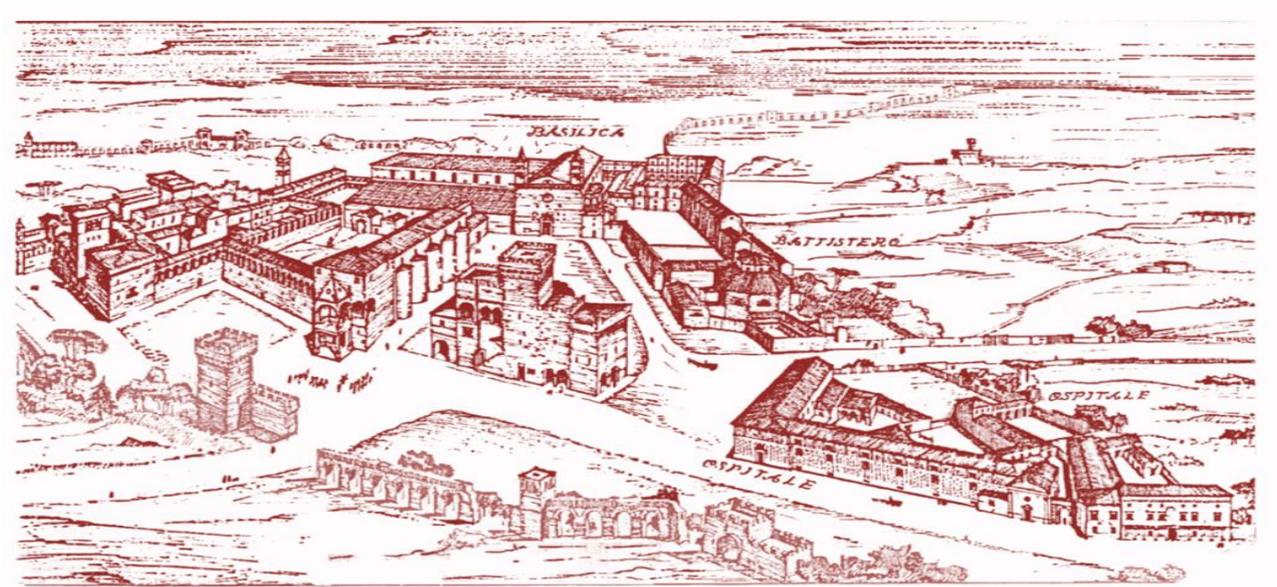


Azienda Ospedaliera “Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata”



**Piano Integrato di Attività e Organizzazione
(P.I.A.O.) aggiornato al triennio 2024 - 2026**
(articolo 6 D.L. 9 giugno 2021, n. 80 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113)

CENTRALITÀ
DELLA PERSONA E RISPETTO DELLA DIGNITÀ UMANA

UNIVERSALITÀ
DELL'ASSISTENZA ED EQUITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI

QUALITÀ
EFFICACIA
SICUREZZA
APPROPRIATEZZA DELLE CURE

ETICITÀ E TRASPARENZA
DELLE SCELTE E DEI COMPORTAMENTI

SOSTENIBILITÀ
ECONOMICA ED EFFICIENZA GESTIONALE

Premessa

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

- 1.1. Chi siamo
 - 1.1.1. La storia
 - 1.1.2. Capacità ricettiva del “Polo Ospedaliero”
 - 1.1.3. Gli standard di qualità
- 1.2. Vision e Mission
- 1.3. L'Azienda in cifre
 - 1.3.1. Dotazioni posti letto
 - 1.3.2. La capacità produttiva
 - 1.3.3. Risorse umane
- 1.4. Verso il futuro
 - 1.4.1. Il rilancio strutturale nell'ultimo triennio

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

- 2.1. Valore Pubblico
 - 2.1.1. Obiettivi strategici e programmazione economica
 - 2.1.2. Linee strategiche di sviluppo
 - 2.1.3. Azioni e risultati attesi
- 2.2. Performance
 - 2.2.1. Il livello strategico
 - 2.2.2. Il livello organizzativo
 - 2.2.3. Il livello individuale
- 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza
 - 2.3.1. Analisi del contesto esterno / interno
 - 2.3.2. Valutazione del rischio
 - 2.3.3. Trattamento del rischio
 - 2.3.4. Programmazione e attuazione della trasparenza

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- 3.1. Struttura organizzativa
 - 3.1.1. Specificità del modello organizzativo
 - 3.1.2. Aspetti economico finanziari
 - 3.1.3. Elementi di forza e di debolezza
 - 3.1.4. Linee strategiche
- 3.2. Organizzazione del lavoro a distanza
- 3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale
 - 3.3.1. Gestione delle risorse umane secondo i principi di razionalizzazione riorganizzazione e programmazione
 - 3.3.2. Programmazione del fabbisogno
 - 3.3.3. Politiche di stabilizzazione
 - 3.3.4. La formazione

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

- 4.1. Valore pubblico e performance
- 4.2. Rischi corruttivi e trasparenza
- 4.3. Formazione
- 4.4. Organizzazione e capitale umano

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), documento di durata triennale, adottato entro il 31 gennaio di ogni anno e aggiornato annualmente.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni pubbliche.

La *ratio* del P.I.A.O. risiede nella volontà di creare un piano unico di *governance*, potremmo anche dire *un piano-una programmazione*, in grado di superare la molteplicità e la conseguente frammentarietà degli strumenti di programmazione introdotti nelle varie fasi dell'evoluzione normativa.

In particolare il P.I.A.O. sostituisce:

- il Piano della Performance, poiché stabilisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, poiché definisce la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) poiché, tramite l'analisi del contesto in cui opera l'azienda, identifica le criticità che espongono l'amministrazione ai rischi corruttivi, identifica e valuta tali rischi progettando misure per contenerli secondo un'ottica di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità monitorando l'idoneità e l'attuazione; applica infine la programmazione e il monitoraggio della trasparenza.

SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Nome Amministrazione	Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata"
Sede legale	Via dell'Amba Aradam, 9 - 00184 Roma
Contatti	Telefono: +39 06 77051
	Pec: ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it
C.F. e P.I.	04735061006
Sito web	https://www.hsangiovanni.roma.it/
Logo	  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA</p> <p>REGIONE LAZIO</p>

I.I. CHI SIAMO

I.I.I. La storia

L'Azienda è stata costituita con deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30 giugno 1994 ai sensi e per gli effetti della L.R. Lazio 16 giugno 1994, n. 18. Caratterizzata dalla natura storica dei suoi edifici, l'Azienda dispone di un singolare palinsesto monumentale, che documenta il suo lungo percorso dalla Roma repubblicana ad oggi, dunque all'ospitalità della domus, attraverso l'accoglienza del hospitio, sino o alla cura del nosocomio.

L'ospedale fondato nel 1333 ed edificato nel 1338 costituisce oggi una moderna Azienda Ospedaliera di ampio respiro internazionale, dove operano al suo interno diverse Unità Operative multidisciplinari con caratteristiche di Alta Specializzazione. L'Azienda svolge la propria attività assistenziale sui seguenti presidi:

Presidio Ospedaliero "S. Giovanni"

È il P.O. principale dell'Azienda, in cui si svolge la gran parte dell'attività clinica di ricovero ospedaliero, in regime ordinario e diurno, per patologie acute, comprensiva dell'attività di emergenza e urgenza di Pronto Soccorso, quale sede di DEA di 2° livello; vi si svolge l'attività operatoria e di ricovero intensivo e sub intensivo, nonché attività di riabilitazione.

Presidio Ospedaliero "Addolorata"

Si caratterizza come Polo Onco-ematologico dell'Azienda, con prevalente attività clinica, in regime di ricovero ordinario e diurno, ma anche con attività di specialistica ambulatoriale; è sede del Laboratorio Galenico aziendale e del Centro Demenze, neurologiche e dell'anziano; ospita, altresì, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) afferente al Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma2, regolato da apposita convenzione tra le due Aziende.

Presidio Ospedaliero "Britannico"

È Presidio monospecialistico dedicato all'attività oculistica, sia in regime di ricovero diurno, compresa l'attività operatoria, sia per la specialistica ambulatoriale. In tale Presidio si colloca la Banca degli Occhi, Centro di riferimento regionale.

Presidio Sanitario "Santa Maria"

Sede di attività specialistica ambulatoriale, compresa la chirurgia ambulatoriale, e di attività di ricovero a ciclo diurno nonché della dialisi ambulatoriale, che ha presso la Medicina D'Urgenza dell'ospedale S. Giovanni una sua sezione dedicata alla dialisi per acuti, sia per pazienti in arrivo al Pronto Soccorso, sia per garantire la dialisi ai pazienti ricoverati.

	Link
Pianta	https://hsangiogiovanni.roma.it/index.php?p=115
Organigramma	https://hsangiogiovanni.roma.it/documenti/Organigramma.pdf

Nell'ambito dei Presidi ospedalieri insistono immobili ed intere aree di particolare e significativa valenza archeologica- storico-artistica-architettonica, così come di seguito riportati:

A) all'interno del **Presidio Ospedaliero San Giovanni:**

CORPO F

- Ipogeo Oratorio Paleocristiano e area archeologica esterna con murature a vista;
- Ipogeo Bottega del vetraio;
- Portico Medioevale;
- Ospedale dell'Angelo (Area Museale) con Antica Spezieria;
- Convento delle Suore della Misericordia (già Casa Prefettizia Confraternita del SS. Salvatori);

CORPO G

- Ipogeo Impianto Termale Domus degli Annii;
- Chiesa dei Santi Andrea e Bartolomeo;
- Corsia Vecchia (Sala Folchi);
- Sala d'Angolo (Sala Antico Atrio).
- Primo piano: Sala Luigi D'Elia con ambienti annessi;
- Primo piano: Scuola Infermieri;

CORPO H

- Ipogeo Peristilio Domus degli Annii;
- Corsia Nuova (Sala Mazzoni) con ambienti annessi;
- Primo piano: spazio non tramezzato a rustico (Corsia Maggiorani);

AREA ESTERNA CORPI G / H: Cortile Monumentale con colonna Crucifera, reperti archeologici e Ninfeo dell'Acqua Felice;

CORPO I: Casa dei Cappellani;

AREA ESTERNA CORPI H / I: Giardini verso Via Amba Aradam con Dittico in Trabeazione a colonne e mosaico termale e fontana;

AREA ESTERNA CORPI D/C: strutture archeologiche a vista: Tabernae, Enopoli, Horti Domitia Lucilla e Fullonica;

B) all'interno del **Presidio Sanitario Santa Maria:**

CORPO L

- Edifici Storici riconvertiti ad uso socio-sanitario;
- ex Cappella di Santa Maria delle Grazie;
- ex Area Cimiteriale;
- ex Ospizio di Sant'Antonio;

CORPO M

- Spazio Polifunzionale esterno;
- Portico e Corsia delle Donne con corridoio e ambienti annessi;
- Primo piano: Sala Puccinotti con ambienti annessi;

CORPO N

- Galleria con antiche mura riferibili all'acquedotto Claudio;
- Abitazioni al civico 70/72 su Piazza San Giovanni (intero edificio);

CORPO O

- Ipogeo Domus c.d. di Licinio Sura;
- Piani rialzati: Centro Poliambulatori;

C) all'interno del **Presidio Ospedaliero Britannico:**

AREA ESTERNA E GIARDINO PERIMETRALE

- Mura dell'Antico Acquedotto Celimontano;

- Antica cisterna Romana riconvertita in casale di portierato;
- Primo Ipogeo a due ambienti;
- Secondo Ipogeo (ancora da studiare);

Il patrimonio storico, è stato restaurato e ristrutturato negli anni, per mantenerlo e poterlo rendere fruibile allo svolgimento di attività o eventi sanitari, socio-sanitari e culturali.

Nel recente periodo pandemico presso alcune delle Sale ristrutturate è stato organizzato il Centro Vaccinale COVID-19 dell’Azienda e il Centro per l’effettuazione dei tamponi (walk in).

Si organizzano visite guidate alle opere con itinerari archeologici e storico artistici.

L’Azienda, nel mese di luglio 2022, ha approvato lo studio di fattibilità per la manutenzione e valorizzazione dei beni culturali trasmesso alla Regione Lazio per la richiesta di ammissione al finanziamento.

Costituiscono, inoltre, beni indisponibili dell’Azienda:

- l’unità immobiliare sita in Piazza San Giovanni in Laterano n. 72
- l’unità immobiliare sita in Via dell’Amba Aradam n. 9 Sede Legale dell’Azienda.

Costituiscono patrimonio mobiliare dell’Azienda le attrezzature, gli apparecchi di laboratorio, di radiologia, di camera operatoria, gli apparecchi elettromedicali, le dotazioni per studi medici e dotazioni di ufficio, nonché le dotazioni alberghiere, compresi i letti e i restanti arredi delle aree di degenza e dei servizi di supporto che, previa registrazione nei relativi libri inventariali, sono allocati nei reparti di competenza dei presidi.

L’Azienda riconosce il valore strategico del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica utile allo svolgimento della propria attività sanitaria, nonché di promozione, valorizzazione e qualificazione storico culturale.

Con Regolamento adottato dal Direttore Generale è disciplinata la tenuta degli inventari dei beni mobili, la loro gestione, l’affidamento ai consegnatari responsabili e le eventuali procedure di alienazione.

I.1.2. Capacità ricettiva del “Polo Ospedaliero”

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Delibera Regione Lazio 7 dicembre 2023, n°869, la capacità ricettiva in posti letto del “Polo Ospedaliero”, costituito dai Presidi di cui ai precedenti paragrafi, è, allo stato, pari a n. 728 di cui n. 66 dedicati alle degenze diurne (ferme restando le eventuali successive modifiche/integrazioni regionali che dovranno intendersi recepite di diritto nell’Atto Aziendale).

I posti letto sono aggregati per Unità di degenza con una dotazione, di norma, non inferiore a n. 20 e non superiore a n. 30. Più Unità di degenza possono condividere la gestione organizzativa dei posti letto in dotazione sia ordinari sia di DH, riuniti in Unità assistenziali omogenee.

Per le degenze chirurgiche, in particolare, le aggregazioni suddividono le aree di degenza, tutte multidisciplinari, in:

- **reparti chirurgici di “Long Surgery”**, che accolgono pazienti più complessi in ricovero programmato superiore alla degenza di 5 giorni;
- **reparti di ricovero di “Week Surgery”**, che accolgono pazienti elettivi a ciclo breve, con ricovero massimo settimanale di 5 giorni di degenza, con chiusura nel week end;
- **reparti di ricovero di “Long Urgenza”** preposti ad accogliere i pazienti che afferiscono dal Pronto Soccorso, attuando in tal modo una opportuna separazione dei percorsi di ricovero elettivi e di emergenza/urgenza.

È presente inoltre un’area adiacente al Blocco Operatorio del primo piano-del P.O. San Giovanni, riservato alle attività operatorie di Day Surgery.

I posti letto di degenza sono organizzati, pertanto, per livello di intensità di cura che si articola in alta (assistenza intensiva), medio-alta (sub-intensiva, ordinaria e diurna) e bassa (riabilitazione). Le unità di degenza ordinaria, organizzate su 5 giorni come week surgery, consentono di perseguire un utilizzo più efficiente delle risorse.

Presso l'Azienda è allocato il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della ASL Roma 2 che opera autonomamente, secondo la regolamentazione stabilita tra le due Aziende.

La programmazione, a livello regionale, delle reti assistenziali identifica il posizionamento dell'Azienda nelle stesse come riportato sinteticamente dalla tabella seguente:

RETE	POSIZIONAMENTO AZIENDA
EMERGENZA	DEA II Livello
ICTUS	Unità di trattamento neurovascolare (UTN) di I livello
CARDIOLOGICA	Cardiologia/UTIC Servizio di emodinamica
PERINATALE	Unità Perinatale di II livello
TRASFUSIONALE	Servizio Immuno - TrASFusionale
TRAUMA	Centro Trauma di Zona (CTZ)

1.1.3. Gli standard di qualità

L'Azienda ha come obiettivo primario la qualità totale.

Al fine di garantire la qualità delle prestazioni, l'Azienda adotta in via ordinaria il metodo della verifica e della revisione della quantità e della qualità delle prestazioni e assicura per il monitoraggio dell'attività, l'attivazione del sistema di indicatori di qualità previsti dall'art. 10, 3° comma, del D.L.vo 30/12/92, n. 502, così come modificato dal D.L.vo n. 517/93, in conformità alle indicazioni metodologiche contenute nella "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari: principi e criteri di attuazione, finalità, materiale illustrativo" predisposta dal Dipartimento della Funzione Pubblica d'intesa con il Ministero della Sanità.

Customer Satisfaction

Le indagini di Customer Satisfaction, condotte periodicamente dalla U.o.s.d. Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione interna, consentono di portare avanti in maniera costante e sistematica l'analisi del gradimento dei servizi offerti agli utenti.

Affinché i risultati che emergono dalla elaborazione dei dati raccolti attraverso le indagini possano considerarsi validi, si rende necessario predisporre l'attività di Customer Satisfaction secondo standard metodologici e procedere alla interpretazione e contestualizzazione dei dati raccolti, in modo che questi, unitamente alle informazioni provenienti da altre fonti, possano divenire informazione concreta e consentire proposte migliorative o correttive delle criticità evidenziate. Gli stessi dati raccolti, alla luce delle disposizioni contenute nel D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, attuativo della legge 4 marzo 2009 n. 15 (Decreto Brunetta), possono essere utilizzati nell'ambito della valutazione della performance.

Link Customer Satisfaction 2023 <https://hsangiovanni.roma.it/index.php?p=193>

I.2. VISION E MISSION

NEL CUORE DELLA STORIA, AL CENTRO LA PERSONA

Situata nel cuore della Capitale, l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute.

Sull'orizzonte dei propri principi ispiratori quali centralità della persona e rispetto della dignità umana, universalità dell'assistenza ed equità nell'accesso ai servizi, qualità, efficacia, sicurezza e appropriatezza delle cure, eticità e trasparenza delle scelte e dei comportamenti, sostenibilità economica ed efficienza gestionale, intende realizzare un'organizzazione finalizzata:

- alla gestione di servizi sanitari equi, efficaci, appropriati, tempestivi e a misura di persona;
- alla valorizzazione continua, costante e partecipata delle risorse umane sviluppandone le relative competenze e abilità, e assicurandone il benessere psicofisico;
- all'adeguamento e all'innovazione delle risorse strumentali, tecnologiche e informatiche per erogare servizi sanitari in linea con la ricerca scientifica più avanzata;
- all'adozione e all'innovazione di modelli organizzativi incentrati sulla flessibilità, che consente di adeguare le risorse e le strutture alle esigenze del carico assistenziale del momento, con percorsi in grado di modificarsi di pari passo con i cambiamenti epidemiologici e demografici della popolazione, lo sviluppo della Medicina e le tecnologie disponibili;
- all'adozione di procedure che garantiscano l'appropriatezza e l'evidenza scientifica degli interventi sanitari, garantendo la sicurezza delle cure.

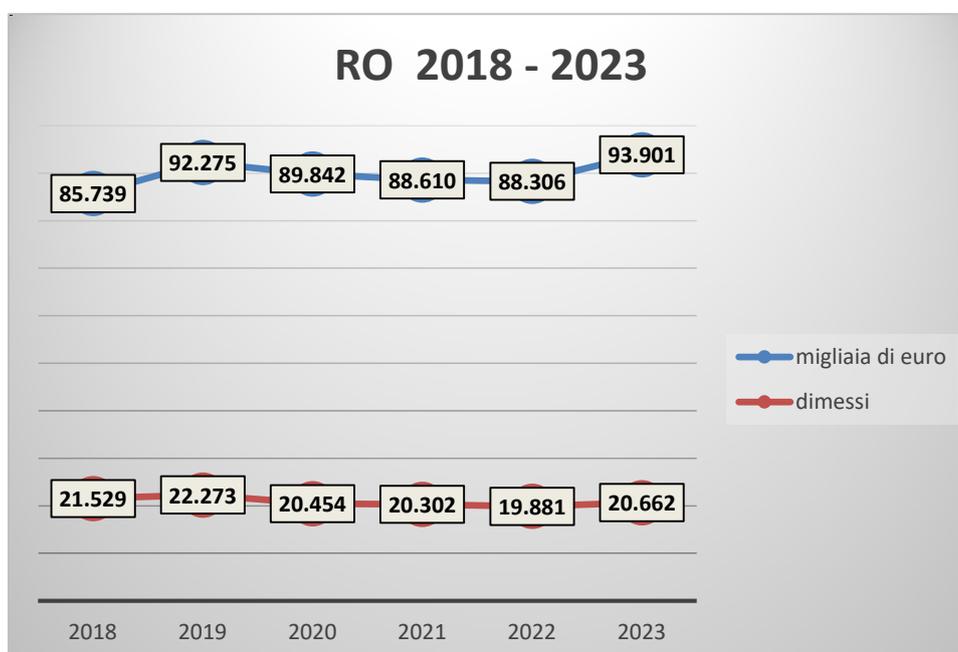
I.3. L'AZIENDA IN CIFRE

I.3.1. Dotazione posti letto

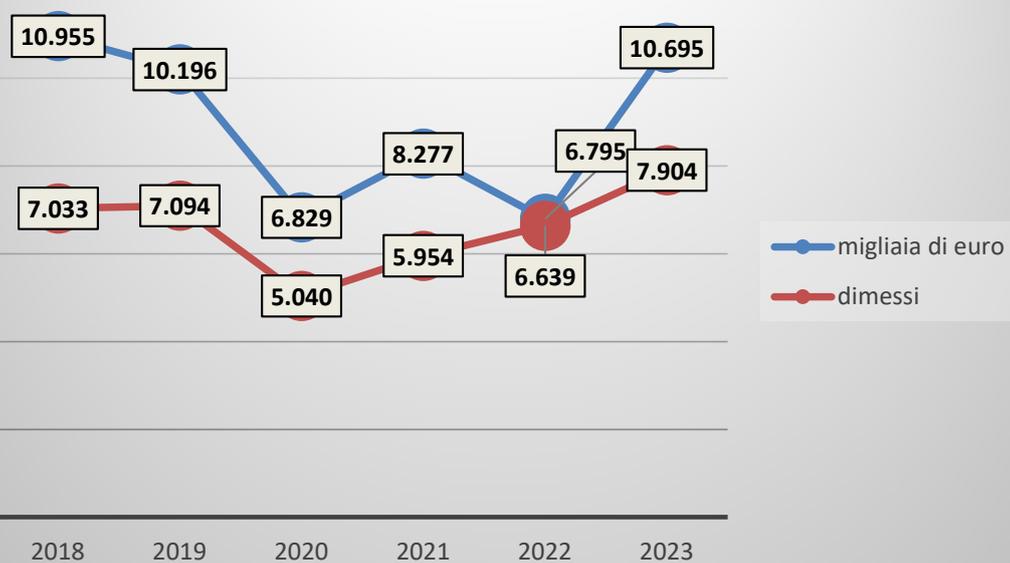
Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Delibera Regione Lazio 7 dicembre 2023, n°869 la capacità ricettiva in posti letto del “Polo Ospedaliero” è, allo stato, pari a n. 728 di cui n. 66 dedicati alle degenze diurne.

