordine alla valutazione delle professionalità già esistenti e delle possibili modalità di riutilizzo, nella logica di impulso alle linee strategiche ritenute "core" in ragione della *mission* e del posizionamento strategico rispetto ai *competitors*.

Riveste particolare interesse della Direzione Aziendale il potenziamento dei profili tecnici/informatici attesa la strategicità che riveste la struttura informatica e l'ingegneria nell'accompagnare i processi di cambiamento, innovazione ed efficientamento e di attuazione del PNRR sia nell'ambito sanitario che amministrativo. In tal senso pertanto si è previsto il reclutamento di n. 5 assistenti tecnici di cui 1 assistente tecnico geometra, 1 assistente tecnico perito industriale e n.3 assistenti tecnici programmatori nonché n. 4 collaboratori tecnici professionali ingegneri .

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

Il Piano triennale riferito al triennio 2023-2025 è stato redatto secondo le Linee guida trasmesse dalla regione Lazio con nota prot. n. U1288272 del 10/11/2023 che prevedono che la predisposizione dello stesso sia basata sulla rilevazione del fabbisogno incrementale/decrementale rispetto al personale a disposizione alla data del 31.12 dell'anno precedente a quello di riferimento.

Con nota a prot. n 42174 del 29/12/2023 questa Azienda ha trasmesso quindi alla Regione Lazio il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2023-2025, redatto secondo il format regionale ,unitamente alla correlata relazione tecnica .

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

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

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

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

- Impossibilità di garantire il fisiologico turn over delle risorse a vario titolo cessate;
- Invecchiamento cronico delle risorse disponibili, con età medie superiori ai 55 anni per i diversi ruoli e profili;

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

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

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

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

MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

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

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

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

Si vuole con ciò garantire tanto l'ambito della Formazione Trasversale/strategica, che supporti i nuovi modelli organizzativi, la promozione dell'interculturalità e l'utilizzo del benchmarking, che la Formazione Specialistica /operativa, volta al miglioramento delle competenze professionali, con criteri evidence-based, ed alla standardizzazione dei percorsi su livelli qualitativi elevati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito della Performance saranno assegnati obiettivi correlati alla formazione utili ad innalzare il livello di consapevolezza da parte del personale sul tema delle molestie di genere, della violenza, del benessere organizzativo, nonché sull'accoglienza in generale e, in particolare, dei più fragili.

Tali assegnazioni derivano anche dalle necessità di ottemperare alle direttive di Zangrillo su tali tematiche.

3.5 PROGETTI SPECIALI: VALORIZZARE L'INGAGGIO CON IL PAZIENTE TRA ETICA E DIGITALE

È di interesse strategico da parte della Direzione sviluppare percorsi di formazione finalizzati alla prevenzione protezione e tutela della condizione umana di fragilità. In particolare l'Azienda adotta un paradigma culturale con il quale ridisegna un nuovo modello di accoglienza ospedaliera, fondata sull'Ospitalità e l'Umanizzazione, come cardine della più ampia tematica della patient centricity

L'azienda è protagonista nello sviluppare ed implementare, attraverso il miglioramento del paradigma culturale, le abilità e le competenze di tutto il personale su:

- violenza di genere

-
- abuso e maltrattamento all'infanzia
 - salute organizzativa
 - centralità della persona nei percorsi di assistenza e cura, garantendo umanizzazione, accoglienza, empatia, accessibilità alle informazioni e comfort.

Per l'Azienda risulta prioritario l'utilizzo delle nuove tecnologie e per questo ha adottato il Piano denominato "San Camillo Digitale". L'Azienda Ospedaliera in generale ha orientato i propri progetti al fine di incrementare l'accoglienza digitale sviluppando processi correlati alla Patient Experience, con l'obiettivo di fornire strumenti che prevedono l'adozione di sistemi interoperabili per l'accoglienza digitale del cittadino, del paziente e del caregiver.

