



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024 - 2026



INDICE

Premessa	5
SEZIONE 1 - SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE	6
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	11
2.1 VALORE PUBBLICO	11
2.2 PERFORMANCE	14
2.2.1 Albero e ciclo della performance	14
2.2.2 Ciclo della performance	16
2.2.3 Tipologie di performance	18
2.2.4 Performance organizzativa: il processo di budgeting	19
2.2.5 Le Dimensioni della Performance individuate e le Aree della Performance	19
2.2.6 Incremento della produzione	20
2.2.7 Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate	21
2.2.8 Migliorare l'appropriatezza	22
2.2.9 Rispetto dei percorsi e delle procedure	23
2.2.10 Rispetto Standard Prevalenti e standard di qualità	23
2.2.11 Rispetto adempimenti	24
2.2.12 Performance individuale	24
2.2.13 Misurazione e valutazione della performance	25
2.2.14 Collegamento con il sistema premiante	26
2.2.15 Rendicontazione	26
2.2.16 Elenco obiettivi operativi e indicatori per dimensione strategica	26
2.3 SISTEMI E INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE	33
2.3.1 Programmazione degli investimenti in tecnologie/attrezzature sanitarie	33
2.3.2 Sviluppo e aggiornamento sistemi e infrastrutture - ICT	36
2.3.3 Gestione processi clinici interni e delle liste di attesa	37
2.3.4 Adeguamento e messa in sicurezza sistemi ICT	38
2.3.5 Obiettivi MISSIONE 6 P.N.R.R. - Aggiornamento tecnologico digitale	38
2.4 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	41
2.4.1 Principi ed obiettivi strategici	41
2.4.2 Definizione di corruzione	43
2.4.3 Soggetti coinvolti nella predisposizione	43
2.4.4 Contesto generale	44
2.4.5 Gestione del rischio corruzione	45
2.4.6 Mappatura dei Processi	46
2.4.7 Valutazione del rischio per ciascun processo	47
2.4.8 Il Trattamento del Rischio	47

2.4.9	Misure generali di prevenzione del rischio di corruzione	47
2.4.9.1	Conflitto di interesse	47
2.4.9.2	La dichiarazione pubblica di interessi	50
2.4.9.3	Attività ed incarichi extra-istituzionale	50
2.4.9.4	Sperimentazioni cliniche	51
2.4.9.5	Comodati d'uso - donazioni, valutazioni "in prova"	52
2.4.9.6	Patti di integrità negli affidamenti	53
2.4.9.7	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	54
2.4.9.8	Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni	56
2.4.9.9	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.	57
2.4.9.10	Rotazione del personale	59
2.4.9.11	Formazione	60
2.4.9.12	Codice etico comportamentale	61
2.4.9.13	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)	62
2.4.9.14	Trasparenza	64
2.4.9.15	Trasparenza e tutela dei dati personali	65
2.4.9.16	Flussi informativi necessari a garantire l'elaborazione e la pubblicazione dei dati	66
2.4.9.17	Il responsabile per la trasparenza	66
2.4.9.18	Monitoraggio adempimenti in tema di trasparenza	67
2.4.9.19	Accesso civico	67
2.4.10	Obblighi di informazione e monitoraggio ptpc	68
2.4.10.1	Monitoraggio	69
2.4.11	Responsabilità	69
2.4.11.1	Responsabilità del personale	69
2.4.11.2	Responsabilità dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)	70
2.5	PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE	70
2.5.1	Benessere Organizzativo	71
2.5.2	Tolleranza zero a qualunque forma di Molestia, Violenza e Discriminazione	72
2.5.3	Conciliazione Vita Privata- Lavoro	73
2.5.4	Parità di genere e Pari Opportunità	73
2.5.5	Formazione	74
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO		76
3.1	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	76
3.2	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	76
3.3	PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO	78
3.3.1	Programmazione strategica delle risorse umane – criteri osservati	80
3.3.2	Vincoli economici finanziari	80

3.3.3 Pianificazione assunzioni nel triennio	81
3.3.4 Internalizzazioni	82
3.3.5 Percorsi di stabilizzazione	83
3.3.6 Strategie per soddisfare i fabbisogni di personale	85
3.3.7 Incarichi si Struttura complessa dell'Area Sanitaria	86
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	87
3.4.1 Analisi di contesto	87
3.4.2 Piano formativo aziendale 2024	87
3.4.3 Aggregazione corsi per area tematica formativa	88
SEZIONE 4 – MONITORAGGI	91



Premessa

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

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

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

La ratio del legislatore di semplificazione dell'attività amministrativa, per una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici, offrendo un coordinamento sistematico ai diversi atti programmatici è resa evidente dal DPR 24 giugno 2022, n. 81 con il quale sono stati soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni normative:

- a) articolo 6, commi 1, 4 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 - Piano dei fabbisogni;
- b) articolo 6, e articoli 60-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 - Piano delle azioni concrete;
- c) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 - Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;
- d) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 - Piano della performance;
- e) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 - Piano di prevenzione della corruzione;
- f) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 - Piano organizzativo del lavoro agile;
- g) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 - Piani delle Azioni positive.

Il Piano, inoltre, tende a definire i presupposti volti a garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa nonché a migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, procedendo alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, nel rispetto del d.lgs. 150/2009



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

e della legge 190/2012.

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

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

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Contesto interno e esterno

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

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

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



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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

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

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



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

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

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

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

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

Nel corso del 2021 con Deliberazione n. 809 del 10/08/2021 è stato adottato inoltre il nuovo Organigramma delle Aree di governo aziendale, che ha ridisegnato la tecnostruttura, confermando, allo stato, l'assetto del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e quello dei Dipartimenti ad Attività Integrata, fatta salva la ridefinizione dell'afferenza sia della UOC Igiene Ospedaliera, ricondotta all'Area Tecnico-Sanitaria sia della UOSD Fisica Sanitaria, ricondotta al DAI Medicina Diagnostica e Radiologia - Area di Diagnostica per immagini e Radioterapia.

Con tale delibera è stato altresì modificato il Funzionigramma di cui all'allegato n. 2 dello stesso Atto Aziendale.

L'attuale organizzazione delle strutture operative cliniche si articola, pertanto, in 10 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI). cui fanno riferimento 67 Unità Operative Complesse (UOC), 51 Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) e 53 Unità Operative Semplici.

Alle strutture cliniche si aggiungono le articolazioni organizzative della Direzione Strategica che comprendono 15 Unità Operative Complesse (UOC), 5 Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) e 12 Unità Operative Semplici, come rappresentato nella tabella seguente.



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

L'organigramma completo, prevede un totale di 82 Unità Operative Complesse, 56 Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale e 65 Unità Operative Semplici.

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

L'Azienda dispone di una dotazione di **1069 posti letto ordinari** (DGR n° 869 del 7 dicembre 2023 - "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità con gli standard previsti nel DM 70/2015"),

di cui 1045 dedicati all'assistenza per acuti e 24 di riabilitazione, a cui si aggiungono 105 **posti letto** per le attività di ricovero **a ciclo diurno**. Le attività di degenza ordinaria possono contare su 82 letti di terapia intensiva per adulti, pediatrica e neonatale di 14 PL di UTIC e 48 PL di Terapia Semi Intensiva. Le attività chirurgiche dispongono complessivamente di 334 posti di degenza ordinaria di cui 97 afferenti alla chirurgia generale e 237 alle chirurgie specialistiche (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia dei trapianti d'organo, ecc).

Posti letto	n°
Ordinario	1069
<i>Terapia Intensiva adulti e neonatale, semintensiva e UTIC</i>	144
<i>Chirurgia</i>	334
<i>Medicina</i>	518
<i>Psichiatria e Neuropsichiatria infantile</i>	49
<i>Riabilitazione</i>	24
Day Hospital/Day Surgery	105



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

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

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

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

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

Oltre all'attività chirurgica in senso stretto, l'Azienda eroga prestazioni di radiologia e neuroradiologia interventistica, svolta presso due sezioni radiologiche distinte e dedicate e dispone, inoltre, di due sezioni di emodinamica il cui funzionamento in emergenza urgenza è legato al ruolo di hub svolto dall'ospedale nell'ambito della rete dell'emergenza cardiologica (angioplastica primaria). Le sezioni di emodinamica erogano anche prestazioni programmate sia di tipo diagnostico che interventistico.



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

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

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

Tabella riepilogativa personale al 31.12.2023

RUOLO	TIPO DIPENDENTE	UNITA'
SANITARIO	COMPARTO	2344
	DIRIGENZA	1258
AMMINISTRATIVO	COMPARTO	397
	DIRIGENZA	17
TECNICO	COMPARTO	300
	DIRIGENZA	1
PROFESSIONALE	COMPARTO	8
	DIRIGENZA	5
SOCIOSANITARIO	COMPARTO	226
Totale complessivo		4556



SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Elementi costitutivi della mission aziendale sono:

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

Al fine di generare Valore Pubblico l'Azienda provvede ad affidare alle strutture sanitarie competenti obiettivi relativi al Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.) con



l'obiettivo di definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari e monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo.

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

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

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

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



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

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

Altro strumento fondamentale per la creazione di Valore Pubblico è fornito da una corretta gestione della performance che, se da un lato permette di programmare e assegnare obiettivi finalizzati in primis al perseguimento dell'interesse pubblico, dall'altro permette di valutare l'impatto delle strategie aziendali sul benessere economico, sociale, ambientale nel contesto in cui si opera.

Al riguardo si rimanda al successivo art. 2.2 per una compiuta trattazione dell'argomento.

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Albero e ciclo della performance

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

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

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



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

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

- DCA 208/2016 Presa d'atto del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma La Sapienza per il triennio 2016-2018;
- Programmazione triennale del fabbisogno di personale (DCA n. 403/2016 riguardanti la stabilizzazione del personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e DCA n. 154 e n. 156 del 2016 e nella circolare regionale prot. n. 206022 del 10/06/2016)
- DCA 302/2019 Piano Regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019 -2021
- DCA 453/2019 Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso
- DCA 81/2020 Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-20121" ai sensi e per gli effetti dell'art.2, comma 88 della L.191/2009, secondo periodo.
- DGR n° 869 del 7 dicembre 2023 - "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità con gli standard previsti nel DM 70/2015".

Riveste altresì rilevanza programmatica la Direttiva del 28.11.2023, emessa dal Ministero per la Pubblica Amministrazione in ordine alla misurazione e valutazione della performance individuale, poiché offre importanti indicazioni sulla necessità di improntare il sistema di valutazione della performance in modo da conferire la massima attenzione verso i dipendenti pubblici, fulcro delle amministrazioni pubbliche; ciò poiché è necessario partire dalle persone e sviluppare contesti capaci di innescare meccanismi virtuosi alla cui base deve esserci il merito.



2.2.2 Ciclo della performance

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

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

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

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

Fasi del ciclo di gestione della performance:

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



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

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

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

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

2.2.3 Tipologie di performance

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

Performance organizzativa

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

Performance individuale

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



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

2.2.4 Performance organizzativa: il processo di budgeting

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

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

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

2.2.5 Le Dimensioni della Performance individuate e le Aree della Performance

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

Gli assi scelti per la Pianificazione di lungo periodo riguardano:

1. **I bisogni dei pazienti.** Orientare lo sviluppo delle attività sulla base dei bisogni specifici del proprio target assistenziale, Analizzare e definire la domanda di prestazioni di ricovero e ambulatoriali da soddisfare consolidando attività esistenti o sviluppandone di nuove, Individuare le criticità attraverso l'analisi dei sinistri e del contenzioso.



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

Ai 4 assi precedentemente descritti, per l'anno 2024 sono agganciate 6 aree strategiche a cui sono collegati obiettivi operativi e indicatori.

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

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

2.2.6 Incremento della produzione

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



Gli obiettivi sono differenziati per regime assistenziale (ricoveri ordinari, ricoveri diurni e attività ambulatoriali) e sono particolarmente strategici per l'azienda in quanto direttamente collegati alla valorizzazione dei ricavi.

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

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

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

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

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

2.2.7 Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate

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

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

Fanno parte di questo ambito strategico anche obiettivi legati all'efficiente utilizzo della risorsa PL, come il valore del Peso Medio dei ricoveri e indirettamente anche l'appropriatezza e tempestiva erogazione delle



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

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

1. Contenimento spesa dispositivi medici
2. Contenimento spesa farmaceutica
3. Incremento PM DRG
4. Tasso di saturazione sala operatoria
5. Percentuale di interventi chirurgici iniziati entro le 8.30
6. Tasso di saturazione PL
7. Riduzione tempi di risposta e di refertazione
8. Migliorare l'appropriatezza delle richieste esami per interni
9. Assicurare il rispetto del budget concordato (amm).