I.3.2. La capacità produttiva (Fonte dati: DWH)

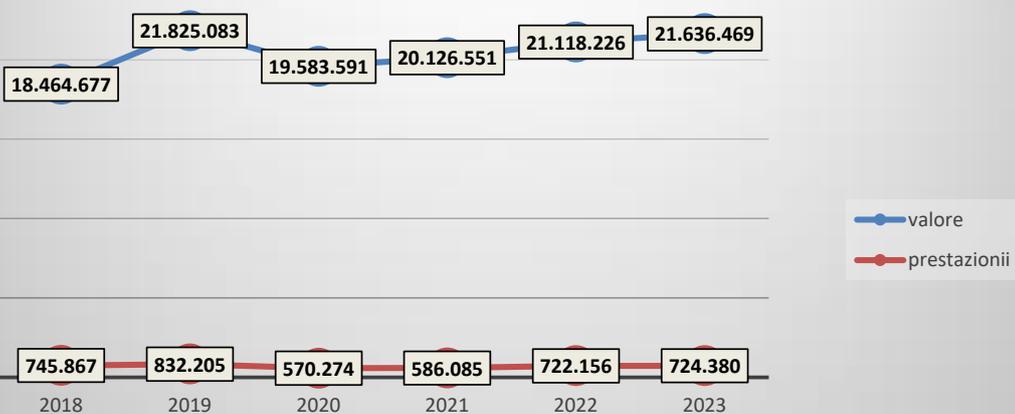
attività		2018	2019	2020	2021	2022	2023	variazione 23/22 n.	variazione 23/22 %
Dimessi in Degenza ordinaria per acuti *		21.529	22.273	20.454	20.302	19.881	20.662	781	3,78%
Dimessi in Degenza diurna per acuti		7.033	7.094	5.040	5.954	6.639	7.904	1.265	16,00%
Accessi in degenza diurna per riabilitazione		1.667	1.716	1.224	1.706	1.578	1.138	-440	-38,66%
Prestazioni di Specialistica ambulatoriale		745.867	832.205	570.274	586.085	722.156	724.380	2.224	0,31%
Accessi in pronto soccorso		58.251	57.415	39.874	41.517	47.296	48.367	1.071	2,21%
indicatori		2018	2019	2020	2021	2022	2023	variazione 23/22 n.	variazione 23/22 %
RO	DM	7,90	8,10	8,23	7,86	6,63	7,73	1,10	14,23%
	peso	1,22	1,25	1,31	1,32	1,32	1,35	0,03	2,22%
DH	accessi medi	4,21	3,85	3,71	3,65	3,33	2,98	-0,35	-11,74%
	peso	0,80	0,81	0,79	0,81	0,81	0,84	0,03	3,57%
% accessi con permanenza in PS/DEA < 12 h		93	89,4	83,3	81,8	82,1	82,21	0,11	0,13%



dh ds 2018 - 2023

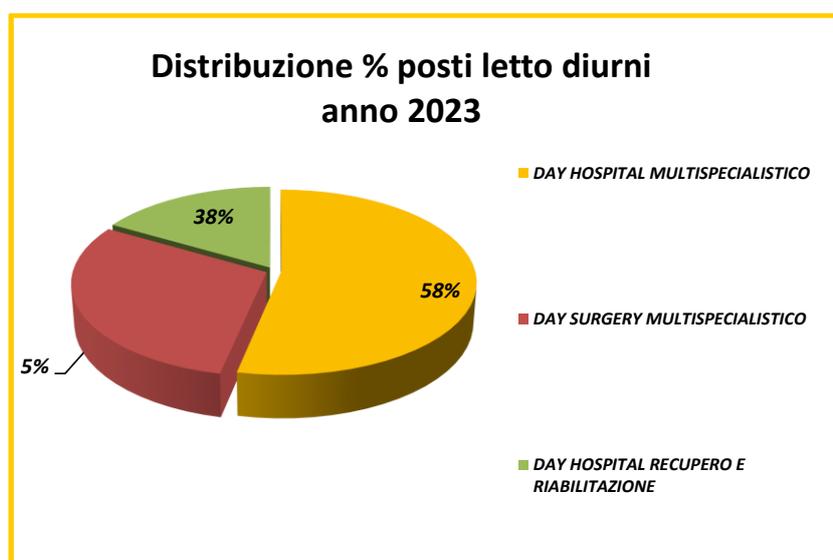
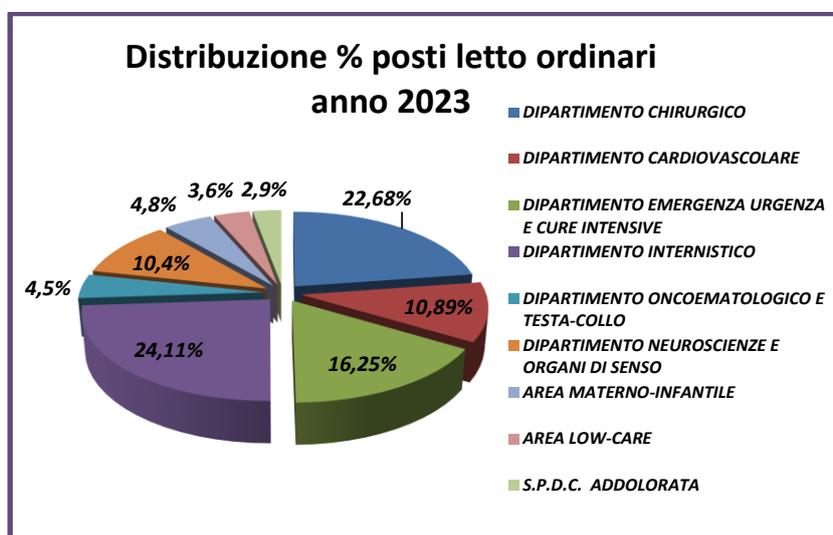


AMBULATORIALE 2018 - 2023



Indicatori di esito (Fonte dati DWH)

Indicatori di Esito	valore soglia	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria < 3GG	>= 70%	77,9	74,5	73,3	81,6	88,2	92,4
Proporzione interventi femore pz >= 65 anni entro 2 GG	>= 60%	57,6	84,0	41,0	41,8	73,9	78,8
Proporzione parti cesarei primari	<= 25%	28,8	22,1	27,2	23,0	27,6	22,1
Proporzione PTCA entro 90' dall'accesso in pz con IMA STEMI	>= 60%	62,8	69,4	77,4	52,2	78,4	64,5



I.3.3. Risorse umane

Le tabelle sotto riportate comprendono i dipendenti a tempo indeterminato e determinato, nonché il personale con incarico art. 15 sept. D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm. e ii., i comandati in entrata, esclusi i comandati in uscita, il personale religioso e i principali indicatori nonché alcune informazioni relative al grado di istruzione e alla composizione di genere del personale.

Tipologia personale	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Dirigenti medici e dirigenti odontoiatri	509	522	555	537	510	496
Dirigenti ruolo sanitario non medico	16	19	30	30	31	36
Comparto ruolo sanitario	1290	1305	1448	1.371	1.315	1275
Dirigenti altri ruoli	14	18	20	16	16	15
Comparto altri ruoli	302	338	441	404	368	340
TOTALE	2131	2202	2494	2358	2240	2162

INDICATORI	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% di dirigenti donne	46,57%	47,58%	47,74%	48,37%	50,09%	53,19%
% di donne rispetto al totale del personale	61,71%	62,40%	63,59%	63,44%	64,83%	65,60%
% di donne assunte a tempo indeterminato	66,97%	68,03%	73,63%	59,30%	61,26%	44,07%
età media del personale femminile non dirigente	50	50	48	48	47,90%	48,42%
età media del personale femminile dirigente	52	53	52	52	51,78%	51,58%

INDICATORI	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Età media del personale complessivo (anni)	52	52	50	50	49,7	50
Età media dei dirigenti (anni)	54	55	54	54	53	53
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	-2,21%	+ 1,32%	13,71%	6,61%	-10,14%	-8,58%
Turn-over del personale nell'ultimo triennio	74,31%	94,23%	176,41%	138,00%	114,00%	37,80%
Tasso di assenze	22%		19,23%	19,43%	20,33%	24,68%
Tasso di richieste di mobilità	2,70%	12,22%	0	0,43%	0,04%	0,00%
Tasso di infortuni	5,21%	6,04%	9,61%	0,60%	33,12%	10,80%
% trattenuti in servizio		0,27%	0,52%	0,42%	0,00%	0,18%
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto (anno)	30.345	33.857	33.783	33.168	32.600	35.227
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti (anno)	73.937	91.109	91.186	90.750	89.800	86.037
% di personale assunto a tempo indeterminato nell'anno	5,26%	5,71%	9,02%	2,37%	1,3%	3,4%

dipendenti	dati anno 2021 in %			dati anno 2022 in %			dati anno 2023 in %		
	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea
maschi	51%	32%	28%	51%	42%	33%	52%	40%	32%
femmine	49%	68%	72%	49%	58%	67%	48%	60%	68%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

I.4. VERSO IL FUTURO

60 MLN

33 MLN

27 MLN

Per avviare la rivoluzione tecnologica e digitale oltre che l'aggiornamento delle infrastrutture ospedaliere dell'AO San Giovanni Addolorata.

Un piano aziendale di ripresa e resilienza (PARR) che sarà finanziato con:

PNRR/PNC

Altri finanziamenti

ART.20/DGR/DL34

Il PARR (Allegato I) si basa su una rivoluzione tecnologica e digitale e un aggiornamento delle strutture per costruire un'Azienda sempre più accessibile, produttiva, attrattiva, sicura e accogliente, che accolga i bisogni dei pazienti e dei cittadini, che sia virtuosa, semplice, veloce e che protegga il valore pubblico.

Le aree di intervento riguarderanno la valorizzazione di 12 percorsi funzionali: emergenza-urgenza; oncologia-ematologia; oculistica; rete neuro-trauma; cardiologia; materno-infantile; attività ambulatoriale; COT; diagnostica per immagini; umanizzazione e ammodernamento dei reparti; sicurezza; digitalizzazione ed efficienza energetica.

Gli investimenti messi in atto dell'Azienda si inseriscono in un complessivo piano riorganizzativo della sanità del Lazio che vede impegnati 700 mln fino al 2026.



Giubileo 2025

Al fine di preparare l'AOSGA a contribuire attivamente al programma di accoglienza per il Giubileo della Chiesa Cattolica 2025, è stato redatto un documento di indirizzo alla progettazione (approvato dai competenti organi regionali) nel quale sono stati individuati interventi valutati necessari e ritenuti indispensabili allo scopo.

Nello specifico sono stati individuati interventi che ricadono nelle tre seguenti macroaree:

- I. [LAVORI PER IL POTENZIAMENTO E L'IMPLEMENTAZIONE DELLA SICUREZZA DELLA STRUTTURA](#): potenziamento e ammodernamento degli impianti elettrici e messa in sicurezza delle facciate e delle aree esterne del P.O. San Giovanni e del P.O. Santa Maria e alla riorganizzazione delle sala d'attesa della Radiologia ubicata al P.O. San Giovanni;

2. **ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI:** rinnovo tecnologico di alcune delle principali apparecchiature del Blocco Operatorio (tavoli operatori, pensili, Archi a C), sostituzione di quei dispositivi definiti salva vita e di monitoraggio vitale presenti nelle aree di rianimazione e terapia intensiva quali monitor multiparametrici, ventilatori polmonari, pompe a siringa, nonché sostituzione di alcune tecnologie di diagnostica per immagini anch'esse ormai obsolete;
3. **DIGITALIZZAZIONE:** fornitura di soluzioni hardware e software da destinare ai Blocchi Operatori ed ai reparti ad Alta Intensità di Cura, con la fornitura di postazioni di lavoro e di sistemi di visualizzazione dei dati sanitari, al fine di rendere ergonomico preciso ed efficiente il flusso operativo delle suddette Aree, e consentire l'esecuzione di nuove attività sanitarie all'avanguardia.

I.4.1. Il rilancio strutturale nell'ultimo triennio

Aula Multimediale - Presidio monumentale Santa Maria

Il Complesso Ospedaliero San Giovanni - Addolorata è caratterizzato dalla natura storico-culturale dei suoi straordinari edifici, una scrittura architettonica secolare, che si legge tra gli strati e nelle increspature dei suoi paramenti monumentali.

I quattro Presidi che lo compongono sono, quindi, uno scrigno di arte e storia, di archeologia e architettura, che va dall'epoca repubblicana al tardo Barocco, con interventi settecenteschi e dei primi del novecento, fino agli ultimi di rilevanza architettonica realizzati per il Giubileo del 2000 firmati dal prof. Paolo Portoghesi, insigne architetto, saggista e strenuo difensore del Genius Loci.

Il presidio monumentale del Santa Maria, che nelle sue consistenze ricomprende tutte le fasi della stratificazione temporale e architettonica, è a sua volta articolato in corpi edilizi identificati con le lettere L-MN-O-PQRST. Al Primo Piano del Corpo M l'Azienda Ospedaliera ha pensato e realizzato l'Aula Multimediale, una struttura al servizio del proprio personale sanitario per consentirgli di seguire quei percorsi di formazione continua e obbligatori per legge dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM).

Percorso nascita – Ambulatori neonatologici e pediatrici – Presidio monumentale Santa Maria

I nuovi Ambulatori di Neonatologia e Pediatria sono ubicati al piano primo del Corpo T del Presidio Santa Maria, sede principale di riferimento per tutta l'attività ambulatoriale dell'Azienda.

Nell'ambulatorio neonatologico si erogano tutte le prestazioni necessarie per i primi 100 giorni di vita del neonato oltre che le prestazioni pediatriche fino a 14 anni. In particolare si erogano prestazioni con percorso interno, ma sono aperti anche al CUP per gli accessi dall'utenza esterna.

Area week donna e ostetricia – Presidio Ospedaliero San Giovanni

La nuova Area Week Donna è ubicata al piano secondo del Corpo D del P.O. San Giovanni.

L'intervento di ristrutturazione si inserisce coerentemente nel piano di riqualificazione e sviluppo di tutte le attività sanitarie connesse all'area sanitaria materno infantile, la cui attuazione ha già conosciuto, con l'inaugurazione del nuovo ambulatorio di neonatologia del Presidio Santa Maria, un primo concreto riscontro e che si è completato con l'ultimazione del Blocco Parto e con la ristrutturazione del reparto di Degenza ostetrica.

L'apertura del nuovo reparto s'inserisce in un progetto più generale di riqualificazione e rilancio del percorso materno-infantile, un percorso importante e da sempre nella tradizione dell'Ospedale San Giovanni.

Il reparto ricomprende al suo interno le attività di ginecologia, ostetricia e senologia. L'assistenza è erogata da un'équipe multidisciplinare che si dedica quotidianamente a soddisfare le esigenze dell'universo femminile.

Ambulatori oculistica – Presidio Ospedaliero Britannico

Inserito in una palazzina all'interno di un contesto storico di grande rilievo, il P.O. Britannico accoglie l'area funzionale intra dipartimentale di Oftalmologia di cui fanno parte l'Unità Operativa Complessa di Oculistica, la Unità semplice dipartimentale di Chirurgia Vitreoretinica e la Banca degli Occhi (Centro regionale di riferimento per i trapianti): reparto di degenza, day hospital e diversi ambulatori attrezzati con le ultime tecnologie che permettono di offrire un servizio di qualità dove i pazienti con problemi oculari importanti possono effettuare qualsiasi tipo di diagnosi, attraverso i più avanzati standard di qualità.

L'Azienda ha provveduto al rinnovo delle tecnologie del Blocco Operatorio oculistico e della Banca degli Occhi.

Nuovo Blocco Parto - Presidio Ospedaliero San Giovanni

Il nuovo Blocco Parto è ubicato al piano primo del Corpo D afferente al P.O. San Giovanni e risponde alle normative nazionali di settore e agli standard richiesti dalla normativa regionale per le Unità Operative Perinatali di II livello.

L'intervento di ristrutturazione si inserisce coerentemente nel piano di riqualificazione e sviluppo di tutte le attività sanitarie connesse all'area sanitaria materno infantile, la cui attuazione ha già conosciuto, con l'inaugurazione del nuovo ambulatorio di neonatologia del Presidio Santa Maria e del nuovo reparto di Ostetricia/Ginecologia del P.O. San Giovanni, i primi concreti riscontri operativi e che si è completato con la realizzazione del nuovo Nido e del reparto di Degenza ostetrica.

I lavori hanno consentito di realizzare 4 sale travaglio – parto e area isola neonatale, 1 sala operatoria, 1 sala osservazione post partum dotata di 5 letti e spazi per le funzioni sanitarie.

Ogni sala parto è stata dedicata ad un elemento naturale: TERRA, ACQUA, ARIA E FUOCO.

“Servizio Dialisi per acuti” (ricoverati e accessi DEA) – Presidio Ospedaliero San Giovanni

L'Azienda ha realizzato n. 4 postazioni intraospedaliere per il servizio di dialisi dedicate ai pazienti urgenti provenienti dal DEA e ai pazienti ricoverati, per garantire i trattamenti necessari in caso emergesse la necessità di dialisi in pazienti gestiti nel percorso urgente del DEA nonché ai pazienti cronici nel periodo di ricovero presso la struttura.

L'Azienda è, infatti, da anni dotata di un Centro Dialisi ambulatoriale, ubicato nel Presidio S. Maria, e la realizzazione dei nuovi posti letto pone fine al trasferimento presso tale sede distaccata dei pazienti che si trovano in regime di ricovero.

Si tratta pertanto di un importante salto di qualità nell'erogazione dell'appropriata assistenza ai pazienti dell'ospedale con maggiore comfort per gli stessi, nel segno della sicurezza delle cure oltre che di maggiore sostenibilità per il sistema.

Progetto formativo: Centrale Operativa Ospedaliera

L'Azienda ha svolto l'evento “Progetto di Formazione Centrale Operativa Ospedaliera dell'Azienda integrata con le Centrali operative territoriali promosso in collaborazione con le AASSLL Roma 1, Roma 2 e Roma 3, con il Comune di Roma e IPACS (Institutional & Public Coaching Services).

Centro di Accoglienza per le Fragilità Socio-Sanitarie" (CAFSS)

L'Azienda ha sottoscritto un Accordo di collaborazione con il Comune di Roma, nell'ambito del progetto denominato SCIMAI (Sistema Cittadino Integrato di Monitoraggio, Accoglienza e Inclusione), per l'apertura e il funzionamento di un "centro di accoglienza per le fragilità socio-sanitarie" nel quale accogliere persone senza dimora in dimissione dalla struttura ospedaliera o che stazionano nell'area ospedaliera stessa nell'ambito del quale l'Azienda ha messo a disposizione di Roma Capitale una porzione di immobile di proprietà, all'interno del Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata - Presidio Ospedaliero Britannico, da destinare a sede del "Centro" che, a seguito dei lavori di ristrutturazione, è stato inaugurato il 22 settembre 2022.

Il "Centro di Accoglienza per le Fragilità Socio-Sanitarie" (CAFSS), il primo a Roma, ha l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale terminato il percorso ospedaliero e accogliere quindi le persone fragili in un percorso dedicato anche in caso di dimissioni protette e nasce per accogliere le persone senza dimora (SFD) in fase di dimissioni dalla degenza per acuti, ultimato il percorso clinico o in dimissione protetta, per il tempo necessario al completo recupero fisico o alla individuazione di un percorso di accoglienza definitivo di competenza di altre strutture a ciò deputate, garantendo quanto necessario per l'accoglienza e la permanenza dell'utente e assicurando sia il trasferimento dall'Ospedale al Centro sia eventuali spostamenti per garantire le prestazioni prenotate in caso di dimissione protetta. L'attivazione del "Centro" consente di garantire una dignitosa assistenza post ricovero a persone socialmente fragili e allo stesso tempo un efficace turn over di posti letto dando una risposta immediata alle esigenze sanitarie del territorio.

Percorsi assistenziali – disabilità complesse e/o cognitive: il centro TOBIA

L'Azienda, recependo la determina GSA n° G01769 "Linee di indirizzo della Regione Lazio per l'organizzazione di percorsi assistenziali rivolti a persone con disabilità complesse e/o cognitive – relazionali" ha inaugurato nel mese di gennaio 2024 il "Centro TOBIA", inserito nella rete TOBIA-DAMA regionale al fine di garantire, attraverso la presa in carico delle persone con disabilità complessa cognitivo-relazionale collaboranti e non collaboranti e dei loro caregiver, la progettazione, attivazione e attuazione percorsi dedicati ambulatoriali, di Pronto Soccorso, di ricovero. Il centro accoglie richieste di prestazioni sanitarie provenienti dai Medici di Medicina Generale, dalle Famiglie, dagli operatori dei servizi di Riabilitazione Disabili Adulti, dalle Casa Famiglie e dagli istituti di ricovero.

L'obiettivo è assicurare, secondo un criterio di equità, pari accesso ai servizi che l'Azienda Ospedaliera fornisce e, mediante un percorso personalizzato, rimuovendo ostacoli, assicurare il diritto alle prestazioni necessarie.

**SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE,
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

2.1. VALORE PUBBLICO.

Il Valore Pubblico (VP) rappresenta 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 rispetto ad una baseline o livello di partenza.

Il Valore Pubblico indica l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) che si viene a creare presso la collettività e che deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, che perseguono questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del bacino di utenza e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi).

In tempi di risorse economiche scarse e di esigenze sociali crescenti, un'amministrazione crea Valore Pubblico quando riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, *stakeholders* in generale).

Il concetto di Valore Pubblico rappresenta l'orizzonte delle performance organizzative e individuali il cui fine ultimo è il miglioramento delle condizioni di vita dell'ente (impatti effettivi interni) e dei suoi utenti e *stakeholder* (impatti effettivi esterni).

La funzione pubblica di tutela della salute rappresenta per l'Azienda il valore pubblico verso cui indirizzare tutti gli sforzi per rispondere non solo alla richiesta di erogazione di servizi sanitari di qualità, in termini di efficacia qualitativa innovativa e economica, ma anche in termini di erogazione di valore pubblico inteso come miglioramento dell'accessibilità, fruibilità, umanizzazione e facilitazione delle cure garantendo, indistintamente ad ogni paziente, prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specializzazione e di emergenza-urgenza.

2.1.1. Obiettivi strategici e programmazione economica

Nel corso del 2023 è proseguito il profondo percorso di rinnovamento con l'applicazione di modelli organizzativi finalizzati al miglioramento della performance economico-gestionale, puntando sull'ammodernamento e la razionalizzazione strutturale e tecnologico, sostenuto da un imponente piano di investimenti in attrezzature e interventi edilizi.

L'andamento economico risente, ancora una volta, di incrementi di costo non pienamente preventivabili legati al perdurare dell'incertezza del contesto internazionale, e dalla mancanza di riferimenti certi sull'andamento dei fattori energetici che a cascata incidono su materie prime, manutenzioni e servizi.

Di seguito si riporta un prospetto di sintesi che rappresenta, per aggregato gestionale, il bilancio di previsione 2024, redatto secondo i vincoli indicati dagli uffici regionali competenti

102920 AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA				
ID	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2022	Preconsuntivo 2023	Budget 2024
A1	Contributi F.S.R. indistinto	29.916.899	29.916.899	23.475.117
A2	Saldo Mobilità	148.892.248	153.232.735	153.968.887
A3	Entrate Proprie	11.016.457	10.606.788	10.141.086
A4	Saldo Intramoenia	1.514.563	2.490.526	2.514.700
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 730.444	- 3.100.000	- 3.600.000
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 160.251	114.366	100.000
A	Totale Ricavi Netti	190.449.472	193.261.314	186.599.790
B1	Personale	139.250.355	141.030.000	145.005.238
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	30.920.913	32.095.000	34.037.000
B3	Altri Beni e Servizi	83.093.217	87.011.937	93.027.370
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	0	0	0
B5	Accantonamenti	9.542.051	11.836.724	9.070.555
B6	Variazione Rimanenze	224.865	-	-
B	Totale Costi Interni	263.031.400	271.973.661	281.140.163
C	Totale Costi Esterni	428.930	508.526	540.000
D	Totale Costi Operativi (B+C)	263.460.331	272.482.187	281.680.163
E	Margine Operativo (A-D)	- 73.010.858	- 79.220.873	- 95.080.373
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	13.339.714	13.607.468	12.990.783
G	Risultato Economico (E-F)	- 86.350.573	- 92.828.341	- 108.071.156

2.1.2. Linee strategiche di sviluppo

Stante la necessità di conciliare standard di cura sempre più elevati con la sostenibilità economica l'AOSGA nel 2024, forte del nuovo modello organizzativo, da un lato lavorerà per il potenziamento dell'offerta clinica in termini non solo di output ma anche di outcome, assicurando, nel rispetto del principio dell'efficacia dell'azione amministrativa, appropriatezza e qualità delle cure. Questo comporterà uno sforzo per migliorare ancora gli esiti aziendali rilevati dal Pre.Val.E.

