

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (2023-2025)



**PIAO**

Piano integrato di attività e organizzazione

## Sommario

INTRODUZIONE .....	4
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE.....	5
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	7
2.1 VALORE PUBBLICO .....	7
a) PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA .....	7
b) ACCESSIBILITA' ALLE AMMINISTRAZIONI PER I CITTADINI ULTRA Sessantacinquenni E DEI CITTADINI CON DISABILITA' .....	20
c) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE .....	22
d) OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO ED INCREMENTO EL BENESSERE ECONOMICO, SOCIALE, EDUCATIVO, ASSISTENZIALE, AMBIENTALE .....	24
2.2 ALBERO DELLA PERFORMANCE ASL ROMA 3.....	26
2.2.1 I NEGOZIATORI .....	60
2.2.3 PERFORMANCE SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E ACCESSIBILITÀ.....	66
a) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE .....	66
b) OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE.....	66
c) OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE.....	67
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	68
a) VALUTAZIONE DELL' IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO.....	68
b) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO.....	69
c) MAPPATURA DEI PROCESSI PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISCHI CORRUTTIVI .....	70
d) IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI.....	71
e) PROGETTAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEI RISCHI CORRUTTIVI .....	73
f) MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE .....	106
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	110
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	110
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	110
a) RIFERIMENTI NORMATIVI .....	110
b) DISCIPLINE E MISURE ORGANIZZATIVE.....	111
c) ACCESSO AL LAVORO AGILE (L'ACCORDO INDIVIDUALE).....	112
d) SMART-WORKING PER I LAVORATORI FRAGILI E/O CONVIVENTI CON PERSONE FRAGILI .....	114
e) ADOZIONE STRUMENTI TECNOLOGICI PER GARANTIRE LA DIFFUSIONE E L'UTILIZZO DI FORME DI LAVORO AGILE .....	114
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE .....	116
a) RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DEL PERSONALE .....	116
b) I CRITERI .....	117
c) LA SOSTITUZIONE DI PERSONALE.....	118
d) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI .....	122
e) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DISTRETTI SANITARI TERRITORIALI .....	123

f)	PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE .....	124
g)	PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	127
h)	STIMA DEL FABBISOGNO PER LE ESIGENZE DEL PNRR .....	128
i)	SINTESI DEL FABBISOGNO 2023-2025 .....	129
j)	SOSTENIBILITA' ECONOMICA .....	133
3.4	FORMAZIONE.....	135
3.5	PIANO DELLE AZIONI POSITIVE E COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI – CUG .....	136
SEZIONE 4:	MONITORAGGIO .....	156
a)	MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI.....	156
b)	MONITORAGGIO RELATIVO ALLE PERFORMANCE .....	156
c)	MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ANTICORRUZIONE .....	157
d)	MONITORAGGIO RELATIVO AL LAVORO AGILE .....	159
ELENCO ALLEGATI	.....	160
ALLEGATO 1 – DISCIPLINARE PER IL CORRETTO UTILIZZO DEGLI STRUMENTI INFORMATICI E TELEMATICI, INTERNET E POSTA ELETTRONICA .....		160
ALLEGATO 2 – ELENCO UPGRADE PER CIASCUNA SEDE AZIENDALE.....		160
ALLEGATO 3 –CODICE ETICO 2023 .....		160
ALLEGATO 4 – REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) 2023 .....		160
ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITA' 2023.....		160
ALLEGATO 6 – MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO <i>SMART-WORKING</i> .....		160
ALLEGATO 7 - PROPOSTA DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' IN <i>SMART-WORKING</i> .....		160
ALLEGATO 8 - LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN <i>SMART-WORKING</i> .....		160
ALLEGATO 9 - ORGANIGRAMMA.....		160
ALLEGATO 10 - PIANO FORMAZIONE AZIENDALE 2023-2024 .....		160

## INTRODUZIONE

I cambiamenti sociali e demografici, dovuti nell'ultimo periodo in primo luogo alla situazione epidemiologica emergenziale, hanno determinato un eccezionale fenomeno di riorganizzazione del lavoro attraverso interventi mirati al cambiamento generalizzato relativo alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa anche all'interno delle Aziende Sanitarie.