2.2.8 Migliorare l'appropriatezza

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

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

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

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

In particolare gli obiettivi proposti riguardano le UU.OO. di area clinica coinvolte nell'erogazione di ricoveri



ordinari e diurni ma anche le UU.OO coinvolte nei processi di richiesta ed erogazioni prestazioni intermedie.

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

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

2.2.9 Rispetto dei percorsi e delle procedure

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

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

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

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

2.2.10 Rispetto Standard Prevale e standard di qualità

Quest'area strategica descrive, in via generale, il complesso delle attività rivolte alla implementazione della "efficacia" qualitativa dei percorsi assistenziali verso l'utenza, sia con riguardo, specificamente, agli outcome derivanti dal Piano Nazionale Esiti (P.Re.Val.E.), sia, più in generale, con riguardo agli ulteriori



risultati di miglioramento della qualità nei percorsi assistenziali del Policlinico. Tale ambito strategico raccoglie gli specifici, ricorrenti obiettivo P.Re.Val.E. sistematicamente declinati da parte della Regione in sede di definizione degli obiettivi assegnati ai direttori generali. Considerando la crescente attenzione del management del policlinico verso i processi di certificazione ritenuti opportunità di confronto, crescita e miglioramento continuo, in quest'area trovano spazio anche obiettivi legati a quest'ambito. I percorsi di certificazione vanno interpretati non come atto formale di verifica ma come momenti di approfondimento nella conoscenza dell'organizzazione, di verifica dei processi e di valutazione dell'efficacia dei risultati conseguiti in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni.

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

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

2.2.11 Rispetto adempimenti

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

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

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

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

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

1. Rispetto degli adempimenti in ambito di Trasparenza, anticorruzione e privacy
2. Adempimento rispetto agli obblighi formativi
3. Predisposizione piani e rispetto cronoprogrammi
4. Rispetto tempi di liquidazione fatture (UU.OO. Tecnostruttura)
5. Rispetto tempi predisposizione CE periodici (UU.OO. Tecnostruttura)

2.2.12 Performance individuale

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



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

- contributo individuale assicurato per il raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza;
- grado di raggiungimento degli obiettivi individuali;
- valutazione comportamenti e competenze organizzative individuali.

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

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

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

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

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

2.2.13 Misurazione e valutazione della performance

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

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

La valutazione della performance individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, in base a quanto disciplinato dal vigente regolamento aziendale DDG 839 del 21 settembre 2021 "Regolamento per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ex art. 7 d.lgs. 150/09 e s.m.i.", regolamento cui si rimanda.



2.2.14 Collegamento con il sistema premiante

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

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

2.2.15 Rendicontazione

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

2.2.16 Elenco obiettivi operativi e indicatori per dimensione strategica

Di seguito si riportano gli obiettivi ed i relativi indicatori per dimensione strategica suddivisi rispettivamente in relazione alle UU.OO. afferenti ai DAI ed a quelle afferenti alla Tecnostruttura.

Obiettivo strategico	Obiettivo	Indicatore
1 - incremento della produzione	Incremento della produzione chirurgica	Incremento interventi chirurgici 2024 rispetto al 2023
	Incremento prestazioni specialistiche	Numero agoaspirazioni follicolari
		Numero inseminazioni artificiali
	Incremento ricavi da prestazioni ambulatoriali	Ricavo prestazioni ambulatoriali anno 2024
	Incremento/mantenimento dei ricoveri diurni	N° dimessi anno 2024
	Incremento/mantenimento dei ricoveri ordinari	N° dimessi anno 2024
		N° dimessi anno 2024 (Ord+DS)
		N° dimessi/transitati anno 2024
	Incremento/mantenimento dei ricoveri ordinari e diurni	N° dimessi anno 2024
	Incremento/mantenimento N° prestazioni ambulatoriali	N° ecocolordoppler
		Numero colonscopie per pazienti amb
		Numero gastroscopie per pazienti amb
		Numero prestazioni ambulatoriali anno 2024
	Incremento/mantenimento prestazioni di DH	Numero ricoveri DH
Incremento/mantenimento prestazioni di DS	Numero ricoveri DS	
Riduzione/mantenimento della Degenza media	Degenza mediana di transito anno 2024	
	DM anno 2024	
	DM anno 2024 (al netto dei DRG trapianti)	
	DM transito anno 2024	



2 - Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate	Contenimento spesa dispositivi medici	Spesa per dispositivi medici
	Contenimento spesa farmaceutica	Budget farmaci anti VEGT (valore annuale)
		N. trattamenti CAR-T
	Efficientamento sale operatorie	Spesa per farmaci "File F"
		% anestesi effettuate entro le 8:30
		% di primi interventi iniziati entro le 8:30
% di primi interventi iniziati entro le 9:00		
Ottimizzazione delle risorse	Interventi chirurgici effettuati/interventi chirurgici programmati	
3 - Migliorare l'appropriatezza	Riduzione tempi di risposta	Indice occupazione PL
		% di Refertazione consulenze interne non urgenti entro 12h dalla richiesta
		% di Refertazione consulenze interne non urgenti entro 24h dalla richiesta
		Esami in urgenza refertati entro 60 minuti dalla richiesta sul totale esami urgenti
		Esami in urgenza refertati entro 90 minuti dalla richiesta sul totale esami urgenti
		Esami refertati per pazienti ricoverati in regime ordinario entro 48 ore dalla richiesta
		Referti consegnati nei 30 minuti sul totale delle richieste di esami estemporanei
		referti consegnati nel rispetto del tempo standard sul totale dei referti
	Incremento DH medici terapeutici	Valutazione del TAT (Turn around time) richieste urgenti
	Migliorare l'appropriatezza (prest amb.)	Valutazione del TAT (Turn around time) richieste urgenti (valore medio)
	Riduzione accessi DH inappropriati	% DH medico di tipo diagnostico sul totale dei DH medici
4 - Rispetto dei percorsi e delle procedure	Riduzione ricoveri inappropriati	N° pac di tipo diagnostico
	Corretta compilazione modulistica autopsie ai fini della rendicontazione economica	Numero PAC x diabete
	Efficientamento percorsi Pronto Soccorso	% accessi DH inappropriati sul totale degli accessi
	Efficientamento percorso Ictus	Tasso ospedalizzazione (%ricoveri/tot accessi)
	Indagine di prevalenza ICA come da PAICA 2022	modulistica compilata entro 30 gg sul totale delle autopsie
	Partecipazione attiva comitato valutazione sinistri	Assorbimento codici rossi entro 12 ore dall'accesso in PS
	Pazienti con Ictus Ischemico ricoverati in UTN / Pazienti con Ictus Ischemico ricoverati al PUI	
	Svolgimento attività nelle UO indicate	
	Partecipazione alle riunioni del CVS in almeno il 90% delle sedute	



	Predisposizione di reportistica trimestrale di rendicontazione attività svolta su convenzione AMA	report convenzione AMA a giugno, settembre e gennaio (23)	
	Qualità servizio PS	Pazienti con esito "non risponde a chiamata o si allontana spontaneamente" sul totale dei pazienti (esito 6 e 8)	
	Rispetto dei tempi previsti dai progetti del PAICA coordinati dalla UOC	Attività svolte nei tempi rispetto alle attività previste	
	Rispetto delle procedure in accettazione	Differenza in minuti tra accettazione amministrativa ed esecuzione prelievo inferiore	
	Supporto alle attività di emergenza	Pazienti dimessi sabato e domenica/ tot pazienti dimessi	
	Supporto alle attività di trapianto	Numero nuovi pazienti in lista d'attesa per trapianto di polmone	
		Numero pazienti in lista attiva per trapianto di fegato al 31.12.2024	
Numero pazienti in lista attiva per trapianto di Rene /Totale dei pazienti in lista			
Tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza)	Tempi che intercorrono tra il Triage medico, cioè il momento in cui il Medico prende in carico il paziente per raccogliere l'anamnesi ed avviare l'iter diagnostico terapeutico, e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza"		
5 - Rispetto standard PREVALE	Miglioramento indicatori PREVALE	% int x fratture femore (paz >65aa) entro 2gg	
		% int x fratture femore (paz >65aa) entro 48 ore	
		% parti con taglio cesareo primario (P.Re.Val.E)	
		% STEMI con angioplastica nei primi 90'	
6 - Rispetto adempimenti	Abbattimento liste di attesa	N° prestazioni in classe A effettuati nei tempi previsti / Tot. Prestazioni classe A	
	Aumentare la percentuale di ricetta dematerializzata alla soglia del 90%	N° ricette dema / ricette tot (fonte dati informazioni inserite nel sistema TS)	
	Rispetto adempimenti in ambito anticorruzione e trasparenza	Rispetto obblighi formativi in ambito di anticorruzione, trasparenza e privacy	

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE
Attività, processi ed efficientamento organizzativo	aggiornamento regolamenti	Aggiornamento regolamento di gestione del contenzioso aziendale e per l'iscrizione nell'albo aziendale di legali del libero foro
		Revisione regolamento delle attività del SPP e relativo assetto organizzativo in tema SSL
		Predisposizione ed adozione regolamenti (Affidamento e revoca incarichi dirigenza e comparto, mobilità interna dirigenza e comparto)
	Aggiornamento sito web aziendale	Popolamento/aggiornamento contenuti e dati dell'area del governo centrale



	Analisi performance DAI 2023 su contributo scientifico alla sperimentazione clinica	Presenza reportistica annuale
	Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge	Report contenente elenco delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti inseriti nelle singole schede di budget
	Coordinamento per quanto di competenza circa la predisposizione del percorso "azioni di contrasto alla violenza di genere"	Formalizzazione e avvio del percorso e delle iniziative proposte
	Corretta gestione delle attività convenzionali	Predisposizione procedura per acquisizione proposte di convenzione (con percorso, tempi di realizzazione, informazioni necessarie alla fase istruttoria)
		Trasmissione bozza di convenzione entro massimo 30 giorni dal ricevimento della richiesta
	Attività amministrative di supporto all'ALPI	Creazione/aggiornamento tariffe ALPI (limitatamente all'ALPI allargata in regime ambulatoriale)
	Definizione del Piano di comunicazione 2024	presentazione documentazione formale
	Efficientamento "URP"	Trasmissione report trimestrale per tipologia di reclamo e encomio con evidenza del trattamento
	Gestione contratto di outsourcing	Implementazione sistema di valutazione della qualità rispetto all'esito delle attività di consulenza informatica agli utenti interni
	Gestione tempestiva delle richieste sindacali	valutazione ed eventuale predisposizione risposta alle richieste sindacali entro 30 giorni dal ricevimento
	Governo del rischio clinico	Predisposizione relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art. 2 c. 5 della L. 24/2017); 2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della L. 24/2017).
	Implementazione attività del Piano Annuale del rischio sanitario (PARS)	Presentazione formale relazione con dettaglio attività rese per la parte di competenza
	Implementazione percorsi assistenziali dedicati a pazienti fragili	Predisposizione linee guida per la presa in carico del paziente "ambulatoriale"
	Monitoraggio attività del CVS	Relazione semestrale sulle attività del CVS
	Monitoraggio dell'erogazione del servizio infermieristico e di supporto esternalizzato per unità operativa	Produzione report mensile (da produrre entro il mese successivo a quello di riferimento) da trasmettere alla Direzione strategica
	Monitoraggio mensile obiettivi di budget UO afferenti ai DAI.	Predisposizione report mensile per monitoraggio obiettivi di budget (monitoraggio da settembre 2024)
	Organizzazione di Giornate di promozione alla donazione	Calendario delle giornate di promozione alla donazione
	Predisposizione contratti individuali entro 30 giorni dal conferimento degli incarichi	data stipula contratto - data conferimento incarico <= 30 gg
	Predisposizione report mensile con monitoraggio principali indicatori su produzione aziendale	Condivisione report entro il mese successivo