Il modello fortemente orientato alla logica per processi, ormai sedimentato, potrà garantire la massimizzazione del valore generato per la platea aziendale tutta, che tuttavia resta improntato a principi cardine quali l'equità, la qualità e l'umanizzazione delle cure.

Il profondo intervento di ristrutturazione implementato, consente all'AOSGA di affrontare ancora nuove sfide nel 2024:

1. l'ulteriore sviluppo della digitalizzazione dei processi nell'ambito del PNRR;
2. il miglioramento qualitativo dei servizi offerti grazie alla formazione continua del personale;
3. puntare sull'umanizzazione e l'equità delle cure implementando una più stretta collaborazione e osmosi con le reti territoriali;
4. l'ulteriore rinnovamento tecnologico

E ancora, a evidenziare il continuo processo dinamico e di miglioramento, dare seguito al riassetto interno, ad invarianza di posti letto, previste dalla DGR n. 869 del 07/12/2023 “Documento Tecnico di Programmazione della Rete Ospedaliera 2024 – 2026”, che prevede l’attivazione della UOC di Chirurgia Toracica.

Perfezionare il processo di riorganizzazione del sistema produttivo.

L’AOSGA si propone di fornire strumenti e metodi applicativi per ottimizzare i flussi del paziente dall’ingresso programmato o pronto soccorso alla dimissione dall’ospedale, con la diretta conseguenza di:

1. rafforzare il suo ruolo attraverso l’impegno costante a crescere la posizione di eccellenza per il trattamento di patologie e, in particolare, nell’alta specialità chirurgica, sia robotica che tradizionale;
2. rendere l’ospedale più ricettivo possibile tramite il controllo della programmazione delle dimissioni, attraverso strumenti di programmazione, di gestione del boarding e bed management;
3. migliorare continuamente l’organizzazione per processi;
4. ridurre le attese di posto letto per i pazienti in emergenza e urgenza, anche con riferimento ad eventi pandemici.

Le azioni strategiche previste sono:

1. supportare gli organici;
2. ottimizzare le risorse e gli asset attraverso la riduzione degli sprechi e gli approcci di lean management in sanità;
3. adeguare l’offerta alla domanda, tramite modelli di previsione anche in considerazioni di eventi pandemici.

Gli indicatori di riferimento sono:

1. il valore della produzione;
2. il numero di interventi chirurgici;
3. i tempi di attesa in pronto soccorso (a visita, a ricovero, a dimissione);
4. la degenza media dei reparti tramite l’eliminazione delle giornate inappropriate a causa di motivi organizzativo-logistici;
5. il rispetto della programmazione in elezione;
6. il tempo di attesa ambulatoriale e di ricovero

Miglioramento e promozione della immagine aziendale

L’AOSGA proseguirà nello sviluppo di un proprio stile, inteso come un insieme di regole e investendo nella comunicazione interna ed esterna. Si andranno a promuovere comportamenti che aumentino il senso di appartenenza tra i dipendenti e siano al contempo apprezzati dai pazienti. Presupposto fondamentale sarà la valorizzazione delle competenze e l’impulso alla tempestività, cioè la capacità di reagire in tempi adeguati alla domanda.

Gestione dei processi

L’AOSGA svilupperà e consoliderà una cultura organizzativa orientata della gestione per processi e al miglioramento continuo dei percorsi del paziente, garantendo una presa in carico globale, multidisciplinare e multiprofessionale; orientamento all’innovazione organizzativa, gestionale, tecnologica e raggiungimento degli obiettivi del PNRR.

Integrazione ospedale/territorio

L’AOSGA promuoverà ed aumenterà la qualità dell’integrazione ospedale/territorio ed ampliare le reti clinico/assistenziali analizzando gli outcomes clinici ed organizzativi dei PDTA implementati

(introducendo misure correttive laddove necessario) e supportando le reti cliniche con logiche di lean management e ottimizzazione dei flussi.

Formazione del personale

Il Piano di Formazione è uno strumento dinamico di programmazione in cui si inseriscono tutte le iniziative formative aziendali ritenute necessarie per l'aggiornamento professionale del personale da attuarsi nel corso dell'anno di riferimento e individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, alla completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera. La formazione del personale è un elemento fondamentale nella creazione di Valore pubblico e costituisce uno dei principi dell'AOSGA.

Nello specifico per le professioni sanitarie del comparto:

1. ognuna di esse è inserita in un piano formativo pluriennale specifico per area di appartenenza costruito in modo tale da accompagnare lo sviluppo del professionista nell'acquisizione progressiva di competenze cliniche e assistenziali aggiornate nel tempo, anche per i profili più critici.
2. per il middle management sono previste alcune iniziative a valenza strategica volte a favorire la Comunicazione, il lavoro per processi, l'integrazione tra ospedale e territorio, l'ascolto proattivo dell'utenza e del personale dipendente, l'attenzione alla qualità e al controllo dei dati e delle attività per incrementare la capacità di misurare e migliorare le performances;
3. continuerà il piano di formazione del personale sulla sicurezza ambientale (antincendio) e sulla formazione all'emergenza (corso BLS, gestione dell'Urgenza in degenza, ecc.,).

2.1.3. Azioni e risultati attesi

Al fine di ottimizzare l'allocazione e garantire un utilizzo più razionale delle risorse umane, economiche e tecnologiche e contestualmente offrire una sempre più efficace risposta ai bisogni assistenziali e di salute dei pazienti, nel corso dell'esercizio 2024 proseguirà il percorso di rinnovamento intrapreso.

Area delle degenze mediche e chirurgiche

L'intervenuta razionalizzazione dei percorsi assistenziali nel corso del 2023, consentirà di implementare ulteriormente nel 2024, mediante l'organizzazione delle attività su reparti long e week, urgenza ed elezione, e piattaforme di assistenza, prevedendo il trend positivo evidenziato nel biennio precedente.

Nel 2024, inoltre, a seguito delle ristrutturazioni in atto, è prevista l'apertura di n 24 posti letto per la chirurgia d'urgenza e la riapertura di n 8 posti letto di terapia intensiva.

Sempre nel 2024, al completamento di appositi lavori, è previsto il completamento di ulteriori n 10 posti letto della nuova terapia intensiva (fondi DL 34).

Si intende, inoltre, mettere a frutto l'esperienza maturata nel corso del 2023 con la Holding area intervenendo sulle criticità sperimentate, che tuttavia non hanno inficiato i benefici derivanti dall'implementazione della struttura.

Nel 2023 è stata implementata l'attività della Centrale Operativa Ospedaliera (COO) connessa in rete con le Centrali Operative Territoriali (COT) per la transizione ed integrazione tra l'ospedale, con le sue alte specialità, e l'assistenza territoriale. Attraverso la valutazione in ingresso in ospedale, si è resa possibile l'identificazione delle fragilità, del contesto sociale e familiare, che il paziente presenta già al suo arrivo in ospedale, consentendo di identificare il setting e le cure più appropriate che dovranno garantire il percorso di recupero, convalescenza e possibilmente di ripristino di un migliore stato di salute al momento della dimissione. Afferiscono alla COO tutte le

funzioni/attività previste per il Team Operativo Ospedaliero (THO) dalla Regione Lazio per il contrasto al sovraffollamento e i ricoveri da PS.

Nella tabella di seguito sono riportati i dati relativi al numero di pazienti presi in carico dalla COO e accompagnati verso il percorso di deospedalizzazione.

Periodo di riferimento: 2022/2023 per i mesi da gennaio a dicembre.

TRASFERIMENTI DA DEGENZA VERSO IL TERRITORIO														
ANNO	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALI	media mensile trasferiti
2023	155	111	170	129	146	140	147	147	117	157	193	176	1788	162,5
2022	94	116	94	135	132	121	133	152	114	133	139	137	1500	136,4

E' utile rappresentare anche i dati relativi ai pazienti dimessi a domicilio con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) come rappresentato nella tabella di seguito.

Periodo di riferimento: 2022/2023 per i mesi da gennaio a dicembre.

DIMESSI CON ATTIVAZIONE DI ADI														
ANNO	GEN	FEB	MARZ	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	TOTALI	media mensile trasferiti
2023	48	48	75	45	60	39	45	53	57	56	61	57	644	53,7
2022	8	25	33	27	31	45	43	32	35	33	34	42	388	32,3

La tabella di seguito rappresenta i dati relativi ai trasferimenti da PS verso CdC per acuti per mancanza di posto letto.

Periodo di riferimento: 2022/2023 per i mesi da gennaio a dicembre.

TRASFERIMENTI DA PS VERSO CdC PER ACUTI														
ANNO	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALI	media mensile trasferiti
2023	54	63	93	59	53	64	77	64	55	71	74	68	795	66,3
2022	53	52	33	32	46	22	46	42	34	49	48	44	501	41,8

Attività chirurgica

Alla luce del Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica (PSAAC) che si articola in obiettivi di programmazione, governo e verifica, individuando così gli strumenti per l'attuazione ed il monitoraggio del percorso del paziente, dalla presa in carico ambulatoriale alla dimissione e *follow-up*, l'obiettivo è tesaurizzare l'esperienza del 2023 e sviluppare ulteriormente il modello implementato, intervenendo in particolare sulle fasi più delicate del percorso: presa in carico e follow up.

Interventi mirati al miglioramento ed all'efficientamento sono:

1. la formazione e l'aggiornamento del personale sugli interventi individuati;
2. il monitoraggio attento della gestione della lista operatoria settimanale e giornaliera;
3. il monitoraggio mensile delle liste d'attesa;
4. il monitoraggio degli indicatori di performance dell'attività di sala operatoria;
5. il monitoraggio del rispetto delle norme igienico-sanitarie con la messa in atto di azioni specifiche in termini di formazione per la gestione del rischio clinico in sala operatoria;
6. l'analisi periodica sull'adesione al percorso chirurgico nel Blocco Operatorio e alle criticità emerse mediante la metodologia "*audit & feedback*" con il coinvolgimento attivo del personale sanitario che lavora nel Blocco Operatorio;

7. il potenziamento di attività a basso impatto economico per bilanciare le attività ad elevata complessità offerte;
8. il monitoraggio e la gestione delle liste di attesa con implementazione delle linee guida elaborate dalla Regione Toscana e adottate dalla Regione Lazio per uniformare l'assegnazione delle classi di priorità chirurgica;
9. la misurazione e l'allineamento della capacità produttiva dei blocchi operatori per il recupero delle liste di attesa;
10. l'adozione del nuovo regolamento per il funzionamento dei blocchi operatori e in più in generale per un'ottimale organizzazione del percorso del paziente candidato ad intervento chirurgico;
11. l'implementazione di correttivi atti a migliorare la gestione delle urgenze differite e in particolare gli interventi oggetto di monitoraggio PREVALE (es. fratture di femore nei pazienti over 65 entro le 48 ore);
12. l'elaborazione e l'implementazione del nuovo sistema informatizzato per la gestione dei blocchi operatori ELLIPSE.
Nel nuovo anno verrà completato il passaggio di tutte le specialità chirurgiche sulla nuova piattaforma informatica e verrà ultimato lo sviluppo dei principali indicatori per la valutazione dell'efficienza dei blocchi operatori (start time, over time, under time, casi rinviati, tempi di cambio, ecc.);
13. la creazione del Team per la programmazione chirurgica a supporto delle attività del Nucleo di Programmazione delle sale operatorie. Attività costante di recall telefonico per la pulizia delle liste di attesa. Punto di riferimento per i cittadini presi in carico dalla nostra Azienda, fornendo informazioni e supporto agli utenti in attesa dell'intervento chirurgico.
14. L'attivazione di un progetto con la UOC Farmacia per la creazione di un percorso LEAN che mira alla corretta gestione dei materiali in transito e dei dispositivi medici sia dal punto di vista della tracciabilità della spesa che per una ottimale organizzazione a supporto dell'attività dei blocchi operatori;

Quanto sopra tutto finalizzato al razionale utilizzo delle sale operatorie per potenziare l'efficienza produttiva.

Le razionalizzazioni operative e strutturali intervenute negli anni precedenti dovrebbero consentire nel 2024 di consolidare e implementare l'offerta assistenziale con un incremento dei costi per dispositivi medici e di sangue ed emocomponenti contenuto e comunque in linea con le indicazioni regionali.

Attività ambulatoriale

L'impegno nell'area ambulatoriale è stato quello di riformulare i modelli di gestione degli *outpatient* finalizzandoli verso lo sviluppo progressivo di nuovi percorsi, in aggiunta alle semplici prestazioni ambulatoriali «one-shot».

Le «leve» di service management, scelte dalla Direzione Strategica sono state definite sulle seguenti dimensioni:

1. reingegnerizzazione del sistema di offerta;
2. politiche del personale;
3. politiche di prodotto/servizio;
4. accessibilità;
5. politiche di comunicazione.

Nella reingegnerizzazione del sistema di offerta ambulatoriale si è tentato di superare la logica della compartimentazione costruendo un sistema dinamico adattabile alle esigenze degli altri setting assistenziali. Si è proceduto inizialmente ad un efficientamento del sistema riducendo la

frammentazione ed applicando il meccanismo di liberabilità su tutte le agende, per poi potenziare i percorsi di presa in carico. La collaborazione con il percorso chirurgico ha consentito di valutare con precisione il dimensionamento degli spazi da dedicare ai controlli post-intervento.

Nell'ambito delle politiche del personale particolare attenzione è stata rivolta alla formazione degli operatori sanitari su due direttive principali:

1. qualificare meglio la domanda attraverso la diffusione dell'utilizzo della ricetta dematerializzata;
2. utilizzo della piattaforma Recup da parte del personale sanitario per la prenotazione dei follow up e delle prescrizioni specialistiche per i nostri utenti ambulatoriali.

La percentuale di utilizzo della ricetta dematerializzata da parte dei medici prescrittori aziendali ha superato nel corso dell'anno 2023 il 90%. Un risultato che andrà mantenuto e consolidato nel 2024.

Queste azioni hanno consentito di migliorare il processo di presa in carico garantendo al paziente la prenotazione dell'appuntamento direttamente in area ambulatoriale, qualora richiesto dal professionista a seguito della prima visita.

Nel corso dell'anno 2023 l'Azienda ha implementato il modello organizzativo del Day Service, incrementando l'erogazione di Percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC). Un modello organizzativo alternativo al Day Hospital finalizzato a facilitare il percorso del paziente riducendo il ricorso a ricoveri inappropriati.

Presso il Day Service, in collaborazione con il percorso chirurgico, è stato attivato il "Percorso Ambulatoriale di Prericovero", modello organizzativo previsto dalla normativa regionale tendente a favorire il percorso del paziente chirurgico nella fase di definizione dell'eleggibilità all'intervento.

L'offerta è stata rimodulata anche in favore della presa in carico Post-Pronto Soccorso, una strategia dell'azienda finalizzata al contenimento del sovraffollamento. Nel percorso Post-Ps è prevista anche l'attivazione diretta di PAC con invio al Day Service.

L'obiettivo del 2024 è quello di garantire una presa in carico del paziente che vada oltre i confini aziendali costruendo percorsi ospedale territorio con le Aziende Sanitarie Territoriali limitrofe su specifici PDTA condivisi dai professionisti. E' in corso di stipula l'accordo quadro con la ASL Roma 2 a seguito del quale nel corso dell'anno 2024 potranno essere declinati i percorsi per singola patologia.

L'avvio nel corso dell'anno 2023 di progetti di abbattimento delle liste di attesa finanziati attraverso il ricorso al "Fondo Balduzzi", che proseguiranno nel 2024, ha consentito di migliorare l'accessibilità prevedendo l'apertura di ambulatori per l'erogazione di esami strumentali (RM, TC ed ECO) anche di sabato e domenica. Iniziativa particolarmente apprezzata dai cittadini che ha consentito l'utilizzo full time delle apparecchiature ad alto contenuto tecnologico.

Sempre nell'ambito dell'accessibilità sono in corso di implementazione progetti di miglioramento della logistica, come l'avvio dei sistemi di eliminacode intelligenti in tutte le sedi aziendali e la revisione della segnaletica nelle sedi di erogazione delle attività ambulatoriali.

Tutte le linee progettuali descritte richiederanno interventi mirati al miglioramento e al mantenimento dei risultati raggiunti mentre altre, con una progettualità più a lungo termine, troveranno compimento nel corso dell'anno 2024.

Monitoraggio continuo degli Indicatori Ospedalieri ed altri parametri di attività

L'AOSGA ha impostato il monitoraggio continuo di un pacchetto allargato di Indicatori di attività, per facilitare la programmazione e l'organizzazione dei servizi erogati, attraverso interventi tempestivi di correzione delle criticità, mirati ad una migliore governance aziendale.

I trend di attività ospedaliera sono confrontabili su tre livelli principali di analisi: Aziendale, Dipartimentale/Area Clinica e Unità Operativa. In dettaglio, l'andamento dell'attività periodale di ogni Reparto di degenza - ordinario e diurno - è tracciato mediante il calcolo di una varietà di

indicatori, con valori messi a confronto con gli stessi intervalli dell'anno precedente, oppure con dati standard di riferimento.

Monitoraggio continuo consumi produzione

Nel corso dell'anno 2023 è stata elaborata una reportistica, con cadenza mensile, che ha integrato quella inviata sui consumi di farmaci e dispositivi medici ai CdR più critici.

La nuova reportistica mette a confronto i consumi di farmaci e dispositivi medici con i dati di produzione (DRG), in due uguali archi temporali dell'anno in corso rispetto al precedente.

Tali dati, vengono elaborati, per ogni UOC/UOSD afferente a ciascun Dipartimento e consentono di ottenere sia il quadro generale dell'intero Dipartimento, sia il dettaglio analitico, per le singole UU.OO., relativamente all'andamento sia della produzione che dei costi sostenuti.

Inoltre, utilizzando il rapporto percentuale tra dati di consumo (sia per i farmaci sia per i dispositivi) e la produzione (DRG) per ciascuna U.O., è stato ottenuto un indicatore che, con un cut-off minore del 30% come dato positivo della produzione ($\% C/P < 30$), sta permettendo di valutare in modo analitico le attività effettuate, confrontandone l'andamento con lo stesso periodo dell'anno precedente per approfondire le motivazioni alla base delle variazioni registrate, in positivo o in negativo.

Tali approfondimenti, ottenuti dall'analisi del valore prodotto e dei costi sostenuti, hanno la finalità di aumentare la conoscenza e la consapevolezza, da parte di tutti gli attori coinvolti, delle attività svolte oltre che allocare nel modo migliore le risorse aziendali, orientandole verso quelle a migliore rapporto costo/produzione; nel contempo, tale attività permette una migliore e più efficace condivisione dei report tra le varie Strutture aziendali, anche grazie agli incontri multidisciplinari periodici finalizzati all'approfondimento di questi dati.

Tale attività, implementata nella seconda metà del 2023, e la condivisione dei dati di consumo e di produzione hanno già prodotto effetti positivi sulle UU.OO. analizzate, portando un miglioramento della performance.

Per le procedure di chirurgia generale, sono in fase di allestimento dei kit di dispositivi medici specialistici dedicati agli interventi che sono più numerosi a livello aziendale che, oltre a permettere di conoscere il costo sostenuto, consentirà di ottimizzare i tempi delle Camere Operatorie.

Per l'anno 2024 la tendenza è quella di implementare l'indicatore costo/produzione estendendolo alle UUOO più critiche, al fine di orientare le attività chirurgiche verso un incremento delle procedure che presentano un migliore delta tra produzione e costi, per ottimizzare l'allocazione delle risorse aziendali.

Pazienti dimessi con 1° ciclo di terapia domiciliare

L'erogazione del 1° ciclo di terapia, rappresenta un'attività che necessita di ulteriore e significativo miglioramento, che ha richiesto una serie di azioni, messe in campo su vari fronti nel 2023 e che verranno implementate nel 2024, nello specifico:

1. organizzare riunioni, a partire da Luglio 2023, in condivisione con la Direzione Strategica, sia collegiali con tutti i medici prescrittori sia specifiche con i medici delle singole UUOO, al fine di illustrare le Determinazioni regionali aventi ad oggetto l'andamento della spesa farmaceutica regionale e gli strumenti da implementare per controllarla, che di sensibilizzarli alle dinamiche sottese all'erogazione del 1° ciclo di terapia in termini di appropriatezza prescrittiva e di impatto economico;
2. attivare, a partire da Settembre 2023, la Struttura "Centro per la continuità assistenziale H/T" che, tramite la casella di posta elettronica, riceve, dai medici di medicina generale e dalle ASL, le segnalazioni di prescrizioni inappropriate rispetto al regime di rimborsabilità. Ad oggi, sono state ricevute n° 4 segnalazioni che hanno interessato due classi terapeutiche (inibitori di

pompa protonica ed eparine a basso peso molecolare) e hanno permesso la correzione di queste prescrizioni e hanno rappresentato lo strumento per effettuare audit mirati con il personale dell'UO coinvolta e la diffusione delle risultanze anche alle altre UUOO aziendali;

3. ampliare le fasce orarie della Farmacia per le attività di ricezione delle prescrizioni che di erogazione di farmaci ai dimessi. Inoltre, assecondando le necessità delle singole UUOO, sono state ampliate le modalità di trasmissione/ricezione in Farmacia delle prescrizioni e centralizzate le modalità consegne dei farmaci ai dimessi, attivando due fasce orarie giornaliere, nelle quali un pool di operatori di farmacia consegna i farmaci alle UUOO;
4. erogare, come da indicazioni regionali, non solo i primi 10 giorni di terapia, ma l'intero ciclo terapeutico prescritto al paziente;
5. trasmettere, a tutte le UUOO suddivise per Dipartimento, un report mensile relativo alla percentuale dei pazienti dimessi con 1^ ciclo di terapia sul totale dei pazienti dimessi;
6. migliorare le modalità informatiche di prescrizione; infatti, nel 2024 sarà implementata una funzionalità prescrittiva nel gestionale informatico, che permetterà ai medici di elaborare un solo foglio di dimissione, avendo la possibilità di selezionare i farmaci da un elenco comprendente solo quelli erogabili in dimissione e con l'indicazione delle limitazioni di prescrizione previste dalle Note AIFA e/o da indicazioni regionali.

Le attività sopra descritte, hanno permesso di invertire un trend negativo, come riportato dalla nota della Regione Lazio di Maggio 2023, che ci ha segnalato per l'anno 2022 un numero di dimessi con 1^ ciclo di terapia domiciliare pari a 1.633 corrispondente ad una percentuale del 7,28% sul totale dei dimessi.