Nello specifico è previsto il progetto che si definisce come Ethical Experience (EX) per lo sviluppo della digitalizzazione dell'Azienda. L'EX assume un ruolo fortemente innovativo della costruzione della User Experience (UX). L'Ethical rappresenta, all'interno del complesso e multidimensionale mondo UX, quella parte dell'impegno dell'Ospedale che risponde alla domanda fondamentale: "Come vorremmo che i prodotti ed i servizi che sviluppiamo (la cura e la salute) fossero vissuti eticamente dai cittadini che li usano?" Nello specifico la EX si cura di tutta una serie di valori e principi etici che accompagnano la realizzazione dei prodotti e servizi affinché questi sappiano prendersi cura delle persone e perché quest'ultime possano vedere e sperimentare questa volontà di cura nei loro confronti.

Allegati Sezione 3 – Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Piano delle Azioni Positive (PAP)

3.2 Regolamento Lavoro Agile – Format Accordo individuale

3.3 Piano triennale del fabbisogno di personale triennio 2023/2025

4 SEZIONE IV – MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

4.1.1 Il Ciclo di Gestione della Performance



Il Ciclo annuale di gestione delle performance è caratterizzato dai seguenti principi:

- definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- collegamento tra gli obiettivi ed allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio ed attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- monitoraggio e rilevazione periodica dei livelli di qualità percepita dagli Utenti finali ed intermedi;
- attuazione di politiche aziendali tese a garantire o implementare le c.d. “pari opportunità” interne all’organizzazione ed a favorire un opportuno clima organizzativo;
- correlazione logica fra i livelli di performance strategica, organizzativa ed individuale;
- misurazione e valutazione della performance e dei risultati organizzativi e individuali;
- utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;

-
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici dell'amministrazione, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Nell'ambito del ciclo della performance, l'attività di misurazione e valutazione ha come scopo quello di migliorare le modalità di individuazione e comunicazione degli obiettivi, di gestire in modo più efficiente le risorse ed i processi organizzativi, di rafforzare le responsabilità ai diversi livelli, di incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Gli attori del Ciclo di gestione delle performance sono i seguenti:

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

Sono considerati, inoltre, titolari di budget:

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

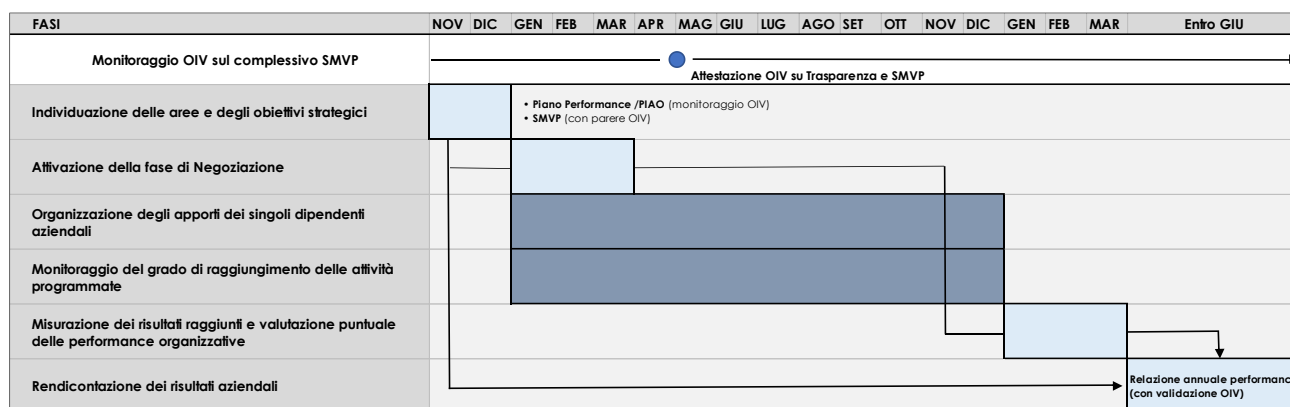
Per i titolari degli incarichi di organizzazione il Processo di Budget avviene attraverso una negoziazione tra il titolare dell'incarico e il Responsabile dell'Unità Operativa a cui afferisce.