	Predisposizione report mensile finalizzato al monitoraggio delle azioni mirate alla riduzione del sovraffollamento in PS	Dimessi e ricoverati nelle giornate di sabato e domenica indice di occupazione PL per disciplina e UO
	Rendicontazione attività	Predisposizione reportistica mensile sulle dinamiche riferite alle fragilità e alle inabilità del personale
		Rivalutazione del personale under 50 con esonero alle attività ai fini della conferma o del rientro in servizio
	Rendicontazione attività coordinamento donazioni, prelievi e trapianti	alimentazione cruscotto informativo regionale nel rispetto dei tempi concordati
	Revisione piani aziendali in tema di prevenzione, sicurezza e controlli	aggiornamento del piano di monitoraggio controlli ambientali
		aggiornamento del piano di monitoraggio prevenzione legionella
	Riorganizzazione di attività di ricovero a supporto del PS	Messa a regime del nuovo modello di gestione del bed management
	Riorganizzazione percorsi assistenziali	Costruzione PDTA
	Riorganizzazione servizio di preospedalizzazione	Attivazione servizio di preospedalizzazione centralizzato (III padiglione)
	Rispetto adempimenti in ambito CUG	Presenza documentazione avvio delle iniziative e rispetto dei tempi previsti per le attività del CUG
	Rispetto della pianificazione delle visite periodiche (consegna della pianificazione nominativa delle visite periodiche dei lavoratori inclusa radioprotezione)	Erogazione delle prestazioni nel rispetto della programmazione
	Supporto al processo di Budget	Effettuazione di almeno 2 monitoraggi intermedi con evidenza degli scostamenti rispetto al target (UU.OO. Afferenti ai DAI)
	Supporto alla Direzione strategica per la definizione di accordi/progetti	Definizione dell'accordo con L'Università La Sapienza per la collaborazione in materia di "Sviluppo di modalità e strumenti innovativi e interattivi di comunicazione con l'utenza"
Sviluppo attività a supporto della donazione	% di rifiuto della donazione	
Tempo intercorrente tra segnalazione e contatto con l'equipe sanitaria < 2 ore	Tempo intercorrente tra segnalazione e contatto con l'equipe sanitaria < 2 ore	
Area Economico finanziaria (Efficiente utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse assegnate)	Accuratezza dati CE	Predisposizione mensile di una relazione (da produrre entro i termini previsti) da condividere con la Direzione strategica, propedeutica alla predisposizione del CE, contenente le informazioni come da format
	Assicurare il rispetto del budget concordato per conto di costo di competenza	Scostamento tra consuntivo e budget concordato per i conti di competenza
	Assicurare il rispetto del budget concordato per conto di costo di competenza	Report con per monitoraggio mensile del budget formazione
Scostamento tra consuntivo e budget concordato per i conti di competenza		



	Attività di controllo del rispetto dei Budget per macrovoci di spesa	Predisposizione report mensile da condividere con la Direzione strategica, propedeutica alla predisposizione del CE, contenente le informazioni come da "linee guida"
	Attualizzazione del debito/credito scaduto	$i = \text{valore } 1 - \frac{\text{rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT)}}{\text{DCT}}$. "i" = $1 - \text{dc/DCT}$.
	Completa attualizzazione del fondo rischi	Definizione della procedura per la gestione a regime del fondo rischi
	Gestione della Piattaforma per il monitoraggio dei crediti commerciali	$i = \text{media delle rilevazioni del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC / stock di debito risultante dal bilancio di verifica. (i=PCC/STOCK)}$
	Gestione e rendicontazione attività relative alla convenzione con Università "La Sapienza"	Predisposizione report mensile (da produrre entro il mese successivo) con rendicontazione attività e segnalazione di criticità e proposte di miglioramento
	Gestione pagamenti alpi	Report mensile contenente i dati per la liquidazione compensi ai medici da produrre entro il giorno 8 del mese successivo e Report mensile per la liquidazione compensi al personale supporto diretto da produrre entro il giorno 30 del mese successivo
	Monitoraggio riscossione crediti da strutture private (condiviso con UOC Ref)	Documento di monitoraggio mensile da produrre entro il 25° giorno del mese successivo
	Predisposizione di reportistica sui tempi di liquidazione fatture x singola UO	Report bimestrale entro il 15° giorno del mese successivo
	Rendicontazione economica attività di ricerca clinica	Report trimestrale da trasmettere alla direzione strategica su incassi e utilizzi
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	% fatture liquidate entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura
	Rispetto del budget concordato (solo personale infermieristico)	predisposizione azioni organizzative propedeutiche alla internalizzazione delle strutture afferenti al lotto B
	Supporto alla Direzione strategica per la definizione di accordi/progetti	predisposizione e formalizzazione degli atti funzionali alla realizzazione del "Progetto per la salute e il benessere della donna" presso palazzo Baleani
Rispetto degli adempimenti	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	Report alla Direzione Generale sulla attuazione da parte dei rispettivi responsabili delle misure di prevenzione definite nel PTPC
	Aggiornamento DVR	Aggiornamento/Redazione DVR di Dipartimento/di reparto
		Sopralluoghi nei luoghi di lavoro finalizzati all'aggiornamento dei DVR
	Incremento ricette dematerializzate	ricette dematerializzate sul totale delle ricette
	Indagine di prevalenza ICA come da PAICA 2023	Svolgimento attività nelle UO indicate
	Monitoraggio rischi interferenti	Riunioni di coordinamento ed aggiornamento dei documenti di valutazione dei rischi interferenti
Piena implementazione attività di cui al regolamento ALPI	Attuazione delle disposizioni previste nel regolamento ALPI	



	Rispetto adempimenti PIAO	<p>Coordinamento GdI responsabile della predisposizione del PIAO al fine della pubblicazione dello stesso secondo le tempistiche previste</p> <p>predisposizione sezione PIAO di competenza nel rispetto dei tempi previsti per la pubblicazione</p>
	Rispetto degli adempimenti relativi alla pubblicazione degli atti su "amministrazione trasparente" anche al fine della predisposizione griglia ANAC	Copertura adempimenti registrati da OIV nell'ambito della predisposizione griglia ANAC
	Rispetto dei tempi previsti dai progetti del PAICA coordinati dalla UOC	Attività svolte nei tempi rispetto alle attività previste
	Rispetto standard di qualità del Flusso informativo contratti di dispositivi medici. Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati.	La percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi dell'anno oggetto di osservazione (Anno 2023 – Da Gennaio a Dicembre) sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell'anno oggetto di osservazione (2023) ha una copertura maggiore o uguale al 75%. Nel calcolo sono inclusi tutti i dispositivi dotati di codice di repertorio e tipi di dispositivo (tipo DM=1, tipo DM=2), ad eccezione dei dispositivi il cui codice repertorio è appartenente alle categorie CND Q ed L.
	Rispetto standard di qualità del Flusso informativo contratti di dispositivi medici. Percentuale di copertura rispetto al Modello CE.	La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione (anno 2024 – da Gennaio a Dicembre) copre l'80% dei costi rilevati da Modello CE (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)*.
	Sviluppo attività formativa	Realizzazione eventi formativi come da fabbisogno formativo
	Verifiche in ambito ALPI	verifica rispetto rapporto volumi ALPI/SSN per UU.OO.
	Approvazione PARS 2024	Proposta delibera PARS 2024
	Flusso file F - rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi	<p>Le trasmissioni dei dati relativi al consumo dei medicinali in Distribuzione Diretta pura (Flusso F) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (anno 2023 – da Gennaio a Dicembre).</p> <p>La trasmissione del Flusso F viene effettuata entro il 10° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale.</p> <p>Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'andamento del costo di acquisto e dei medicinali dichiarati).</p> <p>* Per la valutazione dell'obiettivo verrà verificato il numero di eccezioni straordinarie attivate nel sistema regionale (per accogliere invii tardivi) e l'impatto delle rettifiche trasmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati).</p>



	Flusso file R - rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi	<p>Le trasmissioni dei dati relativi al consumo dei medicinali Ospedalieri (Flusso R) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (anno 2024 – da Gennaio a Dicembre).</p> <p>La trasmissione del Flusso R viene effettuata entro il 15° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale.</p> <p>Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'andamento del costo di acquisto e dei medicinali dichiarati).</p> <p>* Per la valutazione dell'obiettivo verrà verificato il numero di eccezioni straordinarie attivate nel sistema regionale (per accogliere invii tardivi) e l'impatto delle rettifiche trasmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati).</p>
	Gestione acquisizioni e procedure d'acquisto	Recepimento procedure di gare regionali attivate nel 2024
	Predisposizione del piano di formazione 2025 e relativo atto deliberativo	Presentazione documentazione entro 31.12.2024
	Predisposizione della programmazione triennale degli acquisti per beni e servizi	Predisposizione documentazione contenente la programmazione triennale degli acquisti per beni e servizi
	Rispetto adempimenti e tempistiche per procedure PNRR	Attività erogate rispetto attività previste scostamento tra tempi richiesti e tempistiche di esecuzione attività
	Rispetto tempi di attesa come da piano nazionale delle liste di attesa	interventi in classe A effettuati entro il 31.12 su inseriti in lista al 28.02.2024
	Supporto all'attività di acquisizione beni	Trasmissione alla UOC Beni e servizi dei fabbisogni in tempo alla utile alla indizione delle procedure di gara (indicate nello scadenario gare)
		Trasmissione alla UOC Beni e servizi della pianificazione acquisti apparecchiature e service
Supporto alle attività relative ai PAC	Trasmissione alla UOC Beni e servizi della pianificazione acquisti di prodotti farmaceutici e dispositivi medici	
	Analisi/Aggiornamento della procedura cespiti nell'ambito per percorso attuativo di certificazione del bilancio	

2.3 SISTEMI E INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE

2.3.1 Programmazione degli investimenti in tecnologie/attrezzature sanitarie

Il parco tecnologico dell'Azienda Policlinico Umberto I conta oltre 14.000 apparecchiature di bassa e media tecnologia e alta tecnologia (grandi impianti).

Le apparecchiature biomediche rivestono per le Aziende Sanitarie un ruolo insostituibile nella diagnosi e



cura e in questi ultimi anni si è assistito a:

- Aumento del livello tecnologico;
- Differenziazione delle soluzioni tecnologiche;
- Sovrapposizione con l'IT;

tali fenomeni hanno comportato incrementi di costi di acquisizione e gestione e l'introduzione di nuovi fattori di rischio.

L'Ingegneria Clinica fornisce il necessario supporto operativo alla Direzione Strategica per la programmazione degli investimenti nonché per l'attivazione del percorso di richiesta ed immissione a finanziamento, in conformità alle modalità previste dai relativi DCA e DGR regionali.

AMMODERNAMENTO RELATIVO A TECNOLOGIE GIA' AMMESSE A FINANZIAMENTO

ex. art. 20 Legge 67/88 III Fase (Stralcio I.B.I) – D.G.R. 864/2017 – SCHEDA I.B.I.-12

In merito alla **SCHEDA I.B.I.-12**, risultano inserite nel progetto di fattibilità oggetto del finanziamento le seguenti apparecchiature:

TIPOLOGIA APPARECCHIATURA RICHIESTA	
ANGIOGRAFI VASCOLARI A SOFFITTO <i>full optional</i>	Adeguamento strutturale ed impiantistico comprensivo di disinstallazione e smaltimento apparecchiature presenti
MAMMOGRAFO DIGITALE	Adeguamento strutturale ed impiantistico comprensivo di disinstallazione e smaltimento apparecchiature presenti

Lo stesso finanziamento prevede, oltre ai lavori di ristrutturazione e messa a norma della Terapia Intensiva Neonatale, anche l'acquisizione delle relative apparecchiature elettromedicali come previsto dai requisiti di accreditamento di cui al DCA 8/2011 da destinare alla TIN, al blocco parto e alla Neonatologia.

Relativamente all'ammodernamento tecnologico delle apparecchiature di piccola e media complessità tecnologica **ex art. 19 L.R. 27/06 di cui alla DGR 345/2017** si evidenzia che al fine di procedere al rinnovo del parco tecnologico vetusto in dotazione ai vari servizi dell'Azienda, si è proceduto all'analisi dei fabbisogni per Dipartimento finalizzato a redigere una proposta di utilizzo del previsto finanziamento in conformità alle modalità previste dai relativi DCA e DGR regionali;

Con Deliberazione Giunta Regionale n. 332 del 24/05/2022 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione



6: Salute – Componente M6C1 e M6C2” è stato approvato il Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo;

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 581 del 19/07/2022 di Assegnazione Finanziamenti (PNRR e PNC) avente ad oggetto: Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Complementare (PNC) – Missione 6 Salute – Componente M6C1 e M6C2 – DGR 332 del 24/05/2022 sono state Assegnate le risorse finalizzate all’attuazione degli interventi previsti nel Piano Operativo della Regione Lazio di cui alla DGR 332/2022;

Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 00492 del 02/08/2022 è stata disposta la presa d’atto contabile dell’assegnazione del finanziamento de quo, finalizzato all’acquisizione di apparecchiature/grandi impianti.