L'elaborazione dei dati estrapolati dal Flusso F (causale I1), relativi al periodo Gennaio-Novembre 2023, riportano un numero di dimessi pari a 2.595 (+ 59% rispetto all'intero anno 2022) e un tendenziale incremento che in proiezione, a chiusura del 2023, dovrebbe portare ad un 14% di pazienti dimessi con 1^ ciclo di terapia sul totale dei pazienti dimessi, versus il 7,28 del 2022.

L'aspetto positivo è relativo al trend in continuo aumento del numero dei pazienti dimessi con il 1^ ciclo terapia e alle implementazioni informatiche della prescrizione medica, che ci dovrebbero permettere di raggiungere percentuali significativamente migliori nel 2024.

PNRR

Il 2024 vedrà l'Azienda impegnata nel proseguimento delle attività previste e finanziate dal PNRR: Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento I.1.2: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.

In particolare, nel mese di gennaio, sono stati avviati i lavori di installazione di un nuovo Tomografo a risonanza magnetica comprensivi anche delle opere di adeguamento edile e impiantistico del sito. Inoltre è in fase di definizione il progetto esecutivo per l'installazione di 1 nuovo angiografo a completamento del reparto di radiologia interventistica recentemente dotato, tra l'altro, anche di un nuovo angiografo biplano, nonché sono in programma le installazioni di n. 2 telecomadati digitali diretti per la Diagnostica per Immagini a servizio sia del Pronto Soccorso sia del P.O. Addolorata.

Missione 6 - Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Missione 6: Salute - componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento I.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile

Missione 6 - Salute componente M6C2 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento I.1.1: Digitalizzazione DEA I e II Livello

Missione I - Digitalizzazione componente M1C1 – Investimento I.1: Infrastrutture digitali

Missione I - Digitalizzazione componente M1C1 – Investimento I.4: Servizi e cittadinanza digitale

Nel 2024, l’Azienda proseguirà il processo di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo e di ammodernamento, cogliendo i frutti degli interventi già portati a termine intervenendo sulle criticità eventualmente evidenziate nell’implementazione del modello organizzativo per rimuovere gli ostacoli all’erogazione di un’assistenza sanitaria ai cittadini sempre più qualificata e specialistica anche attraverso l’erogazione di prestazioni legate a tecnologie e terapie farmacologiche innovative ad elevato costo.

Le Azioni Positive

Le linee programmatiche disegnate nel Piano Triennale delle Azioni Positive, approvato con deliberazione n. 480.DG del 19/05/2022, sono di seguito rappresentate:

OBIETTIVO	1. Nomina del Consigliere di Fiducia. Il Consigliere di Fiducia è la parte imparziale deputata a raccogliere nell’organizzazione lavorativa segnalazioni riguardo atti di discriminazione, molestie sessuali immorali, vicende di mobbing, e porre ad esse rimedio con tecniche di prevenzione e di risoluzione. 2. Piano Spostamenti Casa – Lavoro per la Mobilità Sostenibile (Allegato 2).
DESTINATARI	1. Tutti i dipendenti dell’Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata. 2. Tutti i dipendenti dell’Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.
ATTORI	1. Direzione Strategica e UOC Risorse Umane 2. Direzione Strategica, UOC Acquisizione Beni e Servizi, UOC Manutenzioni e Impianti Tecnologici, UOC Conservazione e Valorizzazione dei Beni Immobiliari- Storici, Mobility Manager e Ufficio Comunicazione Stampa.
AZIONI	1. Rilevazione e prevenzione di eventuali fenomeni di Mobbing e discriminazioni. 2. Adempimento al Decreto Ministeriale Transizione Ecologica 179/2021 per la mobilità sostenibile e attenzione della Direzione Strategica a rafforzare l’idea di azienda come luogo di tutela della salute e dell’ambiente. Misure previste: - Installazione di posti-bici aziendali sicuri, prenotabili su piattaforma informatica; - Riserva di posti di parcheggio auto aziendali in Carpooling;
TEMPI	Entro il 2024
INDICATORI	1. Manifestazione d’interesse atta ad individuare una professionalità adeguata a tali compiti. 2. - Utilizzo di piattaforma informatica al fine di favorire il Carpooling; - Monitoraggio dell’utilizzo da parte dei dipendenti dell’efficacia delle misure stesse.

OBIETTIVO	Benessere organizzativo e diffusione della cultura di genere
DESTINATARI	Dirigenti Sanitari e Amministrativi e titolari di RIOD/RIOP
ATTORI	Direzione Strategica, area Risorse Umane e UOSD Formazione
AZIONI	Mantenere e sviluppare le attività realizzate fino ad oggi per affermare sempre di più il diritto alle pari opportunità tra uomini e donne, prevenire e contrastare ogni forma di violenza. Il tema della parità nel suo complesso deve essere affrontato a livello culturale tramite azioni finalizzate a scardinare gli stereotipi di genere.
TEMPI	2023-2024

INDICATORI	Piano Formativo finalizzato a formare nel triennio il 70% dei destinatari del presente obiettivo.
-------------------	---

L'Azienda, nell'ottica di un sistema di welfare aziendale, ha avviato un'iniziativa volta a facilitare percorsi di promozione sportiva e culturale, ad implementare e diffondere il benessere dei dipendenti e il miglioramento del clima aziendale.

Le Azioni per l'Equità 2024-2025

Con delibera n. 1088/DG del 30/11/2022 l'Azienda ha approvato, nell'ambito del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali, le azioni orientate all'equità distinte in:

generali

- azioni per il superamento della barriera linguistica;
- azioni per il superamento delle disuguaglianze socioculturali ed economiche;
- azioni di presa in carico nei percorsi ambulatoriali di pre-ricovero e di post-ricovero;
- superamento delle disuguaglianze nelle transizioni dei pazienti tra ospedale e territorio tramite Centrale Operativa Ospedaliera (COO);
- facilitazione nell'accesso alla telemedicina per soggetti disagiati.

speciali

- azioni di superamento diseguità nel percorso nascita;
- azioni di superamento diseguità socio-economiche nel PDTA per tumore della mammella;
- azioni per facilitare il superamento diseguità nel percorso di prevenzione del tumore della mammella nella popolazione femminile dipendente dell'Azienda;
- azioni di superamento diseguità socio-economiche in ambito oncoematologico;
- azioni volte a superare le disuguaglianze nella *compliance* alle terapie prescritte attraverso la riconciliazione terapeutica;
- accordo tra ospedale e *housing* temporaneo per pazienti senza fissa dimora;
- corsi di formazione ai familiari dei pazienti fragili dal punto di vista sanitario che assumono il ruolo di caregiver per la loro assistenza.

2.2. PERFORMANCE

La performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità (organizzazione, unità organizzativa, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione e ai risultati della stessa e, come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

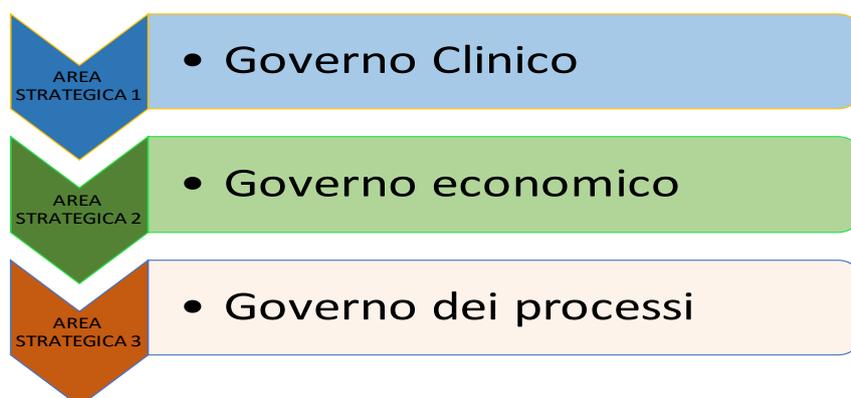
La performance, nel suo sviluppo "verticale", si articola in livello strategico, livello organizzativo, livello individuale, come di seguito rappresentato:



2.2.1. Il livello strategico

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione.

Le aree strategiche individuate in sede di programmazione sono di seguito riportate:



Area governo clinico

Gli obiettivi e gli indicatori appartenenti a quest'area strategica sono orientati all'incremento o al mantenimento dei volumi prestazionali, legando la qualità della salute erogata agli standard prestazionali in termini di esito, appropriatezza, umanizzazione ed equità.

Taluni obiettivi sono differenziati per regime assistenziale (ricoveri ordinari, ricoveri diurni e attività ambulatoriali) e sono particolarmente strategici per l'azienda. Rientrano in questa sezione anche obiettivi indirettamente collegati all'incremento dei volumi come la misurazione della Degenza media e il turnover dei Posti Letto.

Area governo economico

All'interno di quest'area strategica vengono declinati gli obiettivi correlati al collegamento tra il ciclo della performance, il ciclo di programmazione economico finanziaria e il bilancio. Questo ambito strategico descrive, in modo specifico, il complesso delle attività rivolte alla razionalizzazione del "consumo" dei fattori produttivi e delle risorse assegnate, alla gestione degli acquisti, degli investimenti, dei contratti e la valorizzazione del patrimonio storico.

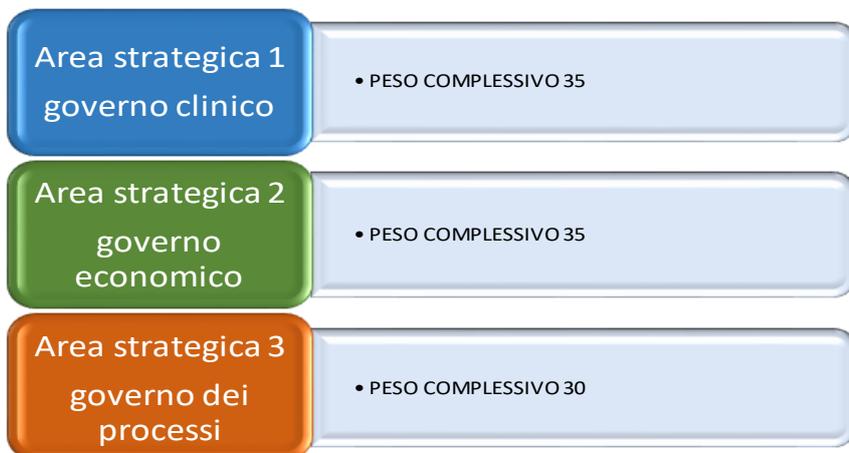
Area governo dei processi

Questo ambito strategico descrive in via generale il complesso delle attività rivolte alla razionalizzazione/efficientamento dei percorsi organizzativi, alla digitalizzazione, alla formazione, alla sicurezza (delle cure e degli operatori), al risk management. Rientrano in questa area anche obiettivi in materia di rapporti con l'utenza e gli stakeholders, tutela della riservatezza, trasparenza e prevenzione della corruzione.

Rispetto alle aree strategiche sono definiti gli obiettivi strategici da conseguire, come rappresentati nel seguente albero della performance:



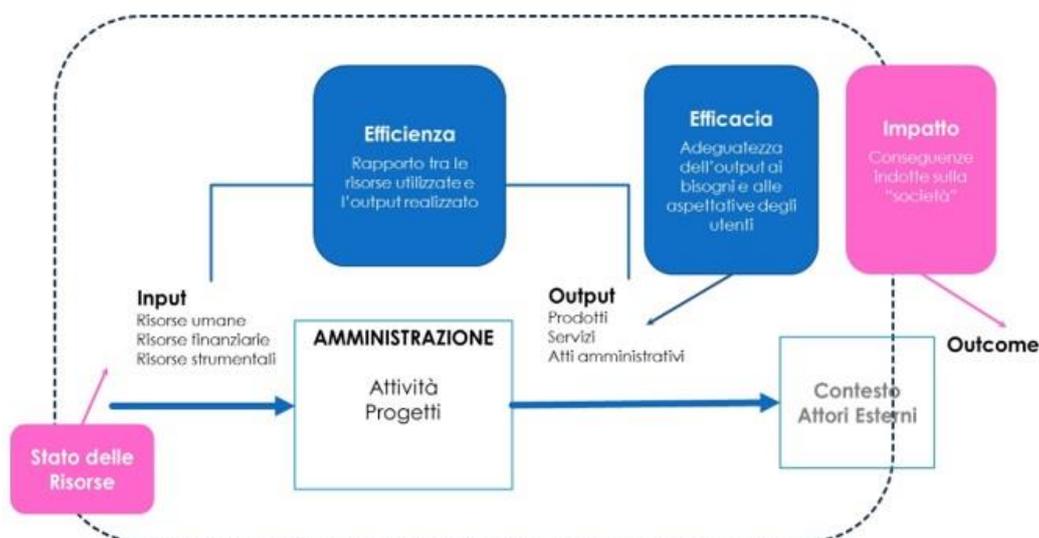
Il peso complessivo, pari a 100, è come di seguito distribuito:



2.2.2. Il livello organizzativo

La performance organizzativa è l'elemento centrale del Piano e la sua definizione è multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti da considerare sono: l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009).

La performance organizzativa esprime il risultato che un'intera organizzazione con le sue singole articolazioni consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e, in ultima istanza, della soddisfazione dei bisogni dei cittadini.



(fonte <https://performance.gov.it/linee-guida-il-piano-della-performance>)

Rappresentando l'amministrazione come un sistema *input/output/outcome* è possibile definire le dimensioni rilevanti per la performance organizzativa:

- Stato delle risorse, che misura la quantità e qualità delle risorse dell'amministrazione (umane, economico-finanziarie e strumentali) e il suo livello di salute;
- Efficienza, data dal rapporto tra le risorse utilizzate e l'output realizzato;
- Efficacia, ossia l'adeguatezza dell'output realizzato rispetto ai bisogni e alle aspettative degli utenti (interni ed esterni);
- Impatto, ovvero l'effetto generato dall'attività sui destinatari diretti (utenti) o indiretti

La performance organizzativa viene delineata mediante un perimetro che mette al centro efficienza ed efficacia (in blu) e considera le altre due dimensioni come complementari, in particolare lo stato delle risorse disponibili (o realisticamente acquisibili) come presupposto/vincolo alla programmazione e l'impatto atteso come riferimento ultimo degli obiettivi.

La PA crea Valore se consegue un miglioramento congiunto degli impatti esterni [economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi] e interni [salute dell'ente]: per creare Valore a favore dei cittadini, favorendo la possibilità di generarlo anche per quelli futuri, l'ente deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili (LG 2/2017).

Gli obiettivi operativi

Ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali vengono definite azioni, tempi, risorse e responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Attraverso il sistema di budget (budgeting), gli obiettivi strategici vengono declinati in obiettivi operativi dei dirigenti e delle differenti articolazioni organizzative aziendali.

A ciascun obiettivo operativo sono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

Sono individuati specifici obiettivi per il settore del comparto afferente il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Gli obiettivi dei singoli Centri di Responsabilità (CdR) sono concordati in sede di negoziazione, coerentemente con la natura degli stessi.

La Scheda di Budget dei singoli CdR si articola in sezioni in corrispondenza delle aree strategiche individuate.

Nell'ambito di ciascuna area vengono inquadrati gli obiettivi generali e operativi con i relativi indicatori di misurazione, specificando per ciascuno le seguenti informazioni:

- il valore di negoziazione per l'anno in corso;
- i valori di range entro i quali l'obiettivo si considera raggiunto;
- la percentuale di raggiungimento degli obiettivi;
- la percentuale di raggiungimento pesata per area strategica.

Per ciascun obiettivo è previsto un monitoraggio che può avere cadenza mensile, trimestrale o annuale a seconda della maggiore o minore disponibilità di dati in formato elettronico e della necessità, per il calcolo del singolo indicatore, di effettuare il linkage tra database distinti che necessitano, per la loro elaborazione, di operazioni sui dati più complesse di una semplice estrazione automatica.

Nel corso del triennio di vigenza del presente Piano, potranno essere apportate modifiche e integrazioni all'elenco di obiettivi e indicatori oggetto di monitoraggio, al fine di assicurare la coerenza con le nuove linee strategiche aziendali.

2.2.3. Il livello individuale

La performance individuale esprime il contributo fornito da un individuo, in termini di risultato e di modalità di raggiungimento degli obiettivi.

Tutto il personale è inserito nel sistema aziendale di valutazione individuale permanente secondo le regole previste dal SVMP vigente.

La valutazione annuale è finalizzata alla determinazione della retribuzione di risultato e alle valutazioni previste dai CCNL.

La valutazione della performance individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, in base a quanto disciplinato dai Protocolli applicativi per la gestione del Sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso Sistema premiante della dirigenza e del comparto, mediante l'utilizzo della piattaforma informatica.

Tutte le attività sopra descritte avvengono secondo le modalità e i tempi previsti dal Regolamento del ciclo di gestione della performance vigente approvato con delibera 712/DG del 29/07/2022 (Allegato 3)

2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.

La presente sezione del P.I.A.O., predisposta dal RPCT, è dedicata alla strategia dell'Azienda finalizzata alla protezione del valore pubblico attraverso la mitigazione e il contenimento del rischio corruttivo.

La prevenzione della corruzione, oltre ad essere trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di un'amministrazione, crea valore pubblico, poiché previene fenomeni di cattiva amministrazione e persegue obiettivi di imparzialità e trasparenza riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

La sezione rischi corruttivi e trasparenza del P.I.A.O. è atto di indirizzo e di programmazione, finalizzato al miglioramento organizzativo dell'Azienda in conformità ai principi di efficienza, efficacia e buon andamento dell'azione amministrativa e persegue le seguenti finalità e obiettivi:

Gli obiettivi strategici

- ridurre il livello di esposizione dell'organizzazione al rischio corruttivo;
- rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con particolare riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- presidiare le aree di attività esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo al fine di individuare le eventuali misure da introdurre nella mappatura dei processi interni per l'aggiornamento annuale della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del P.I.A.O.;
- contribuire al miglioramento del livello organizzativo di benessere della comunità di riferimento delle pubbliche amministrazioni (orizzonte di valore pubblico), mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico;
- migliorare il ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- consolidare un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- incrementare i livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni e migliorare i flussi informativi e la comunicazione interno/esterno;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- vigilare sull'effettiva applicazione delle misure generali obbligatorie e ulteriori in particolare nelle aree dove è maggiore il rischio corruttivo;
- integrare il sistema di monitoraggio del PTPCT o della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. con il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- individuare soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- monitorare il costante utilizzo degli strumenti e delle misure previste in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza ai sensi della normativa vigente e delle determinazioni e Linee guida dell'ANAC in materia;
- migliorare la qualità complessiva del sito aziendale in termini di completezza, chiarezza e intelligibilità, con particolare riferimento ai requisiti di accessibilità e fruibilità alle informazioni e ai dati;
- promuovere l'innovazione, la trasparenza e l'efficienza organizzativa quali strumenti di prevenzione della corruzione;
- rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione focalizzando l'attenzione alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;

- digitalizzare l'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- promuovere attività di revisione, aggiornamento e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi).



2.3.1. Analisi del contesto esterno/interno

La valutazione del contesto esterno viene effettuata per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

La realtà laziale e, in particolare quella della città di Roma, è indubbiamente differente dalle realtà di provincia e delle altre regioni italiane sia per il coinvolgimento a livello politico e la presenza di interessi commerciali di multinazionali sia per la presenza del turismo legato alla inestimabile bellezza paesaggistica, artistica e culturale.

L'Azienda è situata nel cuore della città; è proprietaria e al contempo custode, di un consistente patrimonio culturale, storico, archeologico, architettonico e artistico, di ragguardevole valore. Si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, garantendo interventi essenziali, efficaci, efficienti, appropriati, personalizzati e orientati all'innovazione.

L'attività clinica, di studio e di ricerca svolta nelle Aziende Ospedaliere e nelle Università della capitale e l'utilizzo di tecniche innovative e mezzi all'avanguardia favorisce gli interessi delle multinazionali che svolgono le loro attività divulgative, di ricerca e conferimento incarichi di docenza, attraverso i professionisti sanitari, creando un *humus* favorevole al verificarsi di situazioni di conflitto di interessi potenziali o concrete. Per queste ragioni, già da diversi anni, l'Azienda ha approntato diverse modulistiche di "dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse" che devono essere sottoscritte da coloro che rientrano nella situazione prevista.

La presenza di numerose strutture sanitarie, ha permesso ai sanitari di svolgere attività extraistituzionali. Nell'intento di tenere sotto controllo il fenomeno corruttivo, l'Azienda ha disposto un regolamento e apposita modulistica aggiornata distinta per le attività liberalizzate e quelle non liberalizzate adottato con Deliberazione n. 1053/DG del 19.12.2020.

L'analisi del contesto interno è condotta con l'intento di identificare tutti i processi aziendali esposti al rischio corruttivo (mappatura dei processi) e stabilire misure di prevenzione atte alla prevenzione/mitigazione/eliminazione (qualora possibile) del rischio.

Mappatura dei processi

La presente sezione è stata realizzata mediante la collaborazione tra il RPCT e i Direttori/Responsabili delle UU.OO. e referenti dell'anticorruzione con i quali sono stati condivisi:

- tipologia di rischio inerente alle linee di attività di ciascuna struttura 'mappata'

- grado di rischio rilevato
- misure generali/obbligatorie e specifiche/ulteriori, atte a prevenire e a contenere il rischio medesimo

Nella scheda di rischio di ogni struttura (Allegato 4), oltre ai dati sopra indicati, sono riportati i tempi di attuazione e la rendicontazione delle misure preventive. Il singolo Referente/titolare dell'incarico di struttura con la propria sottoscrizione assume la responsabilità della individuazione dei rischi di corruzione/*mala gestio* e assume la diretta responsabilità nell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nella scheda di rischio.

Il metodo utilizzato dall'Azienda per la gestione del rischio ha carattere inclusivo e partecipativo: deriva dal confronto tra il RPCT e i Referenti in materia considerando le indicazioni ANAC (PNA 2019, PNA 2022 e relativi aggiornamenti).

Il processo di snellimento delle mappature avviato nel corso del 2023 tramite un lungo e proficuo dialogo con i referenti del RPCT, continuerà anche nel 2024 anche alla luce degli aggiornamenti legislativi per quelle strutture coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi del PNRR, e non solo, al fine di rendere più efficace l'applicazione delle misure per la riduzione/mitigazione del rischio corruttivo e non ingolfare l'attività di rendicontazione semestrale.

Le misure preventive - adottate dalle strutture esposte al fenomeno corruttivo e presenti nella Mappatura dei rischi - costituiscono oggetto di rendicontazione semestrale da parte dei Referenti per la prevenzione della corruzione nei confronti del RPCT. L'esito di tale monitoraggio rappresenta l'indice di efficacia delle azioni di prevenzione della corruzione già programmate e condivise e fornisce, al contempo, la base empirica per gli aggiornamenti della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza. Annualmente il RPCT redige una relazione sull'esito dell'attività svolta e la pubblica nella sezione di Amministrazione Trasparente "Altri Contenuti > Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza" (Allegato 5).

2.3.2. Valutazione del rischio

Una corretta analisi del rischio parte da una mappatura dei processi e dalla suddivisione dello stesso in attività.

Lo strumento che consente tale scomposizione va sotto il nome di "Risk Assessment" o "Valutazione del Rischio".

Si può ricorrere alla metodologia suddetta quando si desidera valutare la pericolosità di un evento, ai fini di definire la priorità o l'urgenza delle misure necessarie per tenerlo sotto controllo.

La metodologia del Risk Assessment (determinazione del rischio associato a determinati pericoli o sorgenti di rischio) prevede le seguenti fasi:

- *Analisi preliminare del contesto*: raccolta di informazioni e di dati sui processi produttivi e/o sulle attrezzature e/o sui prodotti e/o sui materiali e/o sugli ambienti e/o servizi, ai fini dell'individuazione dei rischi;
- *Individuazione dei potenziali rischi*: mediante l'analisi delle informazioni raccolte nell'analisi del contesto, individuazione dei pericoli potenziali associati a ciascuna attività del processo.