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

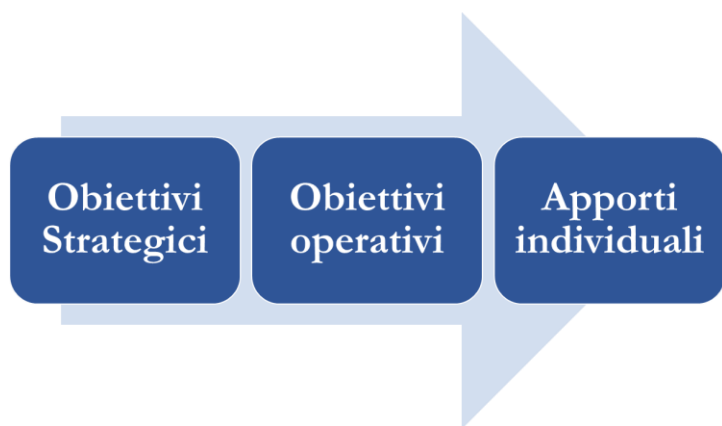
Il Ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) si articola nelle seguenti fasi:

N. Fase	Descrizione Fase	Soggetti e ambiti organizzativi	Tempistica
1	Individuazione delle aree e degli obiettivi strategici da parte della Direzione aziendale, in attuazione della propria vision ed in recepimento delle linee programmatiche dettate a livello nazionale e regionale, che costituiranno l'Albero della Performance	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica aziendale • Collegio di Direzione • Comitato di Budget (con il supporto delle strutture di staff)	A partire dagli ultimi mesi dell'esercizio precedente a quello oggetto di gestione (entro il 31 gennaio gli obiettivi vengono inseriti nel Piano triennale della performance e nel PIAO)
2	Attivazione della fase di Negoziazione , con la definizione ed assegnazione degli obiettivi strategici ed operativi che si intendono raggiungere a livello di singolo Centro di Responsabilità (CdR), dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori di performance, oltre all'allocazione delle risorse disponibili o programmate (formulazione delle Schede di budget)	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica aziendale • Direttori di Dip.to e Responsabili di CdR • Comitato di Budget (con il supporto delle strutture di staff coinvolte e monitoraggio dell'OIV sulla coerenza dei contenuti di performance programmati)	Primi mesi dell'esercizio oggetto di gestione (gennaio-marzo)
3	Organizzazione degli apporti dei singoli dipendenti aziendali , per il raggiungimento delle performance organizzative di CdR programmate	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabili di CdR, Dirigenti e incarichi di Posizione e di Funzione organizzativa del Comparto • Personale aziendale oggetto di valutazione (con il supporto delle strutture di staff coinvolte e monitoraggio e controllo dell'OIV sulla regolarità del processo)	A partire dalle fasi di negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi di CdR e monitoraggio durante tutto l'esercizio. Rilevazione finale (a partire da gennaio dell'esercizio successivo alla chiusura del Ciclo della Performance).
4	Monitoraggio del grado di raggiungimento delle attività programmate e valutazione di eventuali interventi di rimodulazione degli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica aziendale • Direttori e Responsabili di CdR • Strutture di staff coinvolte (monitoraggio dell'OIV sulla coerenza dei contenuti di performance programmati e sugli esiti dei relativi monitoraggi)	Durante tutto l'esercizio di riferimento.
5	Misurazione dei risultati raggiunti e valutazione puntuale delle performance organizzative conseguite nell'esercizio, analizzato e proposto alla Direzione strategica da parte dell'OIV, con il supporto delle funzioni di Struttura Tecnica Permanente (STP)	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica aziendale • Direttori di Dip.to e Responsabili di CdR • Comitato di Budget • Strutture di staff coinvolte • OIV 	Entro i primi mesi dell'esercizio successivo a quello di riferimento
6	Rendicontazione dei risultati aziendali (Relazione sulla Performance) in una logica di massima trasparenza nei confronti dei portatori d'interesse aziendali (istituzioni, dipendenti, utenti e cittadini).	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica aziendale • Strutture di staff coinvolte (monitoraggio dell'OIV in merito alla coerenza dei livelli di performance rendicontati)	Entro il 30 giugno dell'esercizio successivo a quello di riferimento