Nell’anno 2024 si prevede di installare e collaudare:

APPARECCHIATURA	SITO DI ISTALLAZIONE
TOMOGRFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	ED.26 - RADIOLOGIA CENTRALE - PIANO 2
GAMMA CAMERA CT	ED.26 - RADIOLOGIA CENTRALE - PIANO -1
MAMMOGRAFO CON TOMOSINTESI	ED.59 - EASTMANN -PIANO -1
ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	ED.2 - IV CLINICA CHIRURGICA - PIANO 0
ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	ED.2 - IV CLINICA CHIRURGICA - PIANO 1
ANGIOGRAFO BIPLANO SIEMENS	ED.10 - NEURORADIOLOGIA - PIANO -1
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI REPARTO	ED.3 - II CLINICA CHIRURGICA - PIANO -1
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI REPARTO	ED.36 - RADIOLOGIA PEDIATRICA - PIANO 0
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI REPARTO	ED.4 - DEA PIANO -1
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI REPARTO	ED.26 - RADIOLOGIA CENTRALE - PIANO 2
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI PRONTO SOCCORSO	ED.4 - DEA - PIANO 0

Per l’anno giubilare è stato approvato il Piano degli interventi della Regione Lazio dedicato ai Pronto Soccorso/DEA che prevede per il Policlinico Umberto I le seguenti apparecchiature elettromedicali da acquisire nel 2024.



AZIENDA	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA RICHIESTA	APPARECCHIATURE RICHIESTE (n.)
PUI	apparecchio per anestesia	4
PUI	monitor stand alone	8
PUI	defibrillatori	8
PUI	ecotomografo multidisciplinare	3
PUI	colonna laparoscopica	2
PUI	colonna endoscopica	2
PUI	elettrobisturi	4
PUI	apparecchio portatile per radiografia	4
PUI	apparecchio portatile per radioscopia vascolare o cardiologico	3
PUI	sistemi per circolazione extracorporea	2
PUI	sistema per videolaringoscopia	5
PUI	tavolo operatorio	4
PUI	PC x C.O. per immagini PACS	4
PUI	trapano ortopedico	3
PUI	Pompe siringa TCI complete di stazione di impilaggio	16
PUI	elettrocardiografo con carrello	15
PUI	APPARECCHIO PER ANESTESIA AMAGNETICO PER RMN DEA	1
PUI	STAZIONE PER POMPE INFUSIONALI AMAGNETICO	1
PUI	VIDEOLARINGOSCOPIO AMAGNETICO	1
PUI	SATURIMETRO AMAGNETICO	1

2.3.2 Sviluppo e aggiornamento sistemi e infrastrutture - ICT

I sistemi dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma sono utilizzati quotidianamente da circa 8.000 utenti di *dominio* dotati di credenziali di autenticazione personali con le quali accedono a oltre 2.600 postazioni di lavoro desktop, 65 workstation, 800 stampanti di rete e 70 notebook.

L'infrastruttura di rete dell'Azienda Policlinico Umberto I è costituita da dorsali in fibra ottica per la connessione dei 46 edifici di campus e delle 7 sedi esterne, (4 delle quali collegate in dark fiber), circa 250 apparati attivi di rete, oltre 4.000 punti doppi di cablaggio strutturato, 120 VLAN, sistemi di comunicazione analogici (MD110) e VoIP per un totale di circa 5.500 numerazioni telefoniche attive.

Le dimensioni e i numeri dell'Azienda sono pari a quelli di una cittadina di medie dimensioni con la complessità derivante dalla necessità di gestire con reale consapevolezza servizi ad elevata criticità che devono essere assicurati a tutte le strutture dell'Ospedale e in particolare alle strutture dell'area



dell'emergenza (1 DEA e 4 PP.SS.), 6 terapie intensive, 13 blocchi operatori attivi, 7 sale interventistiche. Il Policlinico assicura, inoltre, il servizio di HUB per gli Spoke distribuiti sul territorio regionale, individuati dalla Regione Lazio con DCA n. U00257 del 5 luglio 2017 nella logica della gestione dell'emergenza in reti di specialità tempo dipendenti.

Superato il periodo caratterizzato dalla pandemia durante il quale il Policlinico ha svolto il ruolo di ospedale di riferimento per il ricovero dei pazienti affetti da Covid-19, l'Azienda ha riattivato e sta gradualmente incrementando la propria offerta di prestazioni specialistiche. Continua il percorso di aggiornamento e completamento dei sistemi e delle infrastrutture ICT con l'obiettivo di mettere a disposizione dell'ospedale tecnologie in grado di supportare il percorso del paziente con conseguente ottimizzazione dei tempi di gestione a carico dell'assistito.

2.3.3 Gestione processi clinici interni e delle liste di attesa

A partire dall'es. 2022 l'Azienda ha avviato l'utilizzo del sistema di gestione del paziente nel percorso operatorio e ha assicurato un costante supporto ai propri specialisti chirurghi in quanto massivamente coinvolti nella gestione delle Liste di attesa e della Programmazione degli interventi.

L'Azienda ha scelto di procedere con una formazione in modalità training on-the-job, l'unica realmente efficace per la graduale transizione dalla tradizionale gestione analogica a quella digitale con l'obiettivo della smaterializzazione dei processi.

Al fine di gestire più efficacemente il percorso del paziente che necessita di un intervento chirurgico l'Azienda ha avviato un'azione di monitoraggio delle proprie Liste di attesa:

1. Implementando sul sistema di gestione del percorso operatorio indicatori di *score priority* e indicatori cromatici, che evidenziano al professionista i pazienti da prendere in carico prioritariamente sulla base del "peso" della diagnosi e del tempo di permanenza in lista. Ne consegue una più efficace ed equa gestione dei ricoveri e degli interventi;
2. L'attivazione di un sistema intuitivo per la prescrizione dematerializzata integrato con il sistema di gestione del paziente in dimissione dai diversi setting assistenziali (degenza, ambulatoriale o area dell'emergenza). Il sistema consente ai professionisti di prescrivere agevolmente al paziente le impegnative dematerializzate per:
 - a. le visite specialistiche di controllo;
 - b. le prestazioni diagnostiche ritenute necessarie dallo specialista;
 - c. la prescrizione dei farmaci individuati per l'avvio della terapia domiciliare senza che l'assistito abbia necessità rivolgersi successivamente al proprio medico di medicina generale.

Al fine di coinvolgere il maggior numero di professionisti, in un'ottica di costante aggiornamento degli



strumenti di lavoro, l'Azienda ha programmato un percorso di adeguamento numerico e qualitativo delle risorse hardware che consentono alle funzioni aziendali di gestire le attività di propria competenza con strumenti più aderenti alle esigenze di efficienza a beneficio degli assistiti.

2.3.4 Adeguamento e messa in sicurezza sistemi ICT

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

Le politiche di sicurezza e la maggior consapevolezza degli operatori nell'utilizzo dei sistemi ICT ha consentito ai dipendenti dell'Azienda di utilizzare soluzioni- quali la piattaforma AWINGU- che hanno consentito loro, ove autorizzati, di svolgere la propria attività lavorativa in modalità "agile".

2.3.5 Obiettivi MISSIONE 6 P.N.R.R. – Aggiornamento tecnologico digitale

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

Il PNRR definisce un quadro di investimenti e di riforme con obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente al cui conseguimento si lega l'assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall'Unione Europea. Per quanto riguarda gli obiettivi ICT nell'ambito della MISSIONE 6 - SALUTE COMPONENTE M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO DIGITALE - INVESTIMENTO 1.1.1, di seguito una sintesi:

M6C2 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II) - progetti in essere

Per l'area ICT sono presenti 5 voci di finanziamento per 5 ambiti tecnologici diversi che, congiuntamente, contribuiscono all'innalzamento delle infrastrutture e degli applicativi affinché questi ultimi siano in grado di rispettare quanto previsto dalle Linee Guida nazionali pubblicate sulla GU l'11 luglio 2022 per l'attuazione del FSE 2.0.



Le attività progettuali, da condurre aderendo alle iniziative CONSIP (Accordi Quadro e/o Convenzioni) targate PNRR sono in corso per ognuno dei 5 finanziamenti.

Di seguito una sintesi:

Attività	procedura CONSIP	stato procedura Consip
Cablaggio LAN e Wi-Fi	Convenzione Consip Reti Locali 7 Convenzione Consip Reti Locali 8	La Convenzione Reti Locali 7 supportava parzialmente l'upgrade della connettività aziendale in quanto non prevedeva la fornitura degli apparati attivi necessari per l'upgrade degli apparati in uso; l'Azienda sta aderendo alla Convenzione Reti Locali 8 che pubblica gli apparati necessari
Servizi di sviluppo dell'interoperabilità dei dati sanitari e sviluppo di interfacce applicative, sistemi di message broker e di orchestrazione	AQ System Management	In fase di perfezionamento il Piano dei Fabbisogni utile per l'adesione all'Accordo Quadro SGM e la conseguente attuazione delle integrazioni e delle modifiche evolutive necessarie per l'attivazione della piattaforma di interoperabilità e la realizzazione degli adeguamenti tecnici previsti per implementare lo standard internazionale HL7 FHIR sul Repository clinico aziendale nel rispetto degli standard tecnici definiti dalle Linee Guida 2022 per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0
Sviluppo di APP mobile e servizi on-line per la fruizione di servizi e informazioni al cittadino	AQ Sanità Digitale 2	Avviate le attività di sviluppo conseguenti l'adesione all'Accordo Quadro per sviluppo APP orientamento e accettazione paziente di cui alla delibera n. 650 dell'11/08/2023. In fase di avvio il primo step del progetto (orientamento assistito e self check-in prestazioni prenotate tramite Recup dal paziente esente)
Fabbisogno tecnologie informatiche - HW postazioni di lavoro	Convenzione PC Desktop e Workstation 2 Convenzione Stampanti 19	Attraverso le due Convenzioni Consip citate sono stati acquistati i PC e le stampanti possibili con la quota del finanziamento utilizzabile sull'es. 2023
Licenze d'uso e altre licenze software e hardware per la tecnologia della categoria Postazioni	Convenzione Licenze multi brand	Le licenze disponibili non sono quelle necessarie ai sistemi aziendali in uso

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

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



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

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

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

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

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

- l'orientamento dell'utente verso servizi e prestazioni all'interno della struttura sanitaria. Tramite la funzione di geo-localizzazione integrata e potenzialmente scalabile sarà possibile fornire un servizio adeguato alle aspettative per una struttura di rilievo quale il Policlinico;
 1. l'integrazione con il sistema regionale RECUP per la gestione del self check-in delle prestazioni prenotate sul sistema regionale, accettazione e pagamento delle prestazioni
 2. gestione di servizi agli utenti finalizzati alla semplificazione del percorso dei pazienti in ambiti che saranno individuati quali prioritari.



2.4 RISCHI CORRUTTIVE E TRASPARENZA

2.4.1 Principi ed obiettivi strategici

La presente sezione di prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO, per il triennio 2024-2026, si pone come aggiornamento del precedente Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza tenendo pertanto conto di quanto indicato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nel corso dell'anno 2023. In particolare l'ANAC con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, ha reso disponibile l'aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022. La revisione è stata dedicata ai contratti pubblici la cui disciplina è stata innovata dal D.Lgs. 36/2023 (nuovo Codice appalti). Gli ambiti di intervento attengono solo la parte speciale del PNA 2022 e, più specificamente:

- alla sezione dedicata alla schematizzazione dei rischi di corruzione e di maladministration e alle relative misure di contenimento;
- alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti, in particolare ai sensi degli artt. 23, co. 5 e 28, co. 4 del D.Lgs. 36/2023.

La prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico poiché previene fenomeni di cattiva amministrazione e persegue obiettivi di imparzialità e trasparenza orientando correttamente l'azione amministrativa.

Nella stessa ottica si pongono le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio). Tali presidi, al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi come strumento di creazione di valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali. Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi derivanti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale.

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

L'ANAC, con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2022), richiede che l'Organo di Indirizzo assuma un



ruolo proattivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo, indicando gli obiettivi strategici su cui intervenire.

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

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

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

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

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



2.4.2 Definizione di corruzione

Il concetto di corruzione che viene preso a riferimento nel presente documento ha un'accezione più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, in quanto coincidente con la "*maladministration*", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

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

2.4.3 Soggetti coinvolti nella predisposizione

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

Gli uffici interni che dispongono di dati utili e rilevanti ai fini della corretta attuazione del processo di



gestione del rischio hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT.