L'associazione può avvenire secondo un approccio:

- pratico (dati storici, reclami, risultati ispettivi, indagini);
 - teorico: brainstorming, diagrammi causa-effetto (Ishikawa diagram or Fishbone diagram), albero delle cause;
- *Analisi dei potenziali rischi*: descrizione dei comportamenti a rischio corruzione e declinazione delle relative categorie di eventi rischiosi;

- *Valutazione dei rischi*: stima della probabilità di accadimento e di impatto/effetto che può determinare, tenendo conto delle eventuali misure preventive già in essere, per ogni pericolo individuato.

Per valutare il rischio si utilizza una “scala relativa” che indica la severità dell’evento inatteso e la probabilità di accadimento di tale evento.

L’ output di un risk assessment (indice di priorità del rischio) può essere una stima del rischio:

- quantitativa (numero)
- qualitativa (alto / medio / basso)

La stima del rischio viene visualizzata tramite una matrice (“matrice di rischio”).

Il punteggio assegnato (scala) al rischio è di tipo soggettivo, ma il razionale deve essere chiaro e definito.

La FMEA (failure mode and effect analysis) come metodo di risk assessment

La FMEA è l’analisi sistematica del rischio in sistemi o processi complessi con lo scopo di riconoscere, comprendere, limitare e porre rimedio a potenziali rischi e quindi evitarli.

La tecnica metodologica della FMEA permette di:

- individuare preventivamente i potenziali rischi che possono verificarsi in un processo;
- determinare le cause riferite al processo;
- valutarne gli effetti;
- quantificare gli indici di rischio e stabilire le priorità di intervento per eliminare alla radice le cause e migliorare i sistemi di controllo;
- identificare le opportune azioni correttive/preventive e valutarne l’impatto complessivo sugli indici di rischio.

L’applicazione sistematica e completa della metodologia di cui sopra consente anche di:

- disporre di una mappatura sempre aggiornata dei processi e delle loro eventuali criticità;
- documentare e storicizzare i miglioramenti attuati o in essere.

Di seguito si riporta la matrice utilizzata per la valutazione del rischio, che è composta da due vettori (probabilità e impatto)

IMPATTO PROBABILITA'	BASSO	MEDIO	ALTO
	Medio	Alto	Alto
ALTO	Medio	Alto	Alto
MEDIO	Basso	Medio	Alto
BASSO	Basso	Basso	Medio

Nello specifico il valore del rischio di un evento corruttivo è calcolato come il prodotto della probabilità dell’evento per l’intensità del relativo impatto:

Rischio = Probabilità x Impatto

Legenda

PROBABILITÀ	
Bassa	Poco Probabile
Media	Probabile
Alta	Molto probabile

IMPATTO	
Bassa	Minore
Media	Soglia/accettabile
Alta	Serio

2.3.3. Trattamento del rischio

Le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico e al contempo produttive di valore pubblico.

In relazione alla loro portata possono definirsi:

- generali/obbligatorie: discendono dalla Legge o da altra forma normativa, sono obbligatorie per tutti senza alcuna esclusione e saranno oggetto di monitoraggio e valutazione della performance, intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo;
- specifiche/ulteriori: sono individuate durante l'analisi del rischio in accordo tra i Referenti e il RPCT, incidono su problemi specifici e sono rese obbligatorie dall'inserimento nel PTPCT/sezione P.I.A.O. Anche queste misure sono oggetto di monitoraggio e valutazione della performance;

Misure generali/obbligatorie

- elaborare la **Mappatura** dei processi e delle aree di attività maggiormente soggette al fenomeno corruttivo, in collaborazione con i Referenti delle singole strutture e il RPCT, per la condivisione di misure generali e specifiche correlate ai rispettivi processi;
- attivare un programma di **reportistica informatizzata** che i Referenti/Direttori delle strutture esposte al rischio-illegalità devono inviare con cadenza semestrale al RPCT, ai fini del monitoraggio e della rendicontazione, illustrando le specifiche misure adottate *de facto* nell'attività svolta (misure indicate nella distinta mappatura del rischio e/o eventuali misure aggiuntive);
- pubblicare nel sito web istituzionale entro il 31 gennaio di ogni anno, o altra data indicata dall'ANAC, la scheda – questionario in formato Excel, relativa all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPC per l'anno precedente (dal 2023 sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O.) (Dal 1 gennaio 2024, considerato che la BDNCP assicura la pubblicazione dei dati individuati all'art. 28, co. 3, del nuovo codice, tra cui quelli già previsti dall'art. 1, co. 32, della legge 190/2012 pertanto abrogato dal nuovo codice, l'Autorità chiarisce che, con nota del 10 gennaio 2024, non è più prevista, per alcuna procedura contrattuale, la predisposizione del file XML e l'invio ad ANAC della PEC, entro il 31 gennaio).
- sul piano operativo, assicurare coordinamento e dialogo tra uffici e relative banche dati, soprattutto per esigenze di collaborazione con il RPCT;

- sul piano regolamentare, attuare un concreto raccordo tra i piani aziendali (PTPCT, piano della performance, piano della formazione, piano delle azioni positive, piano triennale del fabbisogno, Piano Organizzativo del Lavoro Agile) per l'aggiornamento e il miglioramento del Piano Integrato di Attività e Programmazione e addivenire ad una pianificazione coerente e condivisa;
- assicurare la massima diffusione del PTPCT contenuto nel P.I.A.O. attraverso l'informativa alle OO.SS., la consultazione preventiva dell'O.I.V. e delle Associazioni e/o Organizzazioni portatrici degli interessi collettivi; la pubblicazione del documento nel sito web istituzionale (*Internet e Intranet*, valore di notifica) per la generalità dei dipendenti, dell'utenza e di tutti coloro che abbiano interesse a contribuire al miglioramento del Piano;
- effettuare **verifiche a campione**, d'ufficio o su segnalazione, secondo le modalità delle autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive di atto notorio, presentate da soggetti esterni o dai dipendenti ai sensi degli artt. 46 e 47, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.. Le modalità per l'esecuzione della verifica sono quelle notoriamente dettate dall'art. 71 del medesimo D.P.R. I controlli possono avere carattere preventivo o successivo, rispetto all'adozione del provvedimento finale, e debbono essere eseguiti in tutti gli ambiti di attività in cui vengano ricevute autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive (a titolo esemplificativo, per approvvigionamenti e gare, assunzione di personale, riconoscimento di pregresso stato giuridico dei dipendenti, autorizzazione di attività *extra*-istituzionale, riconoscimento di benefici giuridici ed economici, concessione di sussidi o sovvenzioni, ecc.), particolarmente nelle aree soggette a maggior rischio di corruzione come individuate *ex lege* (art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012);
- aggiornare periodicamente la specifica modulistica da utilizzare per regolare i potenziali casi di **conflitto di interessi** nei procedimenti caratterizzati dal rischio-corruzione, per acquisire preventivamente dai dipendenti, all'atto di assegnazione all'ufficio, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza del conflitto di interessi per la nomina delle commissioni di concorso (allegato 6 E al PTPCT 2017/2019 e in fase di aggiornamento). Tutti i modelli di dichiarazione di conflitto di interesse sono pubblicati sul portale aziendale -modulistica- modelli di assenza conflitto di interesse e patti di integrità. La modulistica è reperibile al seguente link intranet aziendale
- istituire, soprattutto nelle strutture a maggior rischio corruttivo, un registro dei conflitti di interesse contenente tutte le dichiarazioni di assenza e/o presenza di situazioni di conflitto di interessi per incarichi individuali, consulenziali o in commissioni di concorso o di gara. Il registro consente una completa, corretta e tempestiva tracciatura dei conflitti di interesse agevolando le attività di vigilanza e controllo (soprattutto per quelle strutture a cui sono stati assegnati obiettivi PNRR);
- gestire la procedura informatizzata per l'istituto del c.d. **Whistleblowing** o *Segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti*, caratterizzata da una tutela rinforzata della riservatezza, ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. n.165/2001 e s.m.i. e modificato dalla legge 30.11.2017 n. 179 (*cf. par. 1.8.2*); nel 2024 sarà attivata la nuova piattaforma Whistleblowing, per la quale è in corso di aggiornamento il regolamento; sostenere il canale comunicativo con l'esterno già attivato parallelamente dalla U.O.S.D. U.R.P.; utilizzo Linee guida ANAC (Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001- Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 - 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.); implementazione delle misure operative come indicato nel PNA 2022;
- dare attuazione al c.d. '**divieto di Pantouflage o Revolving doors**'. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. n. 165/2001 il divieto si applica:

- ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
- ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato
- ai titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013

Ad essi è precluso, nei tre anni successivi alla conclusione del rapporto di lavoro, avere rapporti professionali con i soggetti privati nei cui confronti siano stati esercitati poteri autoritativi o negoziali nell'ultimo triennio.

In coerenza con la finalità dell'istituto in argomento quale presidio anticorruzione, nella nozione di dipendenti della pubblica amministrazione sono da ricomprendersi anche i titolari di uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013. Sono, infatti, assimilati ai dipendenti della PA anche i soggetti titolari di uno degli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 espressamente indicati all'art. 1, ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni e esterni, gli incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico.

Per il triennio 2024-2026 il RPCT farà riferimento alle misure operative contenute nel PNA 2022 e relativi aggiornamenti:

- attuare la rotazione del personale, quale misura di carattere preventivo e successivo;
- introdurre i *Patti di integrità per l'affidamento di commesse* negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito - predisposti dalle UU.OO. istituzionalmente legittimate con l'espresso avviso che il mancato rispetto delle clausole in essi contenute è causa di esclusione dalla gara, ex art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012 (*allegato 8 al PTPCT 2017/2019* e in fase di aggiornamento);
- assicurare il principio della rotazione degli affidamenti a ogni tipologia di fornitore;
- attuare la formazione del personale, generica e specifica (sulle materie istituzionali nonché sulla normativa anticorruzione ad esse applicata), individuando annualmente i nominativi del personale da destinare a specifico aggiornamento, d'intesa tra i Referenti per la prevenzione della corruzione e il RPCT e i dirigenti;
- assicurare gli adempimenti sulla Trasparenza, con pubblicazione nel sito web istituzionale dei dati sui provvedimenti adottati dall'Amministrazione nelle aree prescritte dal legislatore (art.1, comma 16, Legge n. 190/2012); alimentare periodicamente la pubblicazione delle informazioni prescritte dal D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, nella sezione del sito web aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" o secondo le prescrizioni della presente sezione e nella Griglia contenente gli obblighi di pubblicazione (Allegato 6). Quanto sopra finalizzato a consentire il controllo sulle decisioni aziendali da parte dei soggetti esterni e, in modo particolare, sulle attività più esposte al rischio di corruzione, ex art. 1, comma 9, lett. b), della Legge n. 190/2012;
- monitorare l'effettivo rispetto dei termini procedurali nelle strutture organizzative, a cura dei Referenti, con progressiva eliminazione delle anomalie (art. 1, co. 28, Legge n.190/2012) e con giustificazione di eventuali scostamenti/deroghe in sede di rendicontazione semestrale;
- garantire la completa tracciabilità dei processi e dei procedimenti amministrativi nonché l'accesso telematico ai dati mediante l'informatizzazione degli stessi, con monitoraggio da parte dei Referenti, per fornire tempestivamente ai richiedenti/aventi diritto le notizie sullo stato di avanzamento, sui tempi, sul nominativo del responsabile del procedimento, ivi compresa l'indicazione dell'indirizzo-PEC aziendale per le comunicazioni, oppure fornendo agli aventi diritto i riferimenti per il collegamento ipertestuale ai provvedimenti già pubblicati nel sito web istituzionale. Ciò concorrerà a potenziare sia l'apertura dell'Amministrazione verso l'esterno, anche per via telematica, sia le forme di controllo diffuso sull'attività istituzionale da parte dell'utenza;
- assicurare la trattazione dei procedimenti in ordine cronologico, salvo eccezionali ragioni, onde evitare possibili favoritismi da parte del personale preposto;
- garantire la verbalizzazione degli incontri di lavoro, al fine di ufficializzarne i contenuti e gli accordi e di consentire la tracciabilità dei processi;

- obbligo del rispetto e applicazione del **codice di comportamento** adottato con deliberazione n. 730/DG del 02.08.2018 e aggiornamento ex D.P.R. 81 del 13 giugno 2023 trasmesso a tutto il personale in data 24 luglio 2023 con valenza di notifica. Il Regolamento è in vigore a decorrere dal 14 luglio 2023 ed introduce importanti novità, fra cui una “sezione” dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici.
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012);
- rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali;
- rispetto e applicazione di tutte le disposizioni aziendali emanate ed emanande.

Misure specifiche/ulteriori

- condurre verifiche periodiche sulle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà rilasciate dai dipendenti; adottare specifica modulistica per gli incarichi extra-istituzionali da essi svolti al di fuori dell'orario di servizio e soggetti ad autorizzazione datoriale ex art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.; pubblicare in forma aggregata (elenco massivo) i dati delle autorizzazioni già definite, in apposita sezione del sito web istituzionale;
- intensificare la collaborazione tra RPCT, DPO, Controllo Interno, ICT, Programmazione e Controllo e U.R.P. e, in particolare, continuare a sostenere presso l'U.R.P. l'apposito canale di comunicazione istituito per acquisire eventuali segnalazioni della cittadinanza su presunti episodi di corruzione e/o conflitto di interessi, da trasmettere tempestivamente al RPCT per l'istruttoria;
- adottare Regolamenti/Codici interni e adeguare alla normativa anticorruzione quelli già esistenti, anche al fine di disciplinare le attività istituzionali secondo criteri oggettivi e predeterminati, atti a contenere la discrezionalità e ad eliminare eventuali episodi di 'favoritismo';
- regolare l'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato;
- dare informazione della disciplina nazionale e aziendale -in tema di prevenzione della corruzione- al personale di nuova assunzione o immesso in servizio a seguito di mobilità, mediante esibizione della normativa o più semplicemente attraverso l'indicazione dei *links* per la consultazione informatica dei testi normativi, con informazione dell'esistenza in Azienda dell'Ufficio del Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione; continuare a richiamare la disciplina anticorruzione (la Legge n. 190/2012, il PTPCT 2022-2024, il PTPCT 2023-2025- Sezione Rischi Corruttivi e trasparenza del P.I.A.O.- il Codice di comportamento) nei contratti individuali di lavoro di nuova stipulazione;
- applicare il codice di comportamento aziendale adottato con deliberazione n. 730/DG del 02 agosto 2018, tenuto conto delle linee guida ANAC di cui alla deliberazione 358 del 29 marzo 2017 avente ad oggetto: *“Linee guida per l'adozione del codice di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”, delle modifiche apportate dal legislatore e come richiamato dal PNA 2022;*
- condurre verifiche sulla ricorrenza delle situazioni di incompatibilità e di inconferibilità, all'atto del conferimento di un incarico, come descritte nel D. Lgs. n. 39/2013, per il quale è stato predisposto apposito modello di dichiarazione (allegati 6 G- 6H al PTPCT 2017/2019, PNA 2022-2024 e in fase di aggiornamento). In proposito si prende atto delle indicazioni fornite dall'A.N.AC. con la Delibera n.149 del 22.12.2014, che è interpretativa del D.Lgs. n. 39/2013 nel

settore sanitario e modificativa del parere rilasciato con Delibera n. 58/2013 dall'ex Civit. Il RPCT farà riferimento costante al modello operativo proposto nel PNA 2022;

- aderire agli obblighi di pubblicazione in attuazione del D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, delle linee guida attuative e come indicato nella Griglia allegata al presente P.I.A.O. (Allegato 6), al PNA 2022, agli aggiornamenti del PNA 2023, all'allegato I alla delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 (Allegato 7) e ss.mm.ii.

Le misure specifiche assegnate a ciascuna unità operativa sono presenti nelle mappature dei processi (Allegato 4).

Coerentemente con quanto indicato dalle Linee Guida di controllo e rendicontazione PNRR sono stati inseriti controlli in merito alla rendicontazione delle spese all'Amministrazione Centrale che di seguito si riportano:

- verifica sul sistema di svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo - contabili previsti dalla normativa vigente;
- misure ex ante di prevenzione e contrasto dei conflitti di interesse;
- verifica sul titolare effettivo;
- misure per il rispetto delle condizionalità specifiche, del principio DNSH, dei principi trasversali PNRR e di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto compreso l'eventuale contributo all'indicatore comune.

(Fonte PNA 2019; PNA 2022-2024 e relativi allegati, Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori Vers. 1.0 (agosto 2022))

2.3.4. Programmazione e attuazione della trasparenza

L'art. 1 c. 8 della L. 190/2012, come modificato dall'art. 41 c. 1 lett. g) del D.Lgs. 97/2016, stabilisce che gli obiettivi strategici in materia di trasparenza costituiscono elemento necessario nella sezione del PTPCT relativa alla trasparenza.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013 nella sezione "Amministrazione Trasparente" si indicano i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione e alla pubblicazione di tali dati. Nella griglia di rilevazione degli obblighi per la pubblicazione, allegata al presente documento (Allegato 6), sono indicati i nominativi dei soggetti e degli uffici responsabili tenuti a tale adempimento.

In particolare nella griglia allegata al presente Piano:

- sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'Azienda previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.; in essa sono indicati sia i nuovi dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016 sia quelli che in virtù di quest'ultimo decreto legislativo, non sono più da pubblicare obbligatoriamente
- sono stati identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati

- sono state definite le tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio
Si ribadisce, anzitutto, l'importanza di osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sui siti istituzionali ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

Si ritiene opportuno ribadire che nel presente documento si attuano le seguenti misure contenute, peraltro, quali indicazioni operative, nelle Linee guide approvate con Deliberazione n. 1310/2016 dell'ANAC e nel PNA 2022-2024 e relativi allegati);

- esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione: l'utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti e informazioni, per incrementare il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili
- indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione: è previsto, quale regola generale, di esporre in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente" la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

L'art. 8 del d.lgs. 33/2013 disciplina la durata ordinaria della pubblicazione fissata in cinque anni, con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione

(co. 3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, come individuati nell'Allegato 6, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati. Svolge stabilmente un'attività di controllo assicurando, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Gli uffici cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati nella tabella e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

Il monitoraggio del rispetto degli obblighi viene effettuato sia semestralmente con tutti i referenti del RPCT che in maniera costante sulla totalità dei medesimi.

Gli adempimenti relativi alla trasparenza e integrità di cui al presente Programma riguardano tutte le strutture in cui è articolata l'Azienda. Unitamente agli adempimenti previsti dal presente piano per la prevenzione della corruzione, sono parte integrante degli obiettivi strategici dell'Azienda.

Elemento essenziale della programmazione degli obiettivi di trasparenza è la pubblicazione della Griglia contenente gli obblighi di pubblicazione messa disposizione dall'ANAC e la costante attuazione di tali obblighi. Nella griglia sono indicati i nominativi o i responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. Nella griglia di rilevazione degli obblighi (Allegato 6) non potrà mancare, per ciascun obbligo, l'espressa indicazione dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività. È previsto che chi detiene il dato sia anche colui che lo elabora e lo trasmette per la pubblicazione o che lo pubblica direttamente nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente". L'individuazione dei responsabili delle varie fasi del flusso informativo è anche funzionale al sistema delle responsabilità previsto dal d.lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

È in ogni caso consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all'interno dell'organigramma dell'ente. Si tratta, peraltro, in questo caso di una soluzione analoga a quella già adottata in tema di responsabilità dei procedimenti amministrativi di cui all'art. 35 del d.lgs. 33/2013.

L'Azienda proseguirà con azioni di miglioramento della comunicazione con i propri *stakeholders* esterni e interni.

Sul fronte interno, l'obiettivo è massimizzare la responsabilizzazione del personale sull'applicazione dei principi di trasparenza e di rendicontazione verso il cittadino, sui contenuti, sui modi, sugli

standard di erogazione dei servizi previsti nella Carta dei servizi e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, principalmente mediante pubblicazione sul sito istituzionale e mediante strumenti web ritenuti idonei al dialogo, alla consultazione e alla partecipazione allargata.

Grazie all'implementazione della nuova sezione "Amministrazione Trasparente" nel corso del 2022 e del 2023 (con in numerosi aggiornamenti legislativi in particolare in materia di contratti pubblici) l'Azienda ha provveduto ad innovare l'immagine della sezione e a rendere più accessibile per tutti i cittadini e *stakeholders*, ma soprattutto a suscitare una maggiore consapevolezza su questa tematica.

Trasparenza nei contratti pubblici

Dopo il 1° luglio 2023 la disciplina dei contratti pubblici ha subito una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne in modo significativo l'assetto.

L'entrata in vigore il 1° aprile 2023, con efficacia dal successivo 1° luglio 2023, del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 36/2023 (nel seguito, anche "nuovo Codice") e la conferma di diverse norme derogatorie contenute nel d.l. 76/2020 e nel d.l. n. 77/2021 riferite al d.lgs. 50/2016 (nel seguito, anche "vecchio Codice" o "Codice previgente"), hanno determinato un nuovo quadro di riferimento, mantenendo alcuni istituti e novità introdotte negli ultimi anni.

Dall'assetto normativo di cui sopra ne discende che:

- le procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", saranno disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- le procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, saranno disciplinate dal nuovo Codice;
- le procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, saranno disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

Ad aggiornare il quadro normativo contribuiranno:

- le disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici recate dalla Parte II del Codice, ovvero dagli artt. 19 e ss. d.lgs. 36/2023, la cui attuazione decorre dal 1° gennaio 2024, come fattore, tra l'altro, di standardizzazione, di semplificazione, di riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure;
- le norme in materia di qualificazione delle stazioni appaltanti di cui agli artt. 62 e 63, d.lgs. 36/2023.

Dall'aggiornamento del PNA 2023 e di quanto presente nella Parte Speciale del PNA 2022 2023 ne deriva che:

- ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229) si applica il PNA 2022;
 - ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l'eccezione degli istituti non regolati dal d.l. n. 77/2021 e normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica il presente Aggiornamento 2023, si applica il PNA 2022;
 - ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3, si applica l'Aggiornamento 2023.

Sulla trasparenza dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (all'art. 37 del d.lgs. 33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti di cui al d.lgs. n. 36/2023 art. 229, co. 2) il nuovo codice ha previsto che:

- le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente:

“1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78.

2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori.”

che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;
- che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

Infine di seguito un riferimento ai provvedimenti dell'Autorità in materia di obblighi di pubblicazione e le modalità di attuazione degli stessi a decorrere dal 1° gennaio 2024:

- la deliberazione ANAC n. 261 del 20 giugno 2023 recante “Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale” ossia le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche;
- la deliberazione ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii. recante “Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e relativo allegato 1), (Allegato 7).

In particolare, nella deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 (Allegato 7) e successivi aggiornamenti.

Fattispecie	Pubblicità trasparenza
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023 .
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Tabella riassuntiva degli obblighi di pubblicazione della trasparenza transitoria e a regime

Trasparenza e PNRR

Alla luce di quanto sopra citato resta naturalmente ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo "ReGiS" descritta nella parte Speciale del PNA 2022, come aggiornata dalle Linee guida e Circolari successivamente adottate dal MEF.

Secondo quanto indicato nel PNA 2022 in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull'attuazione delle misure del PNRR - si darà attuazione alle disposizioni del d.lgs. n. 33/2013.