Gli ambiti gestionali sopra richiamati e le relative tempistiche, pur condizionabili da fasi di sviluppo del Sistema performance o da fattori “esterni” al governo aziendale (vedi la tempistica con cui vengono emanate le linee d’indirizzo di livello regionale), in via ordinaria sono quindi rappresentabili nel seguente schema logico:



Le dimensioni della Performance: organizzativa e individuale



Il Sistema della performance organizza i complessivi contenuti di programmazione secondo il c.d. modello dell'albero delle performance, in base al quale sono definiti chiari legami fra le finalità generali dell'Azienda (obiettivi strategici), gli specifici obiettivi struttura (CdR) in cui si articola la stessa azienda (obiettivi operativi) ed i correlati apporti individuali richiesti ai singoli dipendenti, tenuto conto delle specifiche professionalità e ruoli (performance individuale).

In base a tale approccio, l’attuazione di ogni ciclo di gestione annuale delle performance, oltre a rassicurare la Direzione strategica circa il confluire delle performance organizzative ed individuali verso il perseguimento delle strategie aziendali, rappresenta anche un chiaro punto di riferimento e di responsabilizzazione nei confronti degli stessi dipendenti.

La Performance organizzativa

Il Sistema annuale di performance organizzativa prevede che, attraverso il sistema annuale di budgeting operativo, la Direzione strategica aziendale declini i propri obiettivi strategici in obiettivi operativi di Centro di Responsabilità (CdR), articolando un processo di puntuale responsabilizzazione di ciascuna struttura di line e delle proprie funzioni di staff nelle attività di programmazione, monitoraggio, verifica e rendicontazione dei risultati conseguiti.

Il processo di budgeting operativo si articola nelle fasi di programmazione, monitoraggio, verifica e rendicontazione delle performance conseguite dai singoli CdR e vede principalmente coinvolti i seguenti soggetti.

la Direzione strategica, che ha il compito di elaborare le strategie dell'Azienda e coinvolgere l'organizzazione per il puntuale perseguimento delle stesse attraverso il processo di negoziazione di budget;

l'OIV, che, oltre a monitorare il complessivo funzionamento del sistema, con il supporto delle funzioni di Struttura tecnica permanente procede alla verifica dell'istruttoria relativa alla valutazione delle performance organizzative conseguite delle strutture aziendali, i cui esiti vengono portati all'attenzione della Direzione dell'Azienda;

la Struttura Tecnica Permanente, che supporta l'OIV nello svolgimento delle proprie funzioni ed a tal fine viene individuata come un momento organizzativo in cui vengono ad integrarsi le professionalità afferenti alle tematiche oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'OIV stesso; in considerazione delle suddette responsabilità, le funzioni di STP sono principalmente riconducibili dall'area del controllo di gestione, che a loro volta ove necessario coinvolgono in modo fattivo professionalità afferenti all'area risorse umane e dall'area economico-finanziaria, riservandosi il coinvolgimento di ulteriori ambiti aziendali ove sia reso opportuno dalle specifiche tematiche oggetto di analisi.

Direttori e Responsabili di struttura (CdR), direttamente responsabili dell'efficace ed efficiente utilizzo delle risorse assegnate alla propria struttura in relazione al conseguimento delle finalità dell'Azienda, sono a tal fine coinvolte dalla Direzione strategica nelle fasi di negoziazione degli obiettivi annuali del proprio CdR ed hanno l'onere di rendere partecipe di tali contenuti l'ambito organizzativo dagli stessi diretto.