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

2.4.4 Contesto generale

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

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

L'ambito sanitario è, in effetti, uno dei settori della pubblica amministrazione destinatario di consistenti investimenti ed è per questo che esso risulta notevolmente esposto sia al condizionamento inopportuno di interessi privati che all'infiltrazione di mafie attraverso pratiche corruttive.

Un esempio è senz'altro rappresentato dalla gestione dei fondi europei per l'attuazione del PNRR, per il quale risulta necessario un rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione.

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

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

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

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

In conclusione, il contesto esterno in cui si colloca l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto risulta caratterizzato da elevati profili di criticità: la presenza di criminalità organizzata, la scarsa percezione di sicurezza, la numerosità di reati contro la PA e l'elevata percezione della corruzione nel territorio romano suggeriscono la predisposizione di un sistema di prevenzione della corruzione, intesa sia



nella sua forma più conosciuta, sia in termini di potenziale commistione con l'attività amministrativa, cosiddetta maladministration.

2.4.5 Gestione del rischio corruzione

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2021, si sarebbe dovuto procedere alla mappatura delle altre aree di rischio, con il



coinvolgimento delle ulteriori Strutture dell'Amministrazione Centrale e, infine, dei Dipartimenti ad Attività Integrata, ma l'emergenza sanitaria da Covid-19 non ha reso possibile il completamento della mappatura avviata nel 2019. Si rimanda pertanto al 2023 il progetto di individuare gradualmente tutti i processi a rischio di eventi corruttivi e conseguentemente le azioni preventive, eventualmente migliorando le misure già in atto, rendendole più adeguate, concrete e verificabili.

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

2.4.6 Mappatura dei Processi

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

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

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

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

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



5. Rapporti con soggetti erogatori.

2.4.7 Valutazione del rischio per ciascun processo

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

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

2.4.8 Il Trattamento del Rischio

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

2.4.9 Misure generali di prevenzione del rischio di corruzione

2.4.9.1 Conflitto di interesse

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

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

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

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



- l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi;
- le ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39;
- l'adozione dei codici di comportamento;
- il divieto di pantouflage;
- l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali;
- l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti.

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

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

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

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

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

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

Più nel dettaglio l'art. 7 dispone che «il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero,



di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza».

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

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

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

Il conflitto di interessi è ora disciplinato dal D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 (nuovo Codice appalti) e, in particolare, dall'art 16 (modificato dall'art. 15-quater, co. 1, lett. a), del decreto-legge 29 settembre 2023, n. 132, convertito dalla legge 27 novembre 2023 n. 170) ai sensi del quale *"Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione"*.



2.4.9.2 La dichiarazione pubblica di interessi

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

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

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

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

2.4.9.3 Attività ed incarichi extra-istituzionale

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

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

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

La Legge 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di



prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

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

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

In considerazione di ciò, l'Azienda con Determinazione del Direttore Generale n. 89 del 22 dicembre 2015, ha approvato il "Regolamento in materia di incarichi esterni conferiti al personale in servizio nell'Azienda ospedaliera Umberto I". Tale predetto Regolamento sarà oggetto di revisione rispetto alle norme/circolari attualmente vigenti.

2.4.9.4 Sperimentazioni cliniche

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

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

Dai proventi quindi è detratto l'overhead, dovuto sia all'Ateneo che all'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Alla luce del Regolamento (UE) 536/2014 – entrato in vigore il 31 gennaio 2022 - e nelle more dei decreti attuativi del d.lgs. 3/2018"Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute" ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, della legge 11 gennaio 2018, n. 3", l'Unità di Ricerca Clinica e Clinical Competence dell'Azienda Ospedaliero-



Universitaria Policlinico Umberto I sta redigendo un Regolamento aziendale per la disciplina delle sperimentazioni cliniche, sia spontanee che sponsorizzate da un soggetto esterno che, tra l'altro recepisce le recenti norme:

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

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

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

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

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

2.4.9.5 Comodati d'uso – donazioni, valutazioni "in prova"

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

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

La medesima precisazione va riferita anche alle "donazioni" e/o alle "prove dimostrative". Per queste ultime, qualsiasi onere economico (inclusi materiali di consumo) deve essere totalmente a carico del soggetto che propone all'Azienda Sanitaria la prova dimostrativa.



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

2.4.9.6 Patti di integrità negli affidamenti

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

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

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

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

La Corte di Giustizia Europea nella sentenza C-425/14 ha affermato che la previsione dell'obbligo di accettazione di un protocollo di legalità appare idonea a rafforzare la parità di trattamento e la trasparenza nell'aggiudicazione di appalti. Inoltre, poiché tale obbligo incombe su qualsiasi candidato od offerente indistintamente, lo stesso non viola il principio di non discriminazione. La Corte ha specificato, tuttavia, che, conformemente al principio di proporzionalità, che costituisce un principio generale del diritto



dell'Unione, una siffatta misura non deve eccedere quanto necessario per raggiungere l'obiettivo perseguito.

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

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

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

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

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

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

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

2.4.9.7 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

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

La norma prevede, inoltre, in caso di violazione del divieto, specifiche conseguenze sanzionatorie che



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

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

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

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

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

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

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

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

➤ Inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001.



Ugualmente, al momento della sottoscrizione del contratto (o di atto analogo) il soggetto affidatario dovrà rendere la dichiarazione di cui sopra. Per tale ragione la stessa dovrà essere inserita mediante la previsione di un apposito articolo nello schema di contratto ovvero in caso di sottoscrizione di atto analogo potrà anche essere acquisita apposita dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

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

2.4.9.8 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni

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

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

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

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

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

Con riferimento ai casi di incompatibilità, è prevista la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa della incompatibilità, ai sensi dell'art. 19 del d.lgs. 39/2013.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le limitazioni previste dalle citate disposizioni non si configurano come misure sanzionatorie di natura penale o amministrativa, bensì hanno natura preventiva e mirano a evitare che i principi di imparzialità e buon andamento dell'agire amministrativo siano o possano apparire pregiudicati a causa di precedenti comportamenti penalmente rilevanti, proprio con riguardo ai reati contro la p.a.



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

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

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

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

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

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

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

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

Si sottolinea che la preclusione disposta all'art. 3 del d.lgs. 39/2013 opera in presenza di sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per reati contro la pubblica amministrazione, anche se la sentenza non è divenuta irrevocabile, quindi anche nel caso di condanna da parte del Tribunale. La causa ostativa viene



meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

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

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

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

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

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

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

2.4.9.10 Rotazione del personale

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

Come programmato nel PTPCT 2018-2020, l'AOU Policlinico Umberto I ha adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 903 del 26/10/2018 il "Regolamento per la rotazione dei dirigenti e del personale del comparto che opera nelle aree a maggior rischio di corruzione, nonché dei componenti delle commissioni", che disciplina la rotazione secondo modalità compatibili con il regolare funzionamento delle strutture e che prende in considerazione prioritariamente le strutture più esposte al rischio di corruzione



individuato nel PTPCT.

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

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

L’istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall’istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all’art. 16, co. 1, lett. l-quater²⁸, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

La rotazione “ordinaria” del personale è una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l’assunzione di decisioni non imparziali.

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

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

2.4.9.11 Formazione

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

L’incremento della formazione dei dipendenti e l’innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono obiettivi strategici, così come specificato al paragrafo 3 del presente PTPCT.



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

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

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

Nel corso del prossimo triennio, è prevista l'erogazione di attività formative in materia di "Gestione del rischio di corruzione" e, segnatamente, in relazione alla mappatura dei processi, all'individuazione, valutazione e trattamento del rischio.

2.4.9.12 Codice etico comportamentale

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

- con un codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici, si assicuri «la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico»;
- ciascuna pubblica amministrazione definisca, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio OIV, un proprio codice di comportamento che integri e specifichi il codice di comportamento nazionale;
- la violazione dei doveri compresi nei codici di comportamento, ivi inclusi quelli relativi all'attuazione del PTPCT, abbia diretta rilevanza disciplinare;



- ANAC definisca criteri, linee guida e modelli uniformi di codici per singoli settori o tipologie di amministrazione;
- la vigilanza sull'applicazione dei codici sia affidata ai dirigenti e alle strutture di controllo interno.

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

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

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

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

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

A tal riguardo, è prevista l'adozione di un Codice di comportamento, aggiornato con le previsioni di cui alle vigenti Linee guida.

2.4.9.13 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

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



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

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

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

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

La procedura si applica a tutti i soggetti che, a qualsiasi titolo, prestano servizio presso l'Azienda Policlinico Umberto I e che, in ragione del proprio rapporto di lavoro, siano venuti a conoscenza di condotte illecite.

La procedura si applica altresì ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'Azienda Policlinico Umberto I.

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

Il Modulo di segnalazione:

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

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

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

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



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

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

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

2.4.9.14 Trasparenza

Nozioni di trasparenza

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

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

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

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

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

Con delibera n. 1310/2016, l'ANAC ha adottato «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli



obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016».

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

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

2.4.9.15 Trasparenza e tutela dei dati personali

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

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

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

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



di pubblicazione.

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

2.4.9.16 Flussi informativi necessari a garantire l'elaborazione e la pubblicazione dei dati

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

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

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

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

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

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

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

2.4.9.17 Il responsabile per la trasparenza

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, considerata l'importanza della trasparenza quale misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, ha ritenuto già nel 2016 di concentrare in



un unico soggetto le figure del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità. Con la modifica della legge 190/2012 (art. 1, comma 7), ad opera del D.Lgs. 97/2016, è stata confermata questa linea unificando in un unico soggetto le responsabilità in tema di trasparenza ed prevenzione della corruzione.

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

2.4.9.18 Monitoraggio adempimenti in tema di trasparenza

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

Nel corso del 2023 sono stati coinvolti i Responsabili delle pubblicazioni obbligatorie nel progetto di rivisitazione e implementazione del sito web aziendale, con incontri dedicati alle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013, di cui all'Allegato 2 "Tabella dati soggetti a obblighi di comunicazione" del Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nel corso dell'anno 2024, proseguirà la predetta attività di monitoraggio dell'assolvimento degli adempimenti relativi alla pubblicazione.

2.4.9.19 Accesso civico

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

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

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

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

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

L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti,



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

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

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

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

- la facoltà di chiedere agli uffici dell’Azienda informazioni circa l’esito delle istanze di accesso civico (art. 5, comma 6, d.lgs. 33/2013);
- il riesame dell’istanza di accesso generalizzato, su richiesta del richiedente, nei casi di diniego totale o parziale o in caso di mancata risposta (art. 5, comma 7, d.lgs. 33/2013).

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

Il Regolamento in questione disciplina le modalità d’esercizio del diritto d’accesso nelle sue varie forme, fungendo da strumento operativo per agevolare l’attività amministrativa dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I nella gestione delle relative istanze.

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

2.4.10 Obblighi di informazione e monitoraggio PTPC

Obblighi di informazione

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

Inoltre, l’art. 16 del d.lgs. 165/2001 dispone ai commi l-bis, l-ter ed l-quater che i Dirigenti esercitano, fra



gli altri, i seguenti compiti e poteri:

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

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

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

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

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

2.4.10.1 Monitoraggio

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

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

2.4.11 Responsabilità

2.4.11.1 Responsabilità del personale

- Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate con il presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e non dirigenti (art. 8 del DPR 62/2013 "Codice di comportamento"), nonché dal personale con rapporto di collaborazione o consulenza.
- La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare per i dipendenti, mentre, per tutte le altre figure professionali operanti in Azienda può costituire giusta causa di risoluzione contrattuale (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012).
- La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni e dei dati, da parte dei responsabili individuati nell'allegato 2 del presente Piano, va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi



dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001.

- Il Responsabile della prevenzione della corruzione, in relazione alla loro gravità, segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e dal predetto Piano, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il RPCT segnala altresì gli inadempimenti al Direttore Generale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (d.lgs 33/2013, art. 43).

2.4.11.2 Responsabilità dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento e l'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, ha nominato il Dott. Jacopo Loy, quale soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA).