In un'ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrano in quelli da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" ex d.lgs. n. 33/2013, possono inserire in A.T., nella corrispondente sottosezione, un link di rinvio alla sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

Al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR il RPCT vigilerà sull'attuazione dei seguenti obblighi:

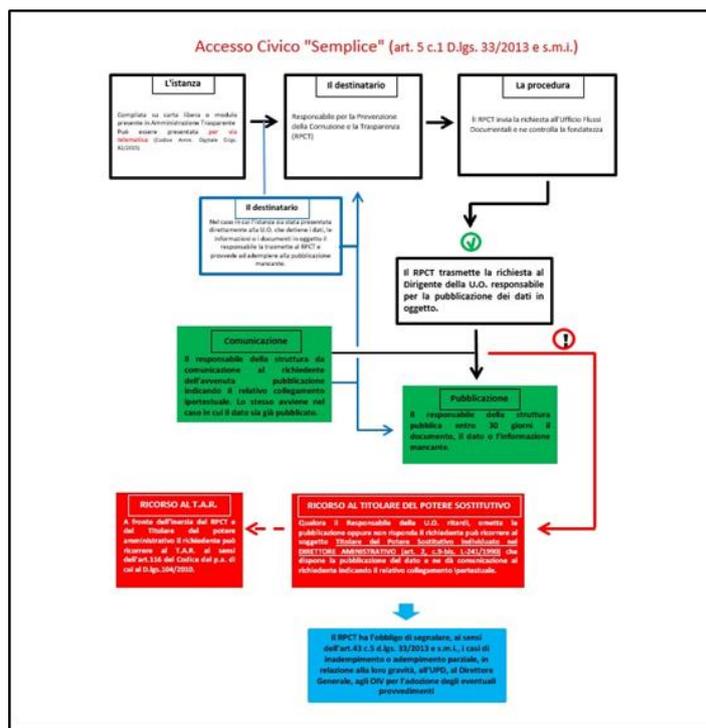
- l'obbligo di conservazione e archiviazione della documentazione di progetto (anche in formato elettronico). Tali documenti, utili alla verifica dell'attuazione dei progetti, dovranno essere sempre nella piena e immediata disponibilità dell'Amministrazione centrale stessa, della Ragioneria Generale dello Stato (Servizio centrale per il PNRR, Unità di missione e Unità di audit), della Commissione europea, dell'OLAF, della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, anche al fine di permettere il pieno svolgimento delle fasi di monitoraggio, verifica e controllo. ;

- l'obbligo di tracciabilità delle operazioni e la tenuta di apposita codificazione contabile per l'utilizzo delle risorse PNRR.

Per le misure di rischio inserite nella mappatura si rinvia all'apposita sezione.

Accesso civico (art. 5, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)

L'accesso civico si qualifica quale diritto di chiunque di accedere agli atti, documenti, informazioni o dati per i quali sussiste lo specifico obbligo di pubblicazione da parte della pubblica amministrazione, nell'eventualità in cui essa non vi abbia già spontaneamente provveduto.



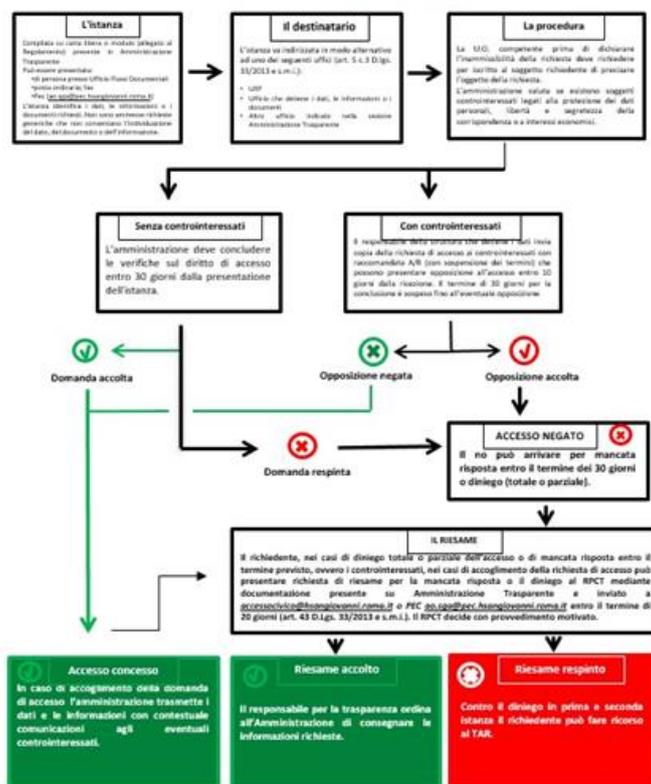
Flowchart accesso civico “semplice”

Accesso generalizzato (art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i.)

L'Accesso civico generalizzato (o accesso FOIA) si qualifica quale diritto di chiunque, senza alcun onere motivazionale, di richiedere dati e documenti ulteriori rispetto a quelli che le amministrazioni sono obbligate a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013 e s.m.i.

Trattasi, dunque, di dati e documenti in relazione ai quali pur non sussistendo alcun obbligo di pubblicazione in capo alla Pubblica Amministrazione, quest'ultima è comunque tenuta a fornirli al richiedente, ove ne venga fatta apposita istanza, sempre che ciò avvenga nel rispetto dei limiti espressamente sanciti dal co. 5 bis del decreto *de quo*.

Accesso Generalizzato (art. 5 c.2 D.lgs. 33/2013 e s.m.i.)



Flowchart accesso civico generalizzato

Il Consiglio di Stato (Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 10 del 2020) ha ritenuto applicabile il FOIA (*Freedom of Information Act*) agli atti delle procedure di gara, anche con riferimento alla fase esecutiva del contratto. Ciò fatte salve le verifiche della compatibilità con le eccezioni relative di cui all'art. 5-bis, co. 1 e 2, del d.lgs. n. 33/2013, a tutela di interessi pubblici e privati, nel bilanciamento tra il valore della trasparenza e quello della riservatezza.

Laddove non vi sia un obbligo di pubblicazione di atti, documenti e informazioni, la stazione appaltante è tenuta comunque ad assicurare la conoscibilità degli stessi, da valutare sempre nel rispetto delle condizioni sopra richiamate (PNA 2022-2024).

Resta ferma, in ogni caso, la possibilità per le amministrazioni aggiudicatrici e gli enti aggiudicatori, in un'ottica di rafforzamento della trasparenza, di pubblicare, nella sezione "Amministrazione trasparente", dati, informazioni, documenti come "dati ulteriori" rispetto a quelli obbligatori, procedendo, ai sensi dell'art. 7-bis, co. 3, del d.lgs. n. 33/2013, a oscurare i dati personali presenti e nel rispetto degli stessi limiti indicati per l'accesso civico generalizzato.

Accesso agli atti ex L. 241 del 78.1990 e s.m.i.

L'accesso generalizzato deve essere tenuto distinto anche dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "accesso documentale"). La finalità dell'accesso documentale ex l. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241 il richiedente

deve dimostrare di essere titolare di un “interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso”.

La legge 241/90 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato. Invece, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello “semplice”, è riconosciuto proprio “allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”.

Dunque, l'accesso agli atti di cui alla L. 241/90 continua certamente a sussistere ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non) operando sulla base di norme e presupposti diversi.

L'esercizio del diritto di accesso, nelle fattispecie descritte nei paragrafi precedenti, è regolamentato con deliberazione n. 302/DG del 29 marzo 2018, intitolato “Regolamento per l'esercizio di accesso ai documenti amministrativi e sanitari, per il diritto di accesso civico e per il diritto di accesso civico generalizzato” pubblicato nel sito web nella sezione “Amministrazione Trasparente – Disposizioni generali – Atti generali – Atti amministrativi generali e Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Accesso civico”.

Tutta la documentazione per rendere possibile l'accesso è reperibile al seguente link

<https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/altri-contenuti/accesso-civico.html>

Si indicano di seguito i *link* di riferimento, ad uso dei dipendenti, per la consultazione della normativa e della documentazione sulla prevenzione della corruzione, di livello nazionale e decentrato/aziendale.

PIANO NORMATIVO DI RIFERIMENTO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

(osservato per la redazione del presente PTPCT e atto a richiamare le principali norme in materia, e ai fini di consultazione e di approfondimento individuale)

- Legge n. 190/2012;
- Legge n. 114/2014, modificativa dell'art. 54-bis, D Lgs. n. 165/2001;
- D. Lgs. n. 165/2001 (T.U. sul pubblico impiego);
- D. Lgs. n. 39/2013;
- D. Lgs. n. 33/2013, modificato dal D. Lgs. n. 97/2016
- Circolare n. 1/2013;
- Circolare n. 6/2014 del Dipartimento Funzione Pubblica;
- Delibera n. 149 del 22.12.2014, emessa dall'A.N.A.C.;
- D.Lgs. 163/2006;
- Legge n. 69/2015;
- Legge n. 124/2015;
- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 ANAC;
- Deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016;
- Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2 del D. Lgs. 33/2013 – Art. 5-bis, comma 6, del D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013 recante “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” approvate con Deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016 dell'ANAC;
- Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016 approvate con Deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 dell'ANAC;
- schema di “Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D. Lgs. n. 33/2013 “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di

- direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall’art. 13 del D. Lgs. n. 97/2016” attualmente in consultazione sul sito ANAC;
- Determinazione dell’ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 recante «Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblowing);
 - Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018;
 - Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019;
 - Delibera ANAC n.382 del 12 aprile 2017;
 - Delibera ANAC n.586 del 26 giugno 2019;
 - Delibera ANAC n.469 del 9 giugno 2021;
 - D.L. 31 dicembre 2020 n. 18 (convertito con modificazioni dalla L. 26 febbraio 2021, n.21);
 - D.L. 30 dicembre 2021, n. 228;
 - D.L. 9 giugno 2021, n. 80 (conv. con L. 6 agosto 2021, n. 113);
 - Delibera ANAC n.158 del 30 marzo 2022;
 - Delibera ANAC n. 1 del 12 gennaio 2022; Documento “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022 (Approvato dal consiglio dell’Autorità in data 02/02/2022).
 - DECRETO 30 giugno 2022, n. 132
 - PNA 2022 e relativi allegati approvato con delibera n.7 del 17.01.2023
Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori Vers. 1.0 (agosto 2022)
Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001-delibera n. 469 del 9 giugno 2021 “Regolamento per l’esercizio della funzione consultiva svolta dall’Autorità nazionale anticorruzione ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, al di fuori dei casi di cui all’art. 211 del decreto stesso”.
 - 55 Cfr. PNA 2019, Parte III § 1.8 “Divieti post-employment (pantouflage)” che sarà aggiornato dalle LLGG in corso di elaborazione.
 - Decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”.
 - DPCM del 20 giugno 2023 “Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l’inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati”;
 - Aggiornamento PNA 2023 Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023;
 - Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all’articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante “Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l’integrazione con i servizi abilitanti l’ecosistema di approvvigionamento digitale”;
 - Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii., Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante “Individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33” e il relativo allegato (Allegato 7);

- Decreto legislativo 13 dicembre 2023 n. 222 “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l’inclusione e l’accessibilità, in attuazione dell’articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227”;
- Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023 - Adozione comunicato relativo avvio processo digitalizzazione.

Si indicano di seguito i *link* di riferimento, ad uso dei dipendenti, per la consultazione della normativa e della documentazione sulla prevenzione della corruzione, di livello nazionale e decentrato/aziendale.

Per la consultazione via Internet:

- Amministrazione Trasparente
- <https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/>
- Casella Whistleblowing:
- <https://whistleblowing.hsangiovanni.roma.it/>
- oppure tramite accesso dalla sezione Amministrazione Trasparente
- <https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/segnalazione-illeciti-whistleblowing.html>
- Accesso Civico
- <https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/altri-contenuti/accesso-civico.html>
- Il Registro degli accessi è consultabile al seguente link <https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/altri-contenuti/accesso-civico/registro-accessi.html>
- <http://www.anticorruzione.it/>
- (sito ufficiale dell’A.N.AC. - Autorità Nazionale Anticorruzione)
- Dipartimento della Funzione Pubblica-Portale P.I.A.O.
- <https://P.I.A.O..dfp.gov.it/>

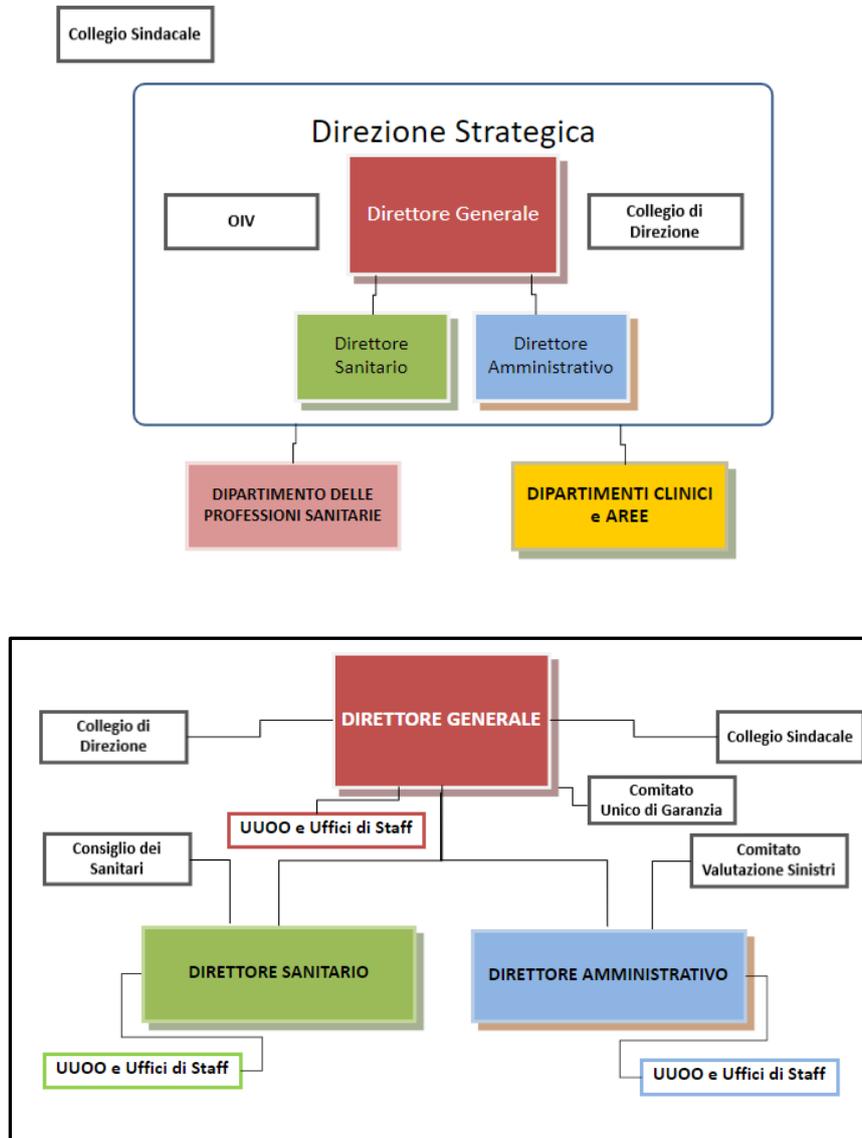
Link alla Banca Dati dei Contratti Pubblici (BDNCP) Anac

<https://dati.anticorruzione.it/superset/dashboard/appalti/>

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Organigramma



3.1.1. Specificità del modello organizzativo

Con deliberazione n. 593/DG del 24 giugno 2022 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale recepito ed approvato dalla Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria - con Determinazione n. G08411 del 28 giugno 2022 e pubblicato sul BURL n. 27 del 07 luglio 2022.

Il modello organizzativo previsto dal nuovo atto aziendale è basato sui dipartimenti e sulle aree nonché sul coordinamento di diversi ambiti di responsabilità e autonomia delle figure professionali così come sulla promozione dell'integrazione interprofessionale ed è finalizzato a potenziare i seguenti aspetti:

- Pratica clinica basata sull'evidenza;
- Valutazione della performance clinica;
- Valutazione della performance organizzativa;
- Responsabilità;
- Integrazione tra le professioni.

L'azienda intende rendere più rapido ed efficiente il governo di processi clinici assistenziali complessi e migliorare l'integrazione tra le strutture e i professionisti interessati; tale modello non costituisce un mero esercizio di stile ma è funzionale a garantire alla collettività di riferimento la miglior assistenza possibile, determinata anche dalla capacità di saper cogliere le necessità assistenziali così come dalla capacità di adattarsi e reagire a fronte di eventi eccezionali e imprevedibili.

La visione strategica dell'Azienda è orientata a:

- realizzare un'organizzazione finalizzata a garantire servizi sanitari equi, efficaci, appropriati, tempestivi e a misura di persona;
- valorizzare in maniera costante, continua, partecipata le proprie risorse umane sviluppandone le competenze ed abilità, predisponendo attraverso i meccanismi di selezione le giuste scelte delle professioni e delle relative competenze professionali;
- adeguare le proprie risorse strumentali, tecnologiche ed informatiche al fine di erogare servizi sanitari in linea con la ricerca scientifica più avanzata;
- adottare e innovare modelli organizzativi incentrati sulla flessibilità, che consente di adeguare le risorse e le strutture alle esigenze del carico assistenziale del momento, con percorsi in grado di modificarsi di pari passo con i cambiamenti epidemiologici e demografici della popolazione, lo sviluppo della Medicina e le tecnologie disponibili;
- adottare procedure che garantiscano la congruità prescritta e l'evidenza scientifica degli interventi sanitari a tutela dei diritti di salute degli assistiti.

L'Azienda, adotta, pertanto soluzioni organizzative adeguate alle proprie specifiche esigenze gestionali orientate alla flessibilità ed alla responsabilizzazione diffusa sia in termini di risultati assistenziali che di risultati gestionali ed economici sulla base delle risorse assegnate.

L'assetto organizzativo è stato ridefinito sulla base dei seguenti criteri:

- valutazione dell'impatto della soluzione scelta in termini di miglioramento quali-quantitativo dei livelli assistenziali: maggiore appropriatezza del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, continuità assistenziale, riduzione dei tempi di attesa;
- dimensionamento delle strutture tale da garantire il raggiungimento della soglia minima quali-quantitativa di attività che garantisca l'efficienza gestionale, la qualità delle cure e la qualità assistenziale;
- aggregazione delle attività complementari o simili in dipartimenti o altre forme di aggregazione;
- efficienza gestionale, in termini di rapporto tra costi di produzione e valorizzazione della produzione tariffaria e per funzioni;
- orientamento all'innovazione dei processi assistenziali e gestionali.

L'Azienda ha quindi configurato il seguente assetto organizzativo:

- individuando le unità operative complesse e semplici dipartimentali integrate in dipartimento, in relazione alla complementarità, interdipendenza, omogeneità e affinità dell'attività, al fine di programmare e condividere e le risorse strumentali ed umane nonché le competenze e l'azione multidisciplinare;

- razionalizzando le unità operative semplici, semplici dipartimentali e complesse con adeguamento del loro assetto strutturale ed organizzativo;
- riorganizzando l'area medica e l'area chirurgica di degenza in funzione della intensità di cure e delle linee di attività elettiva ed in urgenza-emergenza;
- attivando meccanismi di integrazione e di coordinamento per le funzioni interdipartimentali e interaziendali;
- promuovendo una migliore qualità della vita dei degenti;
- promuovendo la formazione e l'aggiornamento continuo del personale, effettuati attraverso un apposito piano formativo aziendale e altri strumenti di formazione.

Il modello organizzativo dell'Azienda si articola sui seguenti livelli di funzionamento:

- livello strategico:
 - direzione aziendale
- livello intermedio di supporto tecnico operativo (tecnostruttura):
 - unità operative sanitarie e tecnico-professionali in area di Direzione Sanitaria tra cui la UOC di Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri
 - unità operative amministrative e tecnico-professionali in area di Direzione Amministrativa
 - unità operative sanitarie afferenti al Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- livello operativo:
 - unità operative coordinate in Dipartimenti
 - unità operative coordinate in Aree funzionali

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali, fulcro delle attività di governo clinico e di utilizzo appropriato e condiviso delle risorse.

I Dipartimenti e le Aree sono individuate in funzione del loro valore strategico, cioè della rispondenza ai bisogni di salute, al sistema di offerta pubblica esistente e alla posizione che in esso riveste l'Azienda ospedaliera, alle competenze maturate e alle prospettive di sviluppo futuro nel medio termine.

La composizione dei dipartimenti e delle aree è stabilita per far sì che essi, maggiormente orientati allo sviluppo dei percorsi clinico assistenziali, puntino alla valorizzazione, specializzazione e integrazione delle competenze dei professionisti.

Accanto alla strutturazione dipartimentale, si perseguono i modelli organizzativi trasversali quali:

➤ Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA)

I Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA) costituiscono un modello organizzativo di presa in carico del paziente ed erogazione dell'assistenza. Si sviluppano sul principio della presa in carico del paziente - secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro di équipe - dettagliando i passaggi essenziali di cura dal momento della diagnosi e trattamento fino al follow-up. L'obiettivo di tali percorsi è di rispondere, con un approccio di integrazione multidisciplinare e interprofessionale, alle esigenze di specifiche classi di pazienti, gestendone tutti gli aspetti, clinici, organizzativi, relazionali.

➤ Le reti

Le reti sono modelli di assistenza/assetto multiorganizzativi in cui il coordinamento e l'integrazione – in relazione al bisogno di salute, alla complessità ed alla prossimità geografica - avviene su diversi livelli: aziendale, interaziendale, regionale. L'obiettivo è di affrontare specifici problemi di salute rispondendo efficacemente al modello di rete definito a livello regionale e in cui l'azienda è stata collocata in una posizione di rilievo e creare, altresì, funzioni di raccordo e integrazione con altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali. L'AOSGA è inserita con

diverse competenze e gradi di complessità nelle reti regionali tempo-dipendenti e non, per come sinteticamente riportato nella tabella di cui a pagina I del presente documento.

➤ Le aree per intensità di cura

Le aree per intensità di cura come modello organizzativo di assistenza non più organizzata verticalmente sulle specialità cliniche e sulle peculiarità delle singole unità operative, ma sviluppata attorno alla persona ed alle sue esigenze assistenziali, cui rispondere attraverso processi di cura appropriati, omogenei e coerenti al bisogno di cura manifestato e attraverso modelli di assistenza orizzontali, modulari e flessibili.

In tale contesto è stato adottato ed attuato il regolamento di conferimento degli incarichi organizzativi dell'Area del Comparto che presuppone una innovativa gestione delle RU assegnate a "piattaforme di ricovero" dove è previsto un uso flessibile delle risorse professionali con uno *skill mix* (rapporto infermieri, ostetriche/OSS) attento all'efficienza, efficacia e qualità dei servizi da rendere ai cittadini. Non da meno il regolamento valorizza le funzioni "specializzate e trasversali" (es. infermiere *case manager*, *wound care nurse*) delle professioni sanitarie in ossequio alle indicazioni nazionali del PTFR, attento alla professionalità e competenza degli operatori oltre che alla quantità degli stessi.

Si richiamano di seguito gli atti della programmazione regionale ed aziendale.