Nell'ambito della gestione delle performance organizzative di CdR, i direttori e responsabili di struttura sono coadiuvati dagli Incarichi di Posizione e di Funzione dell'area del Comparto, che forniscono un fondamentale contributo nel coordinamento delle attività del personale con qualifica non dirigenziale.

La performance organizzativa conseguita da ciascuna struttura viene rilevata attraverso il sistematico impiego di obiettivi e relativi indicatori di risultato, sintetizzati in opportune schede di CdR.

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

Centro di Responsabilità: Cod. _____ Descrizione _____

Responsabile: _____

Cod. Area Strategica: **X** - Descrizione _____

Obiettivo Strategico	X1	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
X1_01		X1_01_01		X1_01_01_01								
X1_02		X1_02_01		X1_02_01_01								
.....												
X1_N		X1_N_01		X1_N_01_01								
Obiettivo Strategico	X2	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
X2_01		X2_01_01		X1_01_01_01								
Obiettivo Strategico										
Obiettivo Strategico	XN	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
XN_01		XN_01_01		XN_01_01_01								
Totale % Peso per: X						100						___/100

Cod. Area Strategica: **Y** - Descrizione: _____

Obiettivo Strategico	Y1	Descrizione: _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
Y1_01		Y1_01_01		Y1_01_01_01								
Y1_02		Y1_02_01		Y1_02_01_01								
.....												
Y1_N		Y1_N_01		Y1_N_01_01								
Totale % Peso per: Y						100						___/100
Totale % Peso UO												100

NOTE NEGOZIAZIONE DI BUDGET

Il Direttore Unità Operativa

Il Direttore del Dipartimento

Direzione Strategica Aziendale

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

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

Dirigenti

Coordinatori

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

Nelle opportune forme di sintesi richieste dalla normativa nazionale di riferimento, l'Azienda rende note le performance organizzative conseguite nell'esercizio di riferimento attraverso la pubblicazione della Relazione annuale sulla performance, validata dall'OIV e consultabile anch'essa nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

La Performance individuale

In forma coerente con il modello logico dell'albero della performance, l'Azienda gestisce la performance individuale secondo una logica necessariamente collegata alla dimensione della performance organizzativa, quale contributo coordinato dei singoli dipendenti ai fini del conseguimento dei risultati d'equipe. Tale approccio, anche in base quanto previsto da una lettura integrata di tutta la normativa di riferimento, trova conseguente attuazione in una duplice logica, rispettivamente riferita all'individuazione dei contenuti di performance individuale ed al calcolo degli incentivi del personale. Gli ambiti di performance richiesti ai singoli dipendenti, infatti, dovranno essere annualmente individuati secondo specifici livelli di apporto individuale o opportuni comportamenti organizzativi, in ogni caso necessariamente convergenti o comunque funzionali al perseguimento delle performance organizzative. D'altro canto, anche gli incentivi individuali dovranno essere correlati sia ai risultati effettivamente prodotti dall'organizzazione (vd. performance organizzative della struttura di afferenza), che alle performance individuali annualmente apportate da ciascun collaboratore. Ulteriori parametri di calcolo sono inoltre convenuti, nello spazio d'azione concesso dalla normativa di riferimento, con le relative Rappresentanze sindacali ed a tal proposito l'Azienda, nel rispetto dei debiti passaggi di contrattazione integrativa, disciplina in appositi protocolli applicativi sia il puntuale processo di programmazione e controllo delle performance individuali, che le modalità di calcolo dei correlati incentivi del personale.

Anche in tale ambito l'OIV monitora costantemente la validità della metodologia adottata, nonché la corretta applicazione della stessa nel corso di ogni ciclo annuale di gestione delle performance.