2.5 PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE

L'art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 ha modificato gli artt. 1, 7 e 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (Testo Unico del Pubblico Impiego - TUPI) prevedendo che *le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità... l'assenza di qualunque forma di discriminazione diretta e indiretta... nonché un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo... e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno.*

La citata legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto, quindi, ex novo, l'obbligo giuridico per le P.A. di generare **benessere organizzativo** e ha previsto l'istituzione del **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ricostituito in Azienda nel 2022. Il CUG ha presentato, ai sensi dell'art. 48 del dlgs. 11 aprile 2006, n. 198, il *Piano di Azioni Positive (PAP)*, dove la nozione giuridica di "azioni positive" consiste nelle misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro; obiettivo ribadito dal d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

Il PAP, adottato con delibera del Direttore Generale n. 796 del 05/10/2023, è il punto di partenza per l'analisi, lo sviluppo e la realizzazione di iniziative volte a migliorare la produttività e il benessere dei lavoratori, favorendo un clima organizzativo che si oppone a qualunque forma di violenza e discriminazione, con l'intento di creare condizioni di lavoro il più possibile inclusive e rispettose di tutte le diversità, promuovendo le pari opportunità e favorendo l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne.

Le macro aree su cui il CUG svolge la propria attività di competenza sono le seguenti:

1. Benessere Organizzativo



2. Tolleranza zero a qualunque forma di Molestia, Violenza e Discriminazione
3. Conciliazione Vita Privata- Lavoro
4. Parità di genere e Pari Opportunità
5. Formazione

2.5.1 Benessere Organizzativo

Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, (DPR n. 62 del 16/04/2013), novellato dal DPR 13 giugno 2023, n. 81, in particolare sulla dirigenza, recita: *Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il **benessere organizzativo** nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e **rispettosi** tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla **formazione** e all'**aggiornamento** del personale, all'**inclusione** e alla **valorizzazione delle differenze di genere**, di età e di condizioni personali.*

Tutte le azioni e iniziative proposte nel Piano di Azioni Positive, di cui alla presente Sezione 2.5 del PIAO, costituiscono il **Piano di Miglioramento** del Benessere Organizzativo Aziendale che il CUG, nello svolgimento delle proprie funzioni, ha il compito di monitorare proponendo azioni mirate di integrazione e modifica.

Si aggiunga che la Direttiva n. 2/2019 di Funzione Pubblica individua il ruolo centrale del CUG per la crescita della **Cultura del Rispetto** della persona e dell'ambiente.

Le azioni proposte dal Comitato, volte alla promozione di comportamenti che favoriscano il rispetto reciproco, delle persone e dell'ambiente, sono:

- a) lo svolgimento di indagini qualitative sui temi di Benessere organizzativo, Parità di genere, e Conciliazioni vita privata-lavoro, per conoscere le opinioni dei dipendenti su tutte le dimensioni che determinano la qualità della vita e delle relazioni nei luoghi di lavoro, per rilevare la loro percezione delle pari opportunità, anche con attenzione al genere, alla maternità, alle discriminazioni sul lavoro, alle persone fragili. Questa azione costituisce la premessa per il ciclo di lavoro del nuovo CUG e riguarda il miglioramento del benessere organizzativo mediante la conduzione di cicliche indagini sul benessere organizzativo, la successiva analisi dei risultati e l'elaborazione di un Piano per il Miglioramento del Benessere organizzativo. La proposta mira a introdurre per la prima volta un ciclo biennale di svolgimento dell'indagine che consenta all'Amministrazione e al CUG di individuare tempestivamente le eventuali aree di criticità rilevate e di attuare misure che ne favoriscano il graduale superamento;
- b) lo svolgimento di attività di laboratorio per imparare a gestire lo stress personale, proseguendo le 10 edizioni di corso già svolte nel 2023 con professionisti della salute mentale;
- c) la redazione e adozione di un Codice di Condotta;
- d) l'adesione all'iniziativa "Riforma-Mentis" promossa da Funzione Pubblica e Formez PA come formazione obbligatoria per il personale aziendale;



- e) l'inserimento nell'organizzazione aziendale della figura di Consigliera/e di Fiducia, figura, anche esterna, esperta, con funzione di mediazione, prevenzione e/o risoluzione di conflitti;
- f) la promozione dei principi di sostenibilità affinché l'intera Amministrazione si impegni nell'adozione di un modello produttivo in grado di contemplare obiettivi di tutela ambientale, benessere sociale, economia sostenibile per un "Policlinico Ecosostenibile", attivando un circolo virtuoso di iniziative volte a sensibilizzazione e sviluppare una cultura di sostenibilità ambientale.

2.5.2 Tolleranza zero a qualunque forma di Molestia, Violenza e Discriminazione

La Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione 29 novembre 2023: *"Riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme"* riconosce al CUG il ruolo di *"osservatore privilegiato e attento conoscitore della situazione del personale dell'amministrazione di appartenenza....importante sensore delle situazioni di malessere collegate alla violenza e alla discriminazione... contribuendo a far crescere la cultura del rispetto nei luoghi di lavoro e, di conseguenza, nei contesti familiari e nella società civile"*.

Per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere, gli strumenti e le azioni individuate dal Comitato Unico di Garanzia prevedono:

- a) l'istituzione di uno Sportello Anti Violenza per
 - persone fragili che giungono ai Pronto Soccorso o vengano intercettate dai Servizi Aziendali,
 - dipendenti del Policlinico Umberto I,
 - persone che svolgono attività di didattica e tirocinio;
- b) la realizzazione, per le donne (incluse le dipendenti) che hanno subito una forma di violenza domestica e/o sessuale (maltrattamenti/abusi fisici, sessuali, psicologici, economici, minacce, *stalking* o altro) sole o con figli/e, di un percorso di accoglienza personalizzato che garantisca loro adeguata assistenza sanitaria e sociale, legale, penale o civile o minorile, nonché l'accompagnamento e orientamento nel post dimissione, oltre che protezione e messa in sicurezza, in caso di elevato pericolo, presso strutture dedicate (CAV - Centri Anti Violenza e Case Rifugio);
- c) la sensibilizzazione, per l'emersione della molestia e della violenza nei luoghi di lavoro, attraverso l'informazione e la formazione rivolta a tutto il personale aziendale (circa 5.000 dipendenti) sul fenomeno: dinamiche e caratteristiche, procedure assistenziali, riconoscimento dei segnali, ruolo e funzioni della rete territoriale antiviolenza attraverso corsi specialistici qualificati, tenuti da esperte/i specializzate/i;
- d) la partecipazione a tavoli di sviluppo per la prevenzione e la gestione delle aggressioni nei luoghi di lavoro;
- e) l'adesione a campagne di sensibilizzazione, come ad esempio quella di "Posto Occupato" campagna contro ogni violenza di genere 365 giorni l'anno, la panchina rossa, ecc.;



f) l'istituzione della figura del Disability Manager (delibera del Direttore Generale n. 796 del 05/10/2023).

2.5.3 Conciliazione Vita Privata- Lavoro

Per una maggior qualità di vita personale e lavorativa, la Direzione e il CUG intendono:

- a) migliorare la "Mobilità casa-lavoro" coinvolgendo il Mobility Manager per individuare soluzioni in grado di favorire sia coloro che sono costretti a far ricorso all'utilizzo del mezzo privato di trasporto sia coloro che utilizzano i mezzi pubblici;
- b) agevolare tutti gli strumenti di flessibilità che la disciplina di settore consente, incluso lo *smart working*, orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, garantendo al personale che documenti gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza (Direttiva 29.12.2023 Ministro per la PA);
- c) consentire la fruizione del Nido-Sapienza e del Centro Estivo anche al personale ospedaliero, al fine di conseguire, sul tema, una vera parità di trattamento con il personale universitario;
- d) svolgere attività di informazione al personale sui servizi di cura aziendali e promuovere iniziative rivolte all'attenzione della propria salute;
- e) individuare opportunità di convenzionamento per agevolazioni riservate al personale aziendale, con esercizi commerciali, agenzie di servizi e altre organizzazioni, anche di carattere culturale e per il tempo libero.

2.5.4 Parità di genere e Pari Opportunità

La creazione di un contesto lavorativo improntato all'equilibrio di genere prevede l'utilizzo di strumenti che contribuiscano a realizzare l'effettiva parità, attraverso azioni mirate, quali:

- a) l'applicazione aziendale delle *Linee Guida sulla Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni* - Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica e Dipartimento per le Pari Opportunità 06.10.2022;
- b) l'adozione di un Regolamento aziendale sul **Linguaggio di Genere**, ossia neutro in termini di genere, non sessista e non discriminatorio, per il suo utilizzo in tutti i provvedimenti e documenti (atti, regolamenti, PDTA, delibere e determinazioni ecc), nella comunicazione aziendale e in tutti i contesti anche informali: riunioni, seminari, commissioni, ecc.
- c) l'adozione del **Bilancio di Genere**, strumento di analisi e monitoraggio, in un'ottica di genere, delle



politiche aziendali e delle risorse di bilancio dedicate mediante il quale rappresentare le spese del bilancio riclassificate contabilmente in chiave di genere (con una serie di indicatori statistici per monitorare le azioni intraprese e per incidere sulle disuguaglianze di genere) e la loro associazione alla struttura del bilancio. Il bilancio di genere è lo strumento identificato per realizzare una maggiore trasparenza sulla destinazione delle risorse di bilancio e sul loro impatto su uomini e donne, consentendo un'analisi dell'impatto sul genere delle principali misure intraprese.

2.5.5 Formazione

Il DPR 13 giugno 2023, n. 81, ha novellato il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, (DPR n. 62 del 16/04/2013 introducendo l'art. 4-bis che prevede: *Il dirigente cura la crescita professionale dei collaboratori, favorendo le occasioni di formazione e promuovendo opportunità di sviluppo interne ed esterne alla struttura di cui è responsabile.*

Il CUG ha individuato per ogni area tematica di competenza la formazione necessaria a tutto il personale per condividere gli obiettivi della Direzione Strategica:

Corso di formazione e informazione sul Comitato Unico di Garanzia rivolto a tutto il personale aziendale: disciplina di riferimento, funzioni, attività e programmazione.

Corso di formazione specialistico obbligatorio sul fenomeno della violenza, fruibile in modalità mista, in presenza e asincrona (FAD) per fornire:

- adeguata conoscenza della rete antiviolenza;
- strumenti per un'attenta lettura dei segnali e per facilitare l'emersione della violenza nei luoghi di lavoro, anche quando non dichiarata;
- conoscenza dei principali effetti della violenza maschile sulla salute psico-fisica e sulle conseguenze sociali per le donne colpite e i figli minori;
- conoscenze necessarie per acquisire competenze in merito alla valutazione del rischio di recidiva e rivittimizzazione;
- strumenti per analizzare e monitorare l'efficacia degli interventi, con l'obiettivo di:
 - condividere la cornice concettuale, legale e metodologica del fenomeno,
 - condividere prassi operative, procedure, linguaggi,
 - costruire una rete efficace di accoglienza che sappia rispondere alle diverse esigenze delle utenti.

Corso di formazione specialistico per la gestione dello stress individuale.

Considerata la grande partecipazione e il forte successo delle edizioni 2023 del corso per la gestione dello stress, il Comitato di Garanzia ne promuove la prosecuzione, in accordo con la Direzione Strategica. Tramite la psicoeducazione si vuole fornire ai partecipanti le informazioni necessarie ad apprendere in maniera più approfondita i temi della resilienza, del supporto del gruppo, della gestione delle emozioni e dello stress;



accompagnando il lavoro con dei laboratori pratici volti alla ricerca di strategie e tecniche per implementare il benessere dell'individuo nell'ambito personale e lavorativo. L'intento è quello di offrire delle modalità funzionali per affrontare l'emergenza, che possano essere utilizzate sia durante che dopo l'evento stressante, al fine di acquisire delle capacità e delle competenze utili per lo svolgimento del lavoro, diminuendo il rischio di incorrere nel burn-out.

Corso di autoformazione online, da rendere obbligatoria, "Riforma-Mentis" per innalzare il livello di consapevolezza da parte del personale **sul tema delle molestie di genere:**

- riflettere sui segnali deboli, sui contesti e sui comportamenti molesti sul luogo di lavoro;
- approfondire le conseguenze psicologiche, organizzative e legali della molestia sul luogo di lavoro;
- condividere un approccio sulla gestione degli eventuali casi di molestie;
- definire pratiche preventive utili a garantire un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso del principio della parità di genere;
- individuare gli strumenti e i percorsi di tutela disponibili rispetto alla protezione delle vittime.

La proposta del Piano Azioni Positive è, quindi, come detto, articolata su azioni, relative alle tematiche di competenza del CUG.

Si richiama, in particolare in tutte le azioni proposte, il carattere innovativo, strutturale e permanente dei temi proposti.



SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'azienda è stata oggetto di diversi interventi di modifica, come specificatamente descritto alla precedente Sezione 1 – Scheda anagrafica dell'Azienda alla quale si rimanda.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

In applicazione di quanto previsto dal D.P.C.M. 08.03.2020 art. 2 comma 1 punto r), l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I ha autorizzato l'accesso alla modalità di lavoro agile ai dipendenti del ruolo tecnico – amministrativo e in generale tutto il personale non addetto all'assistenza dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I con rapporto a tempo indeterminato o determinato, anche con contratto part-time o con impegno orario ridotto, nonché il personale comandato in ingresso, le cui mansioni fossero compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività dell'Unità Operativa di afferenza. Ha svolto la propria attività in modalità agile anche il personale universitario assegnatofunzionalmente al Policlinico, in coerenza con quanto previsto anche da Sapienza.

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

A seguito della pubblicazione del Decreto Legge n. 56 del 30.04.2021, l'Azienda Policlinico ha disposto il permanere del regime semplificato in tema di smart working, fino alla definizione della disciplina del lavoro



agile da parte dei contratti collettivi e comunque non oltre il 31.12.2021.

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

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

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

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

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

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

L'Azienda ha emanato sull'argomento una circolare operativa con nota prot. 4873 del 06.02.2023 integrata con nota prot. 15888 del 21.04.2023.

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



Nella prima fase di sperimentazione, l'autorizzazione alla prestazione lavorativa in modalità agile è stata concessa dall'Azienda per un periodo fino al 31.12.2023, eventualmente rinnovabile, garantendo da parte del/della dipendente la continuità della prestazione lavorativa fino alla nuova assegnazione degli obiettivi annuali dell'esercizio successivo. In merito, con nota prot. 46704 del 29.12.2023, l'Amministrazione ha comunicato la proroga dei contratti in essere fino al 31.01.2024 al fine di consentire l'espletamento delle procedure di rinnovo in presenza delle medesime condizioni o di specifica nuova autorizzazione in caso di modifica delle condizioni del contratto già stipulato.

Inoltre, poiché il decreto milleproroghe (D.L 30.12.2023 n. 215) non ha prorogato ulteriormente i termini dello smart working emergenziale per i lavoratori fragili del pubblico impiego tutti i dipendenti "fragili" operanti in SW sono stati richiamati in presenza e invitati, laddove ritenessero di continuare ad avvalersi di detta modalità lavorativa, ad attenersi alle procedure aziendali previste dal Regolamento aziendale vigente.

3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO

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

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

In linea generale la scrivente Direzione continua ad operare, parallelamente all'implementazione delle risorse umane necessarie, affinché trovino sempre più ampia diffusione ed attuazione manovre di razionalizzazione, efficientamento nonché di qualificata organizzazione del lavoro, avuto riguardo anche all'allocazione delle risorse umane disponibili e in ordine alla valutazione delle professionalità già esistenti e delle possibili modalità di riutilizzo, nella logica di impulso alle linee strategiche ritenute "core" in ragione della mission e del posizionamento strategico rispetto ai competitors.

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



Nella scrivente Azienda Ospedaliero-Universitaria, costituita ai sensi del Digs. 517/1999, la componente di personale universitario era, all'atto dell'istituzione, ovviamente preponderante rispetto al personale del SSR. Alla cessazione del personale universitario assegnato funzionalmente all'Azienda, non reintegrato dall'Ateneo, l'Azienda ha dovuto procedere nel corso del tempo all'assunzione di un consistente numero di operatori (medici, sanitari laureati e non, tecnici), con conseguente aumento del costo del personale a parità di unità impiegate. Infatti, mentre per il personale universitario l'Azienda sostiene solo il costo della c.d. De Maria, relativo all'equiparazione del personale universitario al personale del SSR, e Sapienza sostiene il costo della parte stipendiale fissa (trattamento fondamentale), il costo del personale del SSR è interamente a carico dell'Azienda.

Nell'anno 2005 su un totale di 5924 unità, la componente universitaria risultava incidere per il 61% (3609 dipendenti universitari e 2315 del SSR), nell'anno 2018 su un numero complessivo di 4395 unità l'incidenza è scesa al 48% (2192 dipendenti universitari e 2203 del SSR) mentre per l'anno 2021 su un numero complessivo di 4.731 unità l'incidenza è pari al 41% (1.940 dipendenti universitari e 2.791 del SSR). Tale trend è confermato anche per gli anni 2022 e 2023 sicchè, salvo l'eccezione dell'attribuzione delle funzioni assistenziali al personale docente e ricercatore, l'avvicendamento delle altre figure avviene ed avverrà solo con assunzioni di profili del SSR con evidente impatto sulla dimensione del costo del personale.

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

Relativamente al conferimento degli incarichi è necessario evidenziare, una volta individuato il contingente del personale medico, che laddove si riscontrino vacanze si procede in via prioritaria - secondo quanto previsto dall'art. 27 comma 3 del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e l'Università Sapienza di Roma di cui al DCA 208/2016 - alla strutturazione del personale universitario disponibile e idoneo. La scrivente Azienda conta di addivenire nel corso dell'anno 2024 alla non più procrastinabile applicazione delle disposizioni di cui all'art. 6 D.Lgs. 517/99 pertanto, in merito, si riserva di comunicarne in seguito a codesta Direzione Regionale l'impatto economico conseguenziale.

Al netto delle criticità organizzative legate all'avanzata età media del personale che influisce sulle prestazioni in termini di limitazioni/prescrizioni, vanno inoltre rilevate alcune criticità di sistema che comportano bilanciamenti organizzativi e gestionali non privi di difficoltà; in particolare l'Azienda presenta nel suo contingente di matrice universitaria dei profili professionali, anche con un consistente numero di



unità seppur gradualmente in via di esaurimento ma ancora di dimensioni significative, in possesso di inquadramenti definiti alla fine degli anni 90 e nei primi anni successivi (equiparati alla dirigenza, ex prefettati etc) che non trovano sempre una precisa corrispondenza con i profili del S.S.N. e che in ogni caso comportano una spesa maggiore rispetto a quella tipica della categoria e/o profilo di riferimento. Per quanto riguarda gli equiparati alla dirigenza la scrivente Direzione ha formulato una specifica richiesta di parere all'Avvocatura Generale dello Stato in ordine al corretto inquadramento degli stessi; detta Avvocatura ha riscontrato ma lasciando ancora aperti taluni dubbi applicativi.

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

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

Con i P.T.F.P. post COVID si è tentato di superare queste criticità con l'intenzione di attivare un percorso di graduale superamento di tale scenario con un investimento sul personale tecnico amministrativo al fine di potenziare esclusivamente i servizi centrali della tecnostruttura amministrativa aziendale, su cui grava almeno il 70% delle funzioni afferenti al core business aziendale. Anche nel Piano 2023-2025 si prosegue su questa linea seppur se con numeri ridotti, compatibilmente con le risorse disponibili.

3.3.1 Programmazione strategica delle risorse umane – criteri osservati

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

3.3.2 Vincoli economici finanziari



Il Piano dei fabbisogni triennio 2023-2025 è coerente con le risorse finanziarie attribuite a questa Azienda per l'anno 2023, giusta DGR 991 del 29.12.2023, difatti il costo del personale anno 2023 ammonta in sede di preconsuntivo in € 239.428.242.

Altresì il Piano è stato redatto in coerenza con le risorse previste nel BEP 2024 - costo del personale - nella medesima DGR sopra citata pari ad € 237.028.229.

Sulla scorta di dette risorse è stato possibile programmare nell'ambito del Fabbisogno anno 2024 le residuali assunzioni già previste per l'anno 2023 nell'ambito del Piano triennale 2022-2024, non ricomprese nella specifica autorizzazione regionale intercorsa a fine anno 2023, unitamente al nuovo fabbisogno 2024 per come anticipato alla Regione Lazio con nota prot. 36033 del 05.10.2023.

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

I contratti a tempo determinato in scadenza il 31.12.2023, al fine di garantire la prosecuzione dei servizi, sono stati successivamente prorogati fino 30.06.2024 a seguito dell'autorizzazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Risorse Umane - della Regione Lazio pervenuta con nota prot. n. prot. n. U1491436 del 22/12/2023, acquisita in pari data al protocollo generale dell'Azienda con n. 46268.

3.3.3 Pianificazione assunzioni nel triennio

Dalla sintesi delle azioni strategiche descritte in precedenza verrà redatto il Piano assunzionale aziendale 2024-2026 il quale sarà oggetto di separata adozione e pubblicazione, stante la tempistica della competente direzione regionale in ordine alla conclusione sia del procedimento di approvazione dei Piani del Fabbisogno che del concordamento di budget con le varie aziende sanitarie e ospedaliere, i cui termini influenzano in modo sostanziale la definizione del Piano in oggetto. Dovendo rispettare i termini di adozione del PIAO si rinvia quindi ad un atto separato da rendere pubblico con le dovute modalità e che lo andrà evidentemente ad integrare in un momento successivo.



3.3.4 Internalizzazioni

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

Il processo di internalizzazione, rallentato dalla fase pandemica è ripreso e, da aprile 2021, in coincidenza con il cambio appalto, si è avviato il processo di configurazione secondo percorsi integrati e sostenuti da personale infermieristico e di supporto.

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

Il lotto A comprende il percorso medico ed ematologico e corrisponde in termini di FTE a 101 infermieri e 58 oss. Il lotto B comprende il percorso assistenziale dell'area di neuroscienze e comprende in termini di FTE 135 infermieri e 79 operatori socio sanitari. Il lotto C comprende il percorso assistenziale dell'area chirurgica e comprende 110 infermieri e 65 operatori socio sanitari.

In aderenza alla logica regionale di internalizzazione del servizio infermieristico e per le attività di supporto come previsto nella Determinazione G17819 del 15.12.2022, nel corso del 2022 e del 2023 si è dato avvio e si è proseguito nel processo di internalizzazione con conseguente "spegnimento" progressivo dei contratti corrispondenti ai lotti.

In particolare alla data del 01.01.2024 risultano ancora attivi due lotti del servizio in oggetto nelle consistenze sottoriportate:

NUOVE CONSISTENZE LOTTO 1 (A)		INFERMIERI	OSS
Struttura	Tipologia di servizio	N. infermieri N	N. OSS
EMATOLOGIA ESTERNA	Pronto soccorso ematologico	16	6
EMATOLOGIA ESTERNA	DH	5	0
Pediatria	O.B.I. Pediatrico	11	2
PRIMA E TERZA CHIRURGICA	SALA OPERATORIA	2	0
		34	8
NUOVE CONSISTENZE LOTTO 2 (B)		INFERMIERI	OSS
Struttura	Tipologia di servizio	N. infermieri N	N. OSS
Neurologia	Degenza Ordinaria-Neurologia1	11	5
Neurologia	Degenza Ordinaria-Neurologia 2 Stroke	21	8
Neuro chirurgia	Degenza NCH	21	6
Neuro chirurgia	Camera Operatoria	14	8
Urologia	Degenza Ordinaria Ortopedia	22	18
		89	45
TOTALE DEI 2 LOTTI		123	53

Dette consistenze, essendo riferite ad un servizio, sono da intendersi in termini di FTE e pertanto il numero



del personale da reclutare per internalizzare deve essere opportunamente integrato.

Ciò posto l'Azienda ha programmato nel corso dell'anno 2024 in tre step temporali la chiusura dei lotti suddetti subordinandone l'attuazione ai necessari reclutamenti sia di personale infermieristico che di supporto nelle opportune entità.

3.3.5 Percorsi di stabilizzazione

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

Nel corso dell'anno 2023 l'AOU Policlinico Umberto I, in applicazione dell'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234/2021 e dell'art. 4 del Decreto Legge n. 198/2022, convertito con modificazioni dalla Legge n. 14/2023, ha proceduto con l'espletamento di avvisi pubblici per la stabilizzazione di personale del comparto e della dirigenza precario ed in possesso dei requisiti ivi previsti, che erano stati indetti nel mese di novembre 2022 con relativo bando pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale a gennaio 2023.