La programmazione regionale, ovvero le indicazioni provenienti dalla Legge Regionale n. 18 del 16 giugno 1994 e s.m.i., dai Programmi Operativi nonché dagli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale hanno costituito la base di partenza di tutti gli atti di organizzazione e programmazione aziendale:

- l'Atto Aziendale, documento di organizzazione e funzionamento, è stato elaborato a seguito di un accurato processo di valutazione delle potenzialità esistenti, al fine di porre in essere un completo, ottimale ed esauriente raggiungimento degli obiettivi quali assegnati dalla Regione;
- il Piano Triennale della Performance 2022-2024 ed il Ciclo della Performance, documenti di programmazione rispettivamente triennale ed annuale, sono stati elaborati integrando le indicazioni derivanti dalla programmazione regionale con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi ed obiettivi operativi a cui vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

3.1.2. Gli aspetti economico-finanziari

Si riportano di seguito in chiave riepilogativa e di confronto i dati relativi all'andamento economico finanziario dell'Azienda. Per quanto attiene il personale, si rileva che il costo, in flessione fino al 2019, ha subito un consistente incremento negli anni 2020, 2021 e 2022, (per l'effetto trascinarsi) determinato, evidentemente, dall'assunzione di unità correlate all'emergenza pandemica e al ruolo assunto dall'Azienda sia come presidio diretto nella rete Covid sia come presidio di supporto per tutte quelle attività non covid attribuite da altre strutture sanitarie; le assunzioni sono sempre avvenute nell'ambito del quadro ordinamentale statale e regionale e con l'autorizzazione regionale.

Le unità assunte con contratto di lavoro a tempo determinato sono state in seguito oggetto di stabilizzazione nel rispetto dell'intervenuta normativa statale e delle disposizioni regionali.

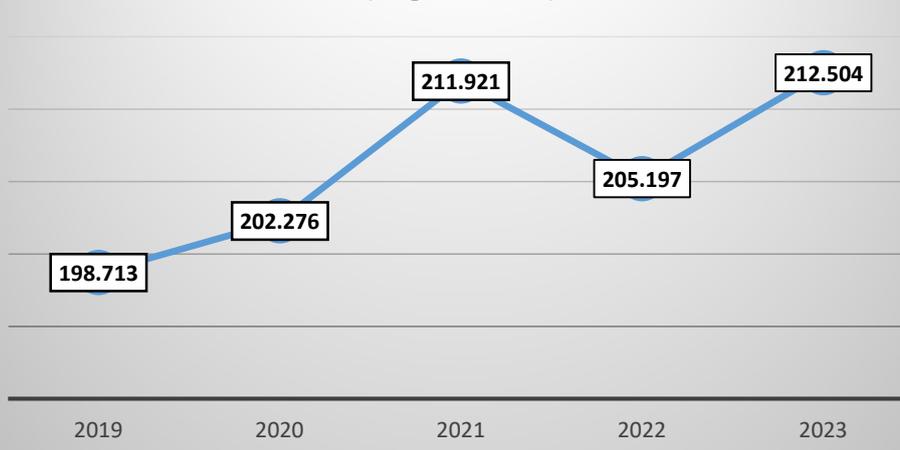
120902 AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA					
ID	CONTO ECONOMICO €	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	Consuntivo 2021	Consuntivo 2022
A1	Contributi F.S.R.	22.467.701	30.072.106	42.098.774	29.916.899
A2	Saldo Mobilità	150.492.735	148.075.857	141.815.610	148.892.248
A3	Entrate Proprie	11.749.880	11.987.533	13.853.089	11.016.457
A4	Saldo Intramoenia	1.808.137	1.035.937	841.813	1.514.563
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-774.252	-2.162.508	-725.070	-730.444
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-23.749	-664.066	482.008	-160.251
A	Totale Ricavi Netti	185.720.452	188.344.860	198.366.224	190.449.472
B1	Personale	126.852.292	137.132.216	141.915.314	139.250.355
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	33.037.397	32.433.903	31.084.194	30.920.913
B3	Altri Beni e Servizi	75.785.016	83.208.106	79.549.778	83.093.217
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	4.931	73	-	-
B5	Accantonamenti	5.943.310	7.568.729	10.810.334	9.542.051
B6	Variazione Rimanenze	225.096	-1.888.512	674.025	224.865
B	Totale Costi Interni	241.848.042	258.454.514	264.033.645	263.031.400
C	Totale Costi Esterni	450.218	510.167	391.143	428.930
D	Totale Costi Operativi (B+C)	242.298.259	258.964.681	264.424.788	263.460.331
E	Margine Operativo (A-D)	-56.577.808	-70.619.822	-66.058.564	-73.010.858
F2	Saldo Gestione Finanziaria	3.621.891	3.004.424	2.790.951	2.535.275
F3	Oneri Fiscali	9.041.673	9.500.876	10.120.468	10.413.980
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-954.875	272.274	-15.029	390.460
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	11.708.689	12.777.574	12.896.390	13.339.714
G	Risultato Economico (E-F)	-68.286.497	-83.397.396	-78.954.954	-86.350.573

Di seguito la rappresentazione grafica dei dati economico finanziari del periodo 2019 - 2023

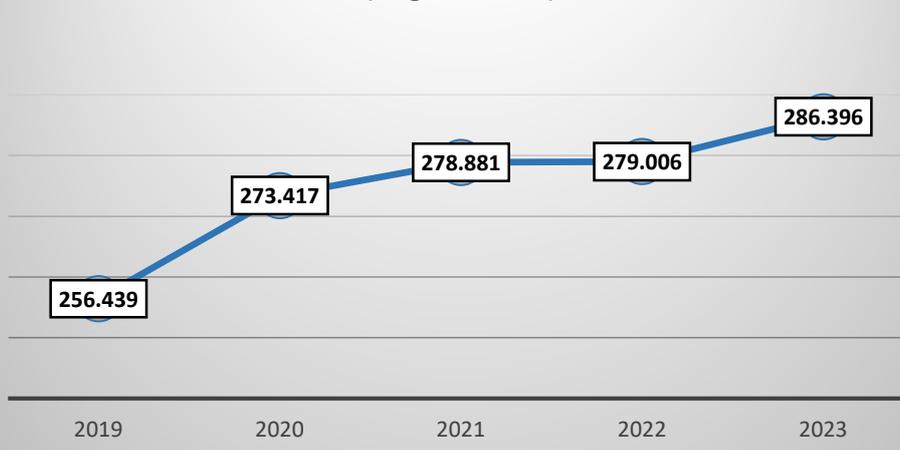
risultato economico 2019 - 2023 (migliaia euro)



valore della produzione 2019 - 2023 (migliaia euro)



costi della produzione 2019- 2023 (migliaia euro)





3.1.3. Elementi di forza e di debolezza

Esaminando i punti di forza e di debolezza secondo macro-categorie (risorse umane, risorse strumentali ed economiche, sistema organizzativo), rilievo prioritario assume l'area delle risorse umane, nella quale i punti di forza possono essere rinvenuti nelle capacità e competenze professionali. Come rilevato nell'ambito del Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari (P. Re. Val. E.), l'Azienda ha registrato, nonostante il perdurare della pandemia, una tenuta tra il 2020 ed il 2022 (ultimo dato disponibile) in ragione delle competenze e delle professionalità presenti. Ciò consente di potersi fondare su un piano di *performance* correlato agli obiettivi e ad un sistema di incentivazione adeguato. Uno dei punti di debolezza è, tuttavia, rappresentato dall'invecchiamento della popolazione medica e dalla necessità di predisporre percorsi strutturati per lo sviluppo delle competenze, sia professionali che tecniche.

Per quel che riguarda le risorse strumentali, i punti di forza aziendali vengono individuati in un buon livello delle tecnologie disponibili e nell'ampia gamma dei servizi sanitari offerti, nonché nel mantenimento della conformità delle infrastrutture agli standard in materia di sicurezza. Quanto

alle tecnologie sanitarie, sono in corso programmi di ammodernamento ed ampliamento del parco tecnologico che già consentono risultati di alta qualità nella diagnostica radiologica, nell'interventistica, in sale operatorie rinnovate, ecc..

Per quanto riguarda le risorse strutturali, i punti di forza sono individuati nel fitto programma di ristrutturazione e riqualificazione di spazi esistenti e di realizzazione di nuovi ambienti tutti destinati a migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti.

Permangono alcuni ritardi nella completa informatizzazione dei processi amministrativo – contabili e sanitari.

Rimane, quale punto critico nell'organizzazione del personale sanitario di Comparto, l'età media elevata degli operatori, nonché l'elevato numero di operatori prescritti ed esterni alle aree di degenza. L'Azienda sta cercando di individuare aree cui adibire personale non impegnato nelle degenze, al fine di evitare aggravio di costi derivanti da esternalizzazioni di attività (front e back office, recup e servizio antiincendio).

A livello del sistema organizzativo si individuano i seguenti punti di forza:

- il contrasto alla frammentazione organizzativa attraverso l'introduzione di una gestione per processi e secondo le logiche dell'*operation management*;
- il supporto allo sviluppo delle culture professionali ed il loro coinvolgimento nello sviluppo del profilo identitario dell'Azienda;
- l'orientamento alla "*value-based health care*", considerando il valore prodotto come risultante della valutazione multidimensionale dei risultati raggiunti;
- la standardizzazione di protocolli di cura a garanzia dell'equità di trattamento, della sicurezza e della omogeneità delle prestazioni;
- l'attenzione all'umanizzazione delle cure;
- una buona definizione degli obiettivi a tutti i livelli con allineamento tra quelli di budget e quelli contrattuali assegnati ai dirigenti ed al personale.

3.1.4. Linee strategiche

L'Azienda, in linea con le scelte operate nell'ultimo biennio ritiene che le seguenti aree sanitarie costituiscano un elemento di eccellenza per la complessità dell'attività erogata e per la qualità assistenziale fornita: oncologia e oncoematologia medica e chirurgica, malattie del testa-collo (con particolare riferimento all'ambito oncologico), cardiovascolare, ivi incluse le patologie cardiovascolari tempo-dipendenti, emergenza (hub rete emergenza adulti) e traumatologia, materno-infantile, chirurgia specialistica ad approccio mini-invasivo (vascolare, urologica e robotica), radiologia interventistica.

Nell'ottica di conciliare *standard* di cura sempre più elevati con la sostenibilità economica dell'Azienda, la Direzione Strategica intende introdurre un modello organizzativo che abbia il duplice obiettivo di aumentare e potenziare la produttività aziendale e di perseguire un'allocazione maggiormente efficace ed efficiente delle risorse impiegate, in relazione al rapporto non ottimale tra costi del personale e valore della produzione.

Infatti, sulla base di quanto emerso dall'analisi del triennio pregresso, in particolare dall'analisi della casistica dell'area medica e chirurgica, del tasso di occupazione dei posti letto e della degenza media, l'AO San Giovanni Addolorata intende potenziare, mediante l'incremento di posti letto dedicati, l'attività di *Week Surgery*. Il potenziamento di questa linea di attività, coerentemente con l'introduzione del modello organizzativo delle aree per intensità di cura, permette, da un lato, di offrire nel *setting* adeguato una risposta maggiormente appropriata al bisogno di cura del paziente e, dall'altro, grazie al decremento del personale turnante nel week-end, una migliore conciliazione dei tempi vita – lavoro dei professionisti.

La riorganizzazione prevede inoltre la separazione dei percorsi in urgenza ed elettivi, a garanzia di maggiori standard di sicurezza riguardo le infezioni correlate all'assistenza ed una migliore programmazione delle sedute operatorie per le attività elettive.

L'Azienda intende dunque proseguire il percorso volto all'ottimizzazione della produttività dei vari reparti al fine di ottenere una migliore *performance* nell'utilizzo dei posti letto, intervenendo in tutte le fasi del ricovero, dall'ammissione alla dimissione mediante la piena realizzazione di quanto previsto nei documenti di riorganizzazione dell'Area Chirurgica e Medica, dal nuovo Regolamento del DEA, dalle Procedure di *Bed management*, anche attraverso il potenziamento dei sistemi informatici ed informativi a supporto. La natura stessa di Azienda Ospedaliera determina una particolare attenzione alle necessità assistenziali del paziente acuto: sono esigenze programmabili a livello aggregato, ma che applicate al singolo soggetto che accede al sistema sanitario in genere per un sospetto clinico o tramite il Pronto Soccorso in condizioni di pericolo imminente di vita, impongono all'Azienda di ottimizzare il processo di ricovero prevedendo una ulteriore riduzione complessiva della degenza media in regime di ricovero ordinario e ulteriore aumento degli interventi chirurgici, al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale e aziendale.

La revisione del modello organizzativo riguarderà anche il percorso *outpatient* prevedendo una rivisitazione del percorso assistenziale, che garantisca una presa in carico continua ed integrata e che sia in grado di offrire una risposta appropriata al bisogno di cura del paziente. Elementi imprescindibili della definizione del nuovo percorso sono la personalizzazione delle cure nonché un'organizzazione *patient centered*. Tali elementi richiedono un'innovativa e diversa partecipazione e valorizzazione delle risorse infermieristiche che consentano da un lato di soddisfare in modo più appropriato i bisogni del paziente e dall'altro di agevolare l'attività del personale medico ed essere indirizzata ad attività a maggiore impegno clinico.

L'Azienda ritiene inoltre che una delle principali leve di miglioramento sia rappresentata dalla possibilità di sfruttare maggiormente le risorse tecnologiche presenti al suo interno ed in corso di ammodernamento

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO A DISTANZA

Il C.C.N.L. del personale del comparto sanità, stipulato in data 2 novembre 2022, al titolo VI, disciplina il lavoro a distanza, nelle forme del lavoro agile e del lavoro da remoto.

Il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda o Ente e in parte all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

Per quanto riguarda, i principi generali, l'accesso, l'articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione, nonché la formazione nel lavoro agile, si rimanda agli artt. 76-80 del suddetto C.C.N.L.

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

Per quanto riguarda gli altri aspetti di tale tipologia di lavoro a distanza si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 81 del medesimo C.C.N.L.

Considerato che il lavoro a distanza è stato completamente definito e normato solo con la recente stipula del suddetto C.C.N.L., avvenuta in data 02/11/2022, l'Azienda procederà a dare applicazione alle previsioni contrattuali sopra riportate con apposita regolamentazione secondo le modalità previste dal C.C.N.L. stesso.

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale è un adempimento prescritto dall'articolo 6 del D.Lgs 165/2001 ed è lo strumento strategico e programmatico per individuare, nel rispetto dei vincoli finanziari e degli equilibri di finanza pubblica in materia di spesa del personale, le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

Inoltre, la programmazione triennale dei fabbisogni è inclusa quale sezione del nuovo strumento di programmazione di cui all'art. 6 del D.L. 80 /2021, convertito il L.113/2021 che prevede la predisposizione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni. Il comma 2 del medesimo articolo 6, prevede che il Piano integrato delle attività e delle Organizzazioni, tra l'altro, definisce *“compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all' articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali”*.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dai posti che annualmente si rendono disponibili a seguito delle cessazioni a qualsiasi titolo avvenute e/o previste e di stabilire, tenendo conto dei vincoli finanziari, l'entità delle professionalità da acquisire per far fronte ai fabbisogni rispetto alle politiche aziendali e agli atti di programmazione regionali.

Il documento è stato redatto in conformità a quanto previsto:

- dalle Linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani dei fabbisogni di personale da parte delle Amministrazioni pubbliche approvate con il Decreto, emesso in data 8 maggio 2018, del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Ministro per la Salute e pubblicato nella G.U. n.177 del 27.7.2018;
- dalle Linee guida PTF 2023-2025 per la predisposizione della documentazione da parte delle aziende Sanitarie trasmesse dalla Regione Lazio con la nota prot.1288296 del 10.11.2023.

Per quanto attiene alla metodologia applicata, si conferma che le tabelle sono state predisposte nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione e nella rappresentazione delle assunzioni, cessazioni.

3.3.1. Gestione delle risorse umane secondo i principi di razionalizzazione riorganizzazione e programmazione

In considerazione del blocco totale delle assunzioni indotto, a partire dall'anno 2008, a seguito dell'accertamento del disavanzo sanitario da parte della Regione Lazio con conseguente commissariamento e misure inerenti l'attuazione del piano di rientro regionale, solo negli ultimi anni, a seguito del raggiungimento degli obiettivi posti dal predetto piano e, quindi, con una nuova disponibilità dal punto di vista economico- finanziario, è stato possibile assumere progressivamente risorse nuove, sempre nel rispetto delle disposizioni regionali in materia anche per quanto attiene ai vincoli di natura economica finanziaria.

Ciononostante, al fine di un'efficiente allocazione e ad una ottimizzazione delle risorse umane disponibili, l'Azienda ha proceduto alla razionalizzazione degli assetti organizzativi, continuando a garantire le prestazioni sanitarie e l'erogazione dei LEA, tenendo sempre in considerazione l'imprescindibile vincolo dei limiti di spesa imposti dalla vigente normativa.

Sono state introdotte modalità flessibili di gestione del personale sia medico sia del comparto, ad esempio con la creazione di piattaforme di degenza unificate su cui insistono più reparti affini, con la stretta integrazione tra equipe mediche della stessa disciplina (cardiologia, chirurgia, area medica).

Alcune linee di attività sono state riconvertite o unificate ad altre affini per una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili. Alcune funzioni sono state affidate più appropriatamente ad altre figure professionali (equipe di sala operatoria ostetrico-ginecologica composta da ostetriche in luogo di infermieri; triage PS ostetrico svolto da ostetriche in luogo di infermieri).

Si tenga presente che l'attività H24 è particolarmente sviluppata nell'Azienda per il ruolo che essa riveste in molti campi dell'assistenza soprattutto nell'ambito del DEA di II livello e ciò assorbe numerose risorse che solo in misura minima possono essere riorganizzare senza compromettere la tempestività, l'efficacia e la sicurezza delle cure.

Sono stati affidati i nuovi incarichi organizzativi delle professioni sanitarie e sono stati affidati gli incarichi gestionali e professionali della dirigenza sanitaria.

È stato, altresì, adottato il Regolamento per il conferimento degli incarichi del personale del ruolo amministrativo, tecnico e professionale sulla base di quanto previsto dal nuovo CCNL. Tali incarichi, la cui connotazione è ora maggiormente rivolta al raggiungimento degli obiettivi prefissati in un'ottica di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, sono tesi alla valorizzazione della professionalità dei dipendenti interessati che costituisce valido strumento per garantire il miglioramento dei servizi di supporto all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In tal modo l'incarico attribuito non è solo strumento di crescita professionale del dipendente, così come previsto dalla normativa e dalle linee di indirizzo in materia di gestione del personale ma è anche strumento con cui l'Azienda raggiunge i propri obiettivi e, quindi, in definitiva riesce ad ottenere il miglioramento dell'assistenza fornita.

Sono in corso gli affidamenti degli incarichi della dirigenza PTA.

Sono stati potenziati, nel rispetto delle regole contrattuali e aziendali in materia di mobilità interna, i passaggi interni verso reparti/attività di maggior valore strategico e, ove possibile, più confacenti alle esperienze maturate e alle aspettative di crescita professionale. Sono state favorite le forme di collaborazione multidisciplinare e interprofessionale (es. *cancer team*) che garantiscono maggior accuratezza dei processi di cura ed assistenza e migliori *outcome* clinici.

Tali percorsi tuttavia non garantiscono pienamente il soddisfacimento del fabbisogno di personale dell'Azienda e alla luce delle linee strategiche sopra evidenziate è stato rimodulato il fabbisogno complessivo del triennio 2023 – 2025.

3.3.2. Programmazione del fabbisogno

Nel triennio 2023-2025 le politiche in tema di personale saranno coerenti con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale recuperando il ruolo centrale e fondamentale svolto dalle risorse umane nella gestione del SSR; l'Azienda intende realizzare un sistema che metta in primo piano lo sviluppo del potenziale del personale attraverso una attenta valutazione dell'effettivo fabbisogno, una approfondita analisi del livello di competenze, conoscenze e attitudini possedute e di quelle considerate necessarie, misure tutte finalizzate ad evitare un ulteriore impoverimento delle risorse umane del SSR.

Per il 2024 l'Azienda intende procedere con l'attivazione dei servizi di seguito indicati, in attuazione del nuovo Atto Aziendale:

- Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Chirurgia Toracica;
- Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina Nucleare.

Inoltre l'Azienda intende potenziare alcuni servizi, adeguando l'organico anche in relazione all'attuazione del PNRR e all'acquisizione di nuove risorse tecnologiche come PET, Ecotomografi, mammografi digitali, ecc.

In particolare l'Azienda intende procedere all'assunzione di personale per come indicato analiticamente nelle tabelle e nella relazione illustrativa e che qui si riporta sinteticamente:

- indizione/espletamento di avvisi per conferimento di incarichi di struttura complessa per la Uoc Otorinolaringoiatria, per la Uoc Anestesia e Rianimazione, per la UOC Anatomia Patologica, per la Uoc Ematologia, per la Uoc di Malattie dell'Apparato Respiratorio;
- adeguamento dell'organico del Dipartimento Emergenza e Accettazione (è in fase di predisposizione bando di concorso);
- potenziamento nell'ambito della UOC Anestesia e Rianimazione /Centro di Rianimazione in previsione dell'attivazione della nuova struttura di terapia intensiva;
- adeguamento dell'organico della UOC di Ortopedia e Traumatologia anche in considerazione del ruolo rivestito dall'Azienda nell'ambito della Rete del Trauma;
- potenziamento di alcuni servizi ospedalieri per l'abbattimento delle liste d'attesa, mediante acquisizione di dirigenti medici nelle discipline di radiodiagnostica, ginecologia e ostetricia, neurochirurgia, neonatologia, gastroenterologia, chirurgia generale.

Le funzioni di natura amministrativa-tecnica sono state oggetto di rilevanti riduzioni, riorganizzazioni e razionalizzazioni che seppure in parte derivanti dalla normativa finalizzata al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'attività amministrativa, certamente sono state determinate anche dalle stringenti disposizioni del piano di rientro e dal disavanzo sanitario; tali disposizioni, costituite sino al 2016 dal blocco parziale o totale del *turn over*, hanno prodotto una diminuzione delle strutture del personale, un depauperamento delle professionalità e conseguentemente dal punto di vista quali-quantitativo dell'attività amministrativa.

Nel corso degli anni del piano di rientro, le poche assunzioni disponibili si sono incentrate quasi esclusivamente sul personale del ruolo sanitario; ciò ha comportato anche a fronte delle numerose cessazioni intervenute il progressivo svuotamento degli uffici, con perdita delle professionalità, delle competenze e delle conoscenze.

L'Azienda intende procedere alla valorizzazione della professionalità acquisita dal personale amministrativo anche mediante l'applicazione dell'istituto contrattuale della progressione tra le aree, nel rispetto sempre delle disposizioni vigenti in materia.

L'Azienda, inoltre, intende potenziare nel corso del 2024 il personale del ruolo tecnico e amministrativo mediante l'assunzione di nuove unità; in particolare anche per quanto attiene la realizzazione degli obiettivi posti dalla programmazione regionale in relazione al PNRR prevedendo l'assunzione di assistenti e collaboratori tecnici ingegneri/informatici/ingegneri bioclinici. Tale ultima figura potrà anche essere utilizzata nell'ambito della funzione HTA, anche in correlazione al miglioramento della qualità e dell'assistenza erogata.

Per quanto riguarda gli strumenti di reclutamento, nel rispetto delle disposizioni commissariali e regionali inerenti l'utilizzo di graduatorie concorsuali con valenza regionale, l'Azienda intende utilizzare, quale tipologia preferenziale, il concorso pubblico per titoli ed esami; nello specifico il ricorso allo strumento del concorso pubblico si può realizzare sia mediante indizione di apposito avviso sia mediante l'aggregazione ad altre aziende sanitarie regionali, sia anche mediante scorrimento di valide graduatorie concorsuali.