Sul piano metodologico, l'Azienda in fase di definizione degli apporti individuali si attiene ai seguenti principi:

- gli ambiti di performance individuale definiti per il singolo dipendente devono risultare coerenti ed integrati con la performance organizzativa in cui lo stesso è collocato;
- devono essere selezionati ambiti di performance che siano rilevanti in termini di contenuti e numericamente equilibrati, affinché non perdano di significato e non facciano perdere di vista i fattori strategici per il raggiungimento degli obiettivi prefissati all'interno dell'organizzazione;
- i livelli di performance individuale attesa devono essere tempestivamente definiti e comunicati al fine di permettere una valorizzazione trasparente sull'intero anno di riferimento;
- devono essere codificati sulla base delle competenze professionali manifestate e potenziali dell'individuo nel rispetto del principio a tendere di miglioramento della qualità, ma al tempo stesso raggiungibile e su cui il dipendente può essere ragionevolmente responsabilizzato.

Nei primi mesi di ciascun esercizio, quindi, a partire dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Azienda richiede ai propri direttori e responsabili di CdR, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori; in tale fase tutto il personale viene coinvolto nel conseguimento degli obiettivi di struttura, procedendo all'analisi delle modalità attraverso cui organizzare i necessari apporti individuali (qualitativi e quantitativi). Da tale fase deriva anche l'individuazione e condivisione dei criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali nell'esercizio di riferimento, esplicitando per ciascuno di questi il significato oggettivabile e contestualizzato del livello di apporto individuale atteso.

Saranno a tal proposito individuate le dimensioni degli specifici indicatori di performance individuale in termini di:

- a) risultati conseguiti;
- b) comportamenti organizzativi finalizzati al conseguimento delle performance id struttura.

Gli "indicatori" di performance individuale potranno essere quindi espressi in termini di output, di standard qualitativi, temporali, di processo, organizzativi, ecc. ed in ogni caso caratterizzati da:

- significatività, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente ed esattamente il grado di raggiungimento di un obiettivo;
- completezza, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati;
- tempestività, intesa come la capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori;
- oggettività, ossia la capacità dell'indicatore di essere rilevato secondo standard di riferimento non arbitrari.

Al termine di ciascuna annualità, con riferimento ai criteri e livelli di valorizzazione preventivamente individuati ed attraverso apposita modulistica, ciascun responsabile rileverà gli apporti individuali effettivamente prestati dai propri collaboratori nell'anno di riferimento, così mettendo in grado gli uffici amministrativi di procedere ai conseguenti calcoli degli incentivi individuali spettanti.

Dall'anno 2023 sono la Performance individuale della Dirigenza è gestita attraverso una piattaforma informatizzata, mentre il Comparto viene valutato secondo le modalità stabilite negli accordi decentrati vigenti nelle more dell'informatizzazione del processo.

4.2 MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'attività di monitoraggio sarà eseguita secondo le modalità e la tempistica specificatamente indicate nella Sezione 2.3.

Ulteriormente l'esito del monitoraggio relativo all'attuazione del PTPCT 2023 – 2025 è riferita nella relazione annuale del RPCT pubblicata nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente".

4.3 MONITORAGGIO DEL PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

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

4.4 MONITORAGGIO DEL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

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

4.5 MONITORAGGIO DEL PIANO DELLA TRANSIZIONE DIGITALE

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

APPENDICE ALLE SEZIONI

Allegati Sezione 2.2 – Performance

Allegato n.1 Elenco obiettivi e indicatori assegnati alle singole strutture aziendali (UOC/UOSD) nell'anno 2024

Allegati sezione 2.3– Prevenzione della corruzione e trasparenza 2024-2026:

Allegato n. 1 Trasparenza - Obblighi di Pubblicazione

Allegato n. 2 Misure Specifiche

Allegato n. 3 Scheda mappatura processi

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

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

Allegato n. 6 Scheda Monitoraggio di II livello

Allegato n. 7 Scheda articolazione strutture sanitarie

Allegato n. 8 Scheda articolazione strutture amministrative

Allegati Sezione 3 – Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Piano delle Azioni Positive (PAP)

3.2 Regolamento Lavoro Agile – Format Accordo individuale

3.3 Piano triennale del fabbisogno di personale triennio 2023/2025