Attraverso l'espletamento dei suddetti avvisi pubblici ed, inoltre, attraverso l'utilizzo di graduatorie concorsuali valide di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, sono state assunte con rapporto di lavoro a tempo indeterminato le seguenti unità di personale reclutate nella quasi totalità per le urgenti esigenze sanitarie legate all'emergenza epidemiologica da COVID-19:

Profilo	Unità
D.M - Chirurgia Generale	3
D.M. Cardiologia	7
D.M. - Malattie Infettive	12
D.M. - Medicina Interna	6
D.M. - Anestesia E Rianimazione	10
D.M. - Malattie Dell'apparato Respiratorio	8
D.M. - Patologia Clinica	1
D.M. - Psichiatria	1
D.M. - Reumatologia	1
D.M. - Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	3
Dirigente Biologo	2
Dirigente Farmacista	2
Dirigente Amministrativo	1
Fisioterapista	3
Infermiere	10
OSS	88
Tecnico Prevenzione nell'amb. Luoghi di Lavoro	1



Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	3
Tecnico Sanitario Radiologia Medica	6
Totale complessivo	168

Pertanto, in esito all'espletamento delle procedure suddette, risultano in carico al 31.12.2023 le seguenti unità con rapporto a tempo determinato con la specifica di quelle in possesso al 31.12.2023, dei requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234/2021:

Profilo	NO	SI	Totale
Fisioterapista		1	1
Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico		2	2
Infermiere		22	22
Operatore Socio Sanitario	10	30	40
Dirigente Amministrativo	1		1
Dirigente Biologo		8	8
Dirigente Farmacista	2	1	3
Dirigente Medico	14	42	56
Anestesia e Rianimazione	7	15	22
Cardiologia		1	1
Malattie dell'Apparato Respiratorio		2	2
Malattie Infettive		7	7
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza		12	12
Medicina Interna		5	5
Ortopedia e Traumatologia	4		4
Pediatria	3		3
Totale complessivo	27	106	133

Riguardo le suddette unità aventi i requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234/2021, con delibere adottate a dicembre 2023 a seguito di autorizzazione regionale, sono stati approvati due avvisi per la stabilizzazione di personale del comparto e della dirigenza precario in possesso, al 31.12.2023, dei requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234/2021 e l'art. 4 del Decreto Legge n. 198/2022, convertito con modificazioni dalla Legge n. 14/2023 per la copertura dei seguenti posti:

Comparto

Profilo	Posti
Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	2
Infermiere	22
Operatore Socio Sanitario	30
Totale complessivo	54

**Dirigenza**

Profilo	Disciplina	Posti
Dirigente Medico	Cardiologia	1
Dirigente Medico	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	9
Dirigente Medico	Medicina interna	5
Dirigente Medico	Malattie dell'Apparato Respiratorio	2
Dirigente Biologo	Microbiologia e Virologia	8
Totale complessivo		25

Si evidenzia che questa Azienda è in attesa dell'autorizzazione regionale per l'eventuale stabilizzazione delle restanti unità in possesso dei requisiti in argomento.

3.3.6 Strategie per soddisfare i fabbisogni di personale

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

Allo stato, la situazione risulta essere la seguente.

AVVISI MOBILITA' NAZIONALE

Profilo	Disciplina	Posti
Dirigente Medico	Patologia Clinica	2
Dirigente Medico	Radiodiagnostica	1
Totale complessivo		3

AGGREGAZIONE CONCORSI

PROFILO	POSTI	AZIENDA
Infermiere	30	ASL Roma 2
Dietista	5	ASL Roma 2
OSS	25	PTV
DM Ortopedia e Traumatologia	4	ASL Roma 5
Assistenti Amministrativi	8	ASL Roma 3
DM Neuropsichiatria Infantile	1	ASL Roma 5

**CONCORSI**

PROFILO	POSTI	NOTE
Assistenti tecnici camera iperbarica	5	da bandire
Dirigente Fisico	1	concorso da bandire con aggregazione altre Aziende
DM Pediatra per Oncologia Pediatrica	5	Espletamento in corso
DM Pediatra per Diabetologia Pediatrica	1	da bandire
Dirigente Amministrativo	1	in attesa autorizzazione
Assistente Tecnico - Informatico	15	concorso riservato ex lege 68/99 art. 1 - espletamento in corso
Assistente Amministrativo	6	concorso riservato ex lege 68/99 art. 18, c. 1 - in attesa autorizzazione regionale

COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO

PROFILO	POSTI	MODALITA'
Coadiutori Amministrativi	10	avviamento riservato ex lege 68/98
Operatore Tecnico - addetto all'informatica	9	avviamento riservato ex lege 68/99

3.3.7 Incarichi su Struttura complessa dell'Area Sanitaria

Riguardo le Unità Operative Complesse dell'Area Sanitaria, si evidenzia che questa Azienda, nel PTFP 2023-2025, per l'anno 2024, ha previsto l'affidamento a personale universitario dell'incarico di direzione, ad oggi vacante, delle seguenti strutture per il quale è stata chiesta alla Regione Lazio l'autorizzazione a procedere:

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA	DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA
UOC Chirurgia Orale	DAI Testa-Collo
UOC Endocrinologia, Malattie del Metabolismo, Andrologia	DAI Medicina Interna, Scienze Endocrino-Metaboliche e Malattie Infettive
UOC Geriatria	DAI Medicina Interna e Specialità mediche
UOC Ginecologia Chirurgica e Oncologia	DAI Materno Infantile e Scienze Uroginecologiche
UOC Ortopedia e Traumatologia	DAI Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica e Ortopedia
UOC Psichiatria	DAI Neuroscienze e Salute Mentale
UOC Radioterapia	DAI Ematologia, Oncologia e Dermatologia
UOC Urologia	DAI Materno Infantile e Scienze Uroginecologiche



3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il sistema ECM prevede l'accreditamento di attività formative che riguardano l'aggiornamento e la formazione su competenze specifiche finalizzate ad uno sviluppo continuo di un "professionista" nell'ambito di percorsi di base accademici (laurea e/o specializzazione) che costituiscono ufficialmente il "core curriculum" di una professione/disciplina/area professionale. I valori guida intorno ai quali si declina la Formazione Continua in Medicina nell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma sono:

- a. efficacia, quindi la ricerca e lo sviluppo di metodologie formative necessarie per determinare i comportamenti professionali attesi e la loro declinazione nei contesti di lavoro;
- b. appropriatezza, quindi l'adeguatezza dei percorsi formativi rispetto ai bisogni di competenze che esitano dalla relazione del professionista con la sua organizzazione di appartenenza;
- c. etica, ovvero la consapevolezza che la finalità di ogni intervento formativo è il miglioramento della qualità delle cure, tutelando i setting di apprendimento da qualsiasi possibile interferenza di interessi che non abbia in questa finalità il suo chiaro indirizzo; Oggi, la necessità dettata dalla normativa di individuare gli obiettivi formativi attraverso l'analisi dei bisogni e di valutarne il raggiungimento induce le strutture sanitarie a una maggiore attenzione metodologica sul processo (tempi e funzioni dedicate) ed a un coinvolgimento più capillare e formalizzato di tutti i livelli organizzativi aziendali. La rilevazione del fabbisogno formativo acquista una rilevanza particolare ed evita il rischio di aumentare la forbice tra gli investimenti per lo sviluppo professionale e i risultati organizzativi.

3.4.1 Analisi di contesto

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

3.4.2 Piano formativo aziendale 2024

È lo strumento della Direzione Strategica, che definisce modalità, risorse e leve formative per supportare il perseguimento degli obiettivi di sviluppo aziendale e professionale. Si è provveduto all'individuazione di criteri omogenei che hanno consentito di operare la classificazione degli eventi formativi, sviluppando le capacità dell'operatore a muoversi in una realtà complessa quale è l'organizzazione sanitaria. Gli obiettivi comuni e condivisi valorizzano tutte le risorse disponibili in questo modo la formazione diventa strumento



strategico per la gestione delle risorse umane, per lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità e per lo sviluppo del sistema. Il Piano Formativo Aziendale nel 2024, in corso di formalizzazione, prevede n. 137 progetti formativi, dei quali 111 eventi accreditabili in ECM. Ciò consentirà un aggiornamento puntuale delle competenze individuali e di innovare le attività degli operatori in modo da rispondere alle aspettative del territorio ed anticiparne i bisogni.

I corsi sopramenzionati coinvolgono, grazie al lavoro dei facilitatori della formazione presenti in ciascun Dipartimento clinico e struttura dell'Area Centrale, tutte le aree che compongono l'azienda sia di ambito clinico assistenziale che quelle tecnico-amministrative. Per quanto riguarda in particolare i progetti di formazione della direzione strategica sono stati individuati come focus lo sviluppo della leadership organizzativa e del teambuilding e le metodologie di project management, per lo sviluppo di competenze che rappresentano leve fondamentali per il cambiamento.

3.4.3 Aggregazione corsi per area tematica formativa

Sintesi Aree Formative	N° Eventi
Accreditamento Istituzionale	11
Appropriatezza Delle Prestazioni	2
Comunicazione	5
Donazione Trapianti	3
Etica -Bioetica e Deontologia	1
Evidence Base Practice	1
Health Tecnology Assessment	2
Management Sanitario	10
Percorsi Clinico Assistenziali	62
Sanita' Digitale	15
Sanita' Digitale	1
Sicurezza e Igiene Ambienti di Lavoro	3
Sicurezza del Paziente e Risk Management	9
Umanizzazione delle Cure	8
Somministrazione Stupefacenti	1
	137

Eventi esterni

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

**Budget di Formazione**

Spese di accreditamento	(conto 502020301)	€ 50.000,00
Spese per docenti/società esterni)	(Conto 502020302)	€ 140.000,00
Spese per rimborsi viaggio, vitto e alloggio)	(Conto 502020119)	€ 10.000,00
Spese pagamento dei docenti/tutor interni all'Azienda	(Conto 502020399)	€ 50.000,00

Formazione in tema di sicurezza sul lavoro - D. Lgs. 81/08

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

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

Le proposte formative presentate per l'anno 2023 e 2024 quindi, dall'esame della Delibera di acquisizione dei servizi formativi (Delibera n.0655 del 25/6/21), risultano essere coperte in gran parte dall'offerta di servizi da parte della ditta esterna aggiudicataria, tranne per alcune fattispecie che dovranno essere coperte con soluzioni alternative a quelle deliberate.

Tutto ciò si realizza su un'attenta analisi del fabbisogno formativo realizzata tramite una ricognizione della formazione pregressa a seconda dei destinatari, anche in base alle informazioni pervenute dagli uffici competenti al SPP, che hanno permesso di trasmettere indicazioni e chiarimenti relativamente al Piano Formativo Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I per l'anno 2023-2024, tenuto conto anche delle novità apportate dal D.L. 146/2021. Per attuare in maniera efficace e mirata il piano formativo, dal 2023 il SPP si è avvalso di:

- Una piattaforma *on line* per l'iscrizione ai corsi per la gestione dei processi formativi.
- La disponibilità di un'aula dedicata esclusivamente alla formazione sulla sicurezza sul lavoro e



l'utilizzo, nei periodi estivi, delle aule universitarie.

- L'erogazione a distanza di alcuni corsi, in sincrono e in asincrono, nei limiti previsti dalla normativa.
- Il coinvolgimento dei Direttori DAI, dei Dirigenti e dei Preposti nella promozione alla partecipazione ai corsi. A partire dall'autunno 2023, i preposti possono iscrivere direttamente dei lavoratori a loro afferenti ai corsi, tramite la piattaforma di gestione.

Dal 2023, proseguendo per il 2024 si sono attivati corsi per le seguenti aree tematiche:

- corso "Rischio Specifico rivolto a lavoratori" (durata 12 h), accreditato ECM per tutte le professioni;
- corso rivolto ai Dirigenti delegati alla sicurezza, specifico sull'esercizio delle funzioni di delega, art. 16 D.Lgs. 81/08;
- corso per preposti, ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011;
- corso per Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 (completo 32h; aggiornamento 8h);
- corso "Formazione Chemioterapici Antitumorali";
- corso rivolto ai lavoratori esposti al rischio di radioprotezione (Rischio Specifico), ai sensi del D. Lgs 81/2008 e D. Lgs. 101/2020, accreditato ECM;
- Corsi di formazione per Addetti antincendio livello 3, organizzati ai sensi dell'art. 37 del D. Lgs 81/2008 e D.M. 10/03/1998.

Nel 2024 saranno attivati anche altri corsi, quali il percorso formativo con modalità didattiche *blended* dedicato al Rischio da atti di aggressione e violenza, che prevede moduli a distanza, in presenza e addestramento a tecniche comportamentali.

In alcuni casi, si possono aggiungere in estemporanea anche corsi su tematiche specifiche che, in considerazione del contesto altamente innovativo del Policlinico, si possono determinare quali ad esempio il corso per la gestione delle emergenze e criticità in Procreazione medicalmente assistita (atmosfera sotto-ossigenate; gestione dell'azoto liquido).



SEZIONE 4 – MONITORAGGI

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

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

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

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

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