L'azienda, per quanto attiene all'istituto della mobilità ex art.30 del D.Lgs.165/2001 e s.m.i., in considerazione dell'attuale espresso dall'ordinamento per la procedura concorsuale farà ricorso a tale strumento a fronte della necessità di reperire specifiche professionalità.

Nel corso del primo trimestre del 2024 l'Azienda, al fine della copertura dei posti afferenti alla quota d'obbligo di cui all'art.18, comma 2 della L.68/1999 e s.m.i. , espleterà il concorso indetto per la copertura di n.4 posti nel profilo di collaboratore amministrativo.

3.3.3. Politiche di Stabilizzazione

L'Azienda intende continuare a ridurre il ricorso a contratti di lavoro a tempo determinato, da ricondurre esclusivamente nel proprio alveo normativo, finalizzato a soddisfare esigenze temporali limitate ed urgenti, in funzione di prevedibili picchi di attività, generando nuovi stimoli nel personale neoassunto a vantaggio di un miglioramento nell'assistenza al paziente. Una programmazione puntuale delle assunzioni risulta essere elemento imprescindibile per il mantenimento del sistema, anche conseguentemente alle carenze derivanti dal sempre più crescente numero di cessazioni incrementato a seguito dell'introduzione delle nuove disposizioni pensionistiche nazionali.

L'Azienda, già nell'ultimo triennio, ha completato le procedure relative alle stabilizzazioni ex art. 20, c. 1 del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. ed ex art.1, comma 268 lett. b) della L. 234/2021 e s.m.i. come di seguito riportato:

anno 2021: n 8 unità di personale (n. 3 CPS Fisioterapista; n. 2 OSS; n. 2 CPS Infermiere; n. 1 Dirigente Medico Disciplina Chirurgia Plastica)

anno 2022: n 18 unità di personale (n. 2 CPS Fisioterapista; n. 2 OSS; n. 12 Assistente amministrativo; n. 2 Dirigenti Medici disciplina oftalmologia)

anno 2023: n. 7 unità di personale (n. 1 Dirigente Biologo; n. 1 Dirigente Medico Chirurgia Maxillo Facciale; n. 2 Dirigenti Medici Medicina Interna; n. 3 Tecnici Sanitari di Radiologia Medica).

In conclusione, nel rinviare alle tabelle compilate nel rispetto del format regionale per la rappresentazione analitica del fabbisogno che l'Azienda intende realizzare e del relativo impatto economico, si rappresenta che il presente Piano è stato predisposto avendo ben presente la strategicità e la rilevanza dello stesso quale strumento di gestione delle risorse umane e di ottimizzazione delle politiche del personale.

Infatti, si ravvisa che la caratteristica principale di ogni organizzazione sanitaria è il personale e che, pertanto, per la realizzazione dei programmi e delle scelte strategiche aziendali è necessaria una attenta, incisiva ed efficace politica del personale, che si traduce nel miglioramento dei processi di acquisizione e nel miglioramento della professionalità delle risorse già disponibili.

3.3.4. La formazione

In osservanza alla Determinazione – GSA n. G16918 del 15.12.2023 “*Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2023-2025*” e con le finalità già previste dall'art. 7 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001, secondo cui “*le Pubbliche Amministrazioni predispongono annualmente un piano di formazione del personale dipendente, tenuto conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie, degli obiettivi da raggiungere*”, è predisposto il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2024.

Così come disposto dall'art. 6 del Decreto Legge n. 80 del 09.06.2021, il PFA diviene parte del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che è il documento unico di programmazione e governance che dal 30.06.2022 integra molti dei Piani che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente: performance, fabbisogni formativi del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione.

Con l'intento di garantire a tutto il personale la continuità dell'esercizio del diritto/dovere della formazione, secondo i principi di trasparenza, di rotazione e di pari opportunità, l'Azienda, tramite la Uosd Formazione e sviluppo delle competenze, ha redatto il presente PFA 2024, in

ottemperanza alle norme ed ai criteri rappresentati, a quanto stabilito nel proprio Regolamento per la Formazione Continua (Deliberazione n. 843/DG/2020) nonché agli irrinunciabili requisiti di sostenibilità economica ed organizzativa.

Le risorse

La formazione residenziale (res)

Le aule e le sale storiche

Per la erogazione della Formazione Residenziale (RES), caratterizzata da lezioni frontali in aula, sono utilizzate aule dedicate e sale storiche di proprietà dell'Azienda:

- Aula "Formazione", situata al piano terra della sede legale, dotata di circa 40 posti e corredata di supporti didattici quali una Lavagna Interattiva Multimediale (LIM), un Personal Computer (PC) ed un video proiettore (VP);
- Sala "Folchi", situata presso il Corpo F, dotata di circa 350 posti e corredata di supporti audio visivi informatizzati e di cabina di regia;
- Sala "Antico Atrio", situata presso il Corpo F, dotata di circa 70 posti;
- Sala "Luigi D'Elia", situata al piano superiore del Corpo F, dotata di circa 40 posti e corredata di una LIM e di un PC;
- 5 Aule didattiche, situate al piano superiore del Corpo F, utilizzate complessivamente dai seguenti Corsi di Laurea:
 - Corso di Laurea in Infermieristica (I – II – III anno);
 - Corso di Laurea in Fisioterapia (I – II – III anno).

Le Aule didattiche sono dotate da 20 a 45 posti e sono corredate dei supporti didattici necessari, anche per lo svolgimento di lezioni a distanza (LIM, PC e Webcam).

La formazione a distanza (fad)

Gli strumenti: la piattaforma e-learning aziendale e la piattaforma microsoft teams

Per la Formazione a Distanza (FAD) l'Azienda dispone:

- di una propria piattaforma e-learning asincrona, accreditata da AGENAS nel mese di luglio 2020;
- della licenza per la piattaforma Microsoft Teams, applicativo multifunzione che consente di accedere alle lezioni in modalità sincrona, accreditata nel mese di dicembre 2020.

Il comitato tecnico scientifico

La Deliberazione n. 275/DG/2008, che istituisce il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) aziendale, i cui componenti sono stati aggiornati con Deliberazione n. 464/DG del 23/05/2023, attribuisce allo stesso le seguenti funzioni:

- promuovere la cultura tecnico – scientifica;
- promuovere la divulgazione scientifica e lo sviluppo della ricerca clinica ed organizzativa all'interno dell'Azienda;
- esprimere pareri in merito a pubblicazioni e riviste dell'Azienda;
- effettuare valutazioni e scelte delle riviste di cui dotare l'Azienda;
- promuovere l'introduzione e l'utilizzo di applicazioni informatiche.

I docenti

Il CCNL Triennio 2016 – 2018 Dirigenza Medica, Art. 50, Commi 7 e 8, prevede che la partecipazione del personale all'attività docenza, da questi svolta a favore dell'Azienda o Ente di appartenenza, si realizzi nelle seguenti aree di applicazione:

- corsi di specializzazione e di insegnamento previsti dall'art. 6, commi 2 e 3, del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.;
- corsi di aggiornamento professionale obbligatorio del personale, organizzati dalle Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- corsi di formazione professionale post - base, previsti dai decreti ministeriali che hanno individuato i profili professionali di cui all'art. 6 citato nella lettera a);
- formazione di base e riqualificazione del personale.

Le attività di docenza, previa apposita selezione secondo l'ordinamento di ciascuna Azienda o Ente e nel rispetto dei protocolli previsti dalla normativa citata al precedente punto a), sono riservate, di norma, ai dirigenti delle medesime Aziende o Enti in base alle materie di rispettiva competenza, con l'eventuale integrazione di docenti esterni.

Cio' premesso, il Responsabile Scientifico del progetto formativo deve procedere alla selezione dei docenti, comparando i curriculum vitae degli stessi, appartenenti alla stessa area formativa.

La scelta, che deve riguardare prioritariamente gli operatori dell'Azienda, è effettuata in base all'oggetto dell'incarico, a specifici requisiti richiesti, a criteri di comparazione inerenti la tipologia ed il percorso formativo dei docenti e deve essere debitamente motivata.

La selezione può non essere effettuata solo quando:

- la docenza richieda particolari abilità, certificata da adeguata documentazione;
- ricorrano situazioni di emergenza/urgenza, opportunamente circostanziate.

Il budget annuale

Così come previsto dal CCNL Triennio 2016 – 2018 Dirigenza Medica, Art. 50 – 53 e CCNL Triennio 2019 – 2021 Comparto Sanità, Art. 64 – 69, l'Azienda può organizzare le attività formative in favore dei propri dipendenti anche avvalendosi della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati, qualora le suddette attività formative richiedano particolari abilità e debbano essere erogate da soggetti accreditati.

Il budget annuale è definito dall'Azienda con la Previsione dei Costi del Piano Formativo Aziendale (PFA), prevalentemente correlati alle attività formative di cui sopra, secondo lo schema di base seguente:

<p>PREVISIONE COSTI FORMAZIONE CONTINUA U.O.S.D. FORMAZIONE, DIDATTICA E RICERCA ANNO ...</p>
--

PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO ...	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Importo in Euro
FORMAZIONE CONTINUA:	
Costo contributo ECM Regionale per accreditamento corsi	

Costo docenti corsi ECM interni ed esterni programmati	
Formazione risorse esterne Area Sanitaria	
Formazione risorse esterne Uffici in staff alla Direzione Generale, alla Direzione Amministrativa ed alla Direzione Sanitaria	
Formazione ex art. 37 D. Lgs. 81/08	
Formazione Addetti antincendio rischio elevato	
Abbonamenti riviste, Clinical Decision Support (CDS),etc.	
Attività già autorizzata nel pregresso ancora da svolgere	
Totale costi Formazione Continua	

La pianificazione delle attività formative

I riferimenti per la redazione del Piano Formativo Aziendale (PFA) 2023

In un'Azienda in cui l'assetto organizzativo ed operativo è in continua evoluzione e prevede l'introduzione di nuovi processi, una parte degli interventi formativi devono essere predefiniti a livello centrale dalla **DIREZIONE STRATEGICA**, che individua le priorità necessarie per adeguare le competenze dei soggetti attuatori.

Al riguardo, *i meeting, i briefing e gli audit clinici*, che sono strumenti del risk management finalizzati al miglioramento della pratica clinica, e che diventano al tempo stesso una modalità di formazione sul campo (FSC), così come riconosciuta da Agenas, inerente la macroarea dei processi, sono stati individuati dalla Direzione Strategica come modalità formativa prioritaria per gli anni 2022 e 2023. Peraltro, l'accreditamento ECM dei meeting di U.O., o meglio trasversali a più UU.OO., che vengono comunque svolti per esigenze organizzative e di minimizzazione del rischio clinico, oltre che per condividere e verificare l'adesione a percorsi clinici trasversali dei team interdipartimentali, costituisce una buona opportunità per rispondere agli obblighi di crediti ECM cui i professionisti devono corrispondere.

Pertanto, i meeting, i briefing e gli audit clinici saranno oggetto di ulteriore incentivazione anche per l'anno 2024.

In coerenza con il Piano Aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso Rev. 0 del 30.12.2022, particolare attenzione sarà posta sui *Meeting clinici inerenti l'appropriatezza dei percorsi diagnostico- terapeutici* e la Formazione continua sul campo in termini di:

- NIV;
- Alti flussi;
- Triage modello Lazio base;
- Triage modello Lazio retraining;
- Hospital meeting;
- Bed Management;
- Percorsi ospedale – territorio – Centrale Operativa Aziendale connessa con le COT e i Centri Sociali del Comune di Roma;
- Telemedicina e continuità delle cure.

Inoltre, tra gli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Salute del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) della DGR 332 del 24/05/2022, nonché dalla citata Determinazione – GSA n. G16918 del 15.12.2023, risulta compresa anche la submisura relativa alla formazione del personale operante nelle strutture ospedaliere sul tema delle *infezioni nosocomiali*.

Al riguardo, la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio si avvarrà degli Enti pubblici del SSR che, accreditati in qualità di Provider ECM, assumeranno il ruolo di soggetti attuatori esterni in base ad unico programma di formazione, che sarà definito tenendo conto dei target qualitativi e temporali previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (cronoprogrammi attuativi), secondo i moduli formativi sintetizzati nell'Allegato 5 al Piano Operativo Regionale "Indicazioni nazionali sulla strutturazione del programma del corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero".

L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, accreditata in qualità di Provider ECM, dovrà realizzare il suddetto programma formativo per 771 dipendenti.

Infine, in coerenza con gli *obiettivi ECM regionali per il triennio 2023/2025*, così come individuati nella Determinazione – GSA n. G16918 del 15.12.2023, nonché con le *aree strategiche formative* e le *linee di intervento* definite nella suddetta Determinazione per le Aziende Ospedaliere, sono focalizzati gli interventi formativi di seguito descritti.

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Promozione della salute nei primi 1000 giorni: corso formativo regionale (formazione dei formatori) in tema di counseling in ambito perinatale e infantile per la promozione della salute rivolto ad operatori sanitari.

Promozione di stili di vita salutari: corso regionale validato (anche FAD e in presenza) per la formazione dei Medici Competenti al counseling breve di promozione degli stili di vita salutari.

Malattie a trasmissione alimentare che generano allerta.

Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e preparazione e risposta a una pandemia influenzale.

Assistenza ospedaliera

Avvio campagna informativa regionale, rivolta ai Professionisti afferenti alla Rete delle Malattie Rare e ai DEA regionali, per la presentazione della "Scheda Malattie Rare Emergenza" – SMRE, in collaborazione con il Coordinamento regionale della Rete dell'Emergenza.

Progettazione di un corso di formazione e acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale medico e infermieristico addetto alla attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

PNRR e PNC: Missione 6 Salute

Componente 2 – Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2. (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Governance del personale

Interventi di formazione ai soggetti incaricati della formazione presso le diverse ASL, AO, IRCCS e le strutture sanitarie private.

Interventi di formazione agli operatori sanitari coinvolti nella produzione di documenti clinici correttamente validati come previsto dal DL luglio 2022 (personale medico, infermieristico, amministrativo, altre professioni sanitarie di reparto, ambulatoriali, di Pronto Soccorso, del servizio di Prevenzione, di Radiologia, di Laboratorio, di Anatomia Patologica, MMG/PLS) e ad altri

operatori di supporto all'assistenza (Farmacisti, Personale CUP, accoglienza, sportello informativo, URP, Personale sistemi informativi aziendali).

Contestualmente, il fabbisogno formativo rilevato dai **DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI**, evidenziando gli argomenti ed i temi espressi a livello dei Dipartimenti e delle singole UU.OO., ha consentito di identificare altri elementi su cui strutturare la pianificazione formativa, in base ai diversi contesti, in riferimento a variabili specifiche, operative ed organizzative.

La pianificazione formativa, inoltre, ha considerato la **FORMAZIONE NORMATA IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO** (Formazione ex art. 37 D. Lgs. 81/08, Addetti antincendio rischio elevato, Radioprotezione).

Altre iniziative sono individuate nell'ambito della **FORMAZIONE A SUPPORTO DI MATERIE SPECIFICHE**, anche con ricorso a risorse esterne, inerenti il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS), la Trasparenza, il Codice degli Appalti, i Rifiuti Ospedalieri, gli Impianti Tecnologici Ospedalieri e la Gestione del Cantiere.

Nella redazione del PFA 2024 non si è trascurato di considerare l'opportunità formativa che Federsanità offre attraverso FEDER ACADEMY quale risposta all'esigenza delle aziende sanitarie associate di formare e mantenere costantemente aggiornati i suoi professionisti.

Analogo discorso per l'iniziativa formativa promossa dall'INPS denominata VALORE PA, rivolta ai dipendenti della pubblica amministrazione, che si realizza attraverso la erogazione di corsi universitari di formazione proposti da Atenei italiani in collaborazione con soggetti pubblici o privati.

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2024

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) è uno strumento di programmazione che descrive le strategie e le attività formative previste dall'Azienda nell'anno di riferimento per la valorizzazione e lo sviluppo del proprio personale, in coerenza con la Determinazione – GSA n. G16918 del 15.12.2023 “Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2023-2025” e con le finalità già previste dal dall'art. 7 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001, secondo cui “*le Pubbliche Amministrazioni predispongono annualmente un piano di formazione del personale dipendente, tenuto conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie, degli obiettivi da raggiungere*”.

Per conto dell'Azienda, il PFA è redatto annualmente dalla UOSD Formazione e sviluppo delle competenze, in condivisione con il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) aziendale.

La suddetta UOSD gestisce le attività formative previste nel PFA in termini di:

- coordinamento della fase di progettazione;
- programmazione ed organizzazione della fase di erogazione;
- adempimento agli obblighi previsti dalla piattaforma AGENAS (dall'accreditamento ECM delle attività formative previste alla rendicontazione finale delle attività formative svolte).

L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata è accreditata nel ruolo di Provider, quale soggetto pubblico avente configurazione giuridica autonoma e regolarmente operante nel campo della formazione continua degli operatori sanitari, accreditato a presentare e fornire eventi ECM, realizzati in aula o a distanza, ed è presente nell'Albo Provider Regione Lazio con ID 19.

Le iniziative formative del PFA 2024, programmate in base ai riferimenti di cui al punto 3.1, sono suddivise in 4 sezioni:

- **priorità individuate dalla Direzione Strategica**
- **altre priorità individuate dai Direttori di Dipartimento**
- **formazione normata – salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;**
- **formazione a supporto di materie specifiche.**

Non si trascurerà di considerare che **il PFA 2024 potrà essere integrato nel corso dell'anno solare di riferimento con ulteriori iniziative formative**, correlate ad esigenze della Direzione Strategica e delle Direzioni di Dipartimento e di Struttura, che potranno rappresentare fino al 50 % di quanto pianificato, con eventuale margine di scostamento della Previsione dei costi.

INDICATORI	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Ore di formazione (media per dipendente)	9,9	9,9	14,2	6,7	7,1	16,99	11,2	TOTALE ORE SVOLTE NEL 2023 24204,3 (DATO PROVVISORIO)	CALCOLATO SU NUMERO DIPENDENTI 2162
Ore di formazione personale femminile	13.612	16.921	22.304	10.659	12.615	24.794	17.329		
corsi formazione organizzati dall'Azienda	112	94	110	60	45	181	192		
Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.									

- 1) priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale
- 2) risorse interne ed esterne disponibili e/o attivabili ai fini delle strategie formative
- 3) misure volte a favorire/incentivare l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato,
- 4) obiettivi e risultati attesi della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale inteso come strumento di sviluppo
- 5) modalità di monitoraggio degli obiettivi formativi

Formazione in materia di antincendio, sicurezza e radioprotezione
Attività periodo 2021-2023 (dati aggiornati con neo assunti / cessati – personale in lunga assenza o assente a vario titolo)

TITOLO DEL CORSO	LAVORATORI FORMATI AL 01/01/2021	LAVORATORI DA FORMARE/ AGGIORNARE AL 01/01/2021	LAVORATORI FORMATI /AGGIORNATI 2021 - 2023	LAVORATORI FORMATI TOTALE	LAVORATORI FORMATI AL NETTO DEI CESSATI	% BISOGNO FORMATIVO SODDISFATTO
Addetti Antincendio Rischio Elevato (compreso aggiornamento)	172	177	242	414	394	112% (rispetto allo standard pari a n. 349)
Corso di Formazione in materia di salute e sicurezza per i lavoratori 16 H (compreso aggiornamento)	1517	2118	2234	2346	2114	98 % (rispetto al numero dipendenti pari a 2.162 al 31.12.2023)
Lavoratori Radioesposti in ambito ospedaliero	0	434	461	461	440	100% (nuovi esposti formati in tempo reale con FAD asincrona)

4.1. Valore Pubblico e Performance

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà secondo le modalità indicate nel Regolamento del ciclo di gestione della performance (Allegato 3) nel rispetto di quanto stabilito dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 e smi.

4.2. Rischi corruttivi e Trasparenza

Il monitoraggio della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” avverrà secondo le indicazioni fornite dall’ANAC con cadenza semestrale.

La rendicontazione delle misure, attuate dalle strutture esposte al rischio, puntualmente documentata mediante produzione di elementi probatori o con espresso riferimento agli atti o ai provvedimenti adottati e acquisibili d’ufficio, viene trasmessa al RPCT in originale o in via informatica.

I report semestrali sono oggetto di confronto mediante incontri calendarizzati tra i Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza e il RPCT.

Gli esiti di tale monitoraggio costituiscono l’indice di efficacia delle azioni di prevenzione della corruzione già programmate e condivise e al contempo la base empirica per l’aggiornamento della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del P.I.A.O.

Il monitoraggio sugli obblighi di trasparenza si connota per essere:

- 1) un controllo successivo: in relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi agli organi/soggetti competenti
- 2) relativo a tutti gli atti pubblicati nella sezione AT (il monitoraggio può riguardare anche la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria (“dati ulteriori”) soprattutto ove concernano i processi PNRR);
- 3) totale e non parziale.

Lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione viene attestato dall’OIV, secondo le indicazioni date ogni anno dall’ANAC. Il monitoraggio sulla trasparenza non è svolto una volta l’anno solo sugli obblighi oggetto di attestazione OIV, ma periodicamente su tutte le sezioni della trasparenza.

A settembre 2023 si è concluso il primo monitoraggio condotto dall’OIV alla luce delle nuove disposizioni presenti nel PNA 2022 e, in particolare, per la sezione bandi di gara e contratti il cui aggiornamento a subito un ritardo circa le numerose incombenze tra attività istituzionale e trasparenza in materia di contratti pubblici. Le carenze individuate saranno corrette e gestite nel corso del 2024 soprattutto alla luce dei nuovi obblighi individuati nella delibera ANAC 264 del 20 giugno 2023 – Allegato I (Allegato 7).

4.3. Formazione

Gli interventi formativi vengono valutati non solo in termini di output, ma anche di outcome mediante l’utilizzo dei seguenti indicatori:

- gradimento - misurazione del livello di soddisfazione che il programma formativo ha suscitato nei partecipanti, attraverso un questionario che rileva se il corso è stato efficace in termini didattici e organizzativi;
- valutazione dei docenti: misurazione del livello di soddisfazione che il corpo docente ha suscitato nei discenti, attraverso un questionario che rileva la qualità della docenza;
- apprendimento: misurazione del livello delle conoscenze e capacità apprese, attraverso un questionario che rileva informazioni sull’efficacia delle metodologie utilizzate per favorire l’apprendimento.

Gli interventi formativi previsti nel PFA sono oggetto di monitoraggio anche relativamente alla loro effettiva realizzazione.

Il monitoraggio degli obiettivi formativi, in termini di trasferimento delle attività svolte sulle abilità tecnico – professionali, sui processi e sui sistemi, implicando la valutazione dei cambiamenti nel comportamento lavorativo mediante la misurazione dell'utilizzo di conoscenze, capacità e atteggiamenti appresi durante la formazione, dell'impatto sull'organizzazione in termini di riduzione dei costi, del miglioramento dell'efficienza, dell'incremento della produzione, della riduzione dei tassi di turnover, del miglioramento del clima aziendale, nonché i risultati attesi, valutati attraverso la valorizzazione di specifici indicatori di esito e di attività, definiti a livello istituzionale e aziendale, nell'ambito delle UU.OO. aziendali preposte allo svolgimento delle attività oggetto degli interventi formativi e della valutazione delle stesse, richiedono un apposito processo che in futuro potrà essere implementato.

4.4. Organizzazione e Capitale Umano

Il monitoraggio viene effettuato trimestralmente mediante verifica dell'andamento della spesa del costo del personale in relazione al valore stabilito nel concordamento di budget.

I processi dei monitoraggi sono riportati nella tabella di sintesi (Allegato 8).