Tali cambiamenti sono volti alla predisposizione di misure caratterizzate da elasticità e flessibilità, allo scopo di favorire l'efficienza in termini di qualità del servizio pubblico e di assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori. La legge 6 agosto 2021, n. 113 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia) ha previsto l'introduzione del Piano integrato di attività e organizzazione (di seguito P.I.A.O.) quale strumento di programmazione e pianificazione unitario.

Il P.I.A.O. deve essere obbligatoriamente adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti al precipuo scopo di sostituire, mediante l'assorbimento in un unico documento di programmazione e *governance*, molti degli atti di pianificazione che fino ad oggi le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente e che si possono così riassumere:

- Piano della performance;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali;
- Piano delle azioni concrete;
- Piano delle azioni positive;
- Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- Piano dei fabbisogni del personale;
- Piano organizzativo del lavoro agile;
- Piano esecutivo di gestione.

Il Piano ha durata triennale e deve essere aggiornato annualmente.

## SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, costituita con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 8 dell'8/08/1994, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma1-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

L'Azienda ha sede legale in Roma Via Casal Bernocchi, 73, c.a.p. 00125, codice fiscale e partita I.V.A. 04733491007.

Il logo dell'Azienda, unico per tutte le Aziende del Sistema Sanitario del Lazio secondo le previsioni del Manuale di Identità Visiva delle ASL, è il seguente:



Il sito ufficiale Internet dell'Azienda è all'indirizzo web: [www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it).

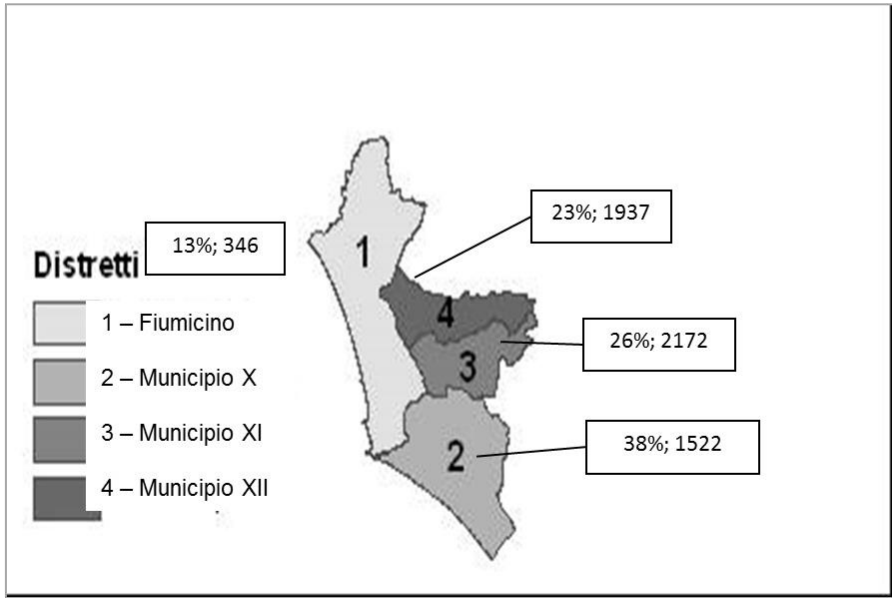
Sul sito l'Azienda, a norma dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/2009, assolve gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi e tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutte le risorse che concorrono allo svolgimento delle relative attività ed al perseguimento delle sue finalità istituzionali.

L'Azienda utilizza il patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei libricontabili, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del 2° comma, art. 5 D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda ha un ambito territoriale di 517 kmq. che corrisponde ai Municipi X – XI – XII del Comune di Roma e al territorio del Comune di Fiumicino. Ha un bacino d'utenza di 609.534 abitanti suddiviso in quattro Distretti, coincidenti con i citati Municipi del Comune di Roma e con il territorio del Comune di Fiumicino.



## SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 VALORE PUBBLICO

#### a) PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

(RISULTATI ATTESI IN TERMINI DI OBIETTIVI PROGRAMMATI IN COERENZA CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA)

Vengono illustrati i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi anni che rappresentano il punto di riferimento e di partenza per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano triennale 2023-2025

0/000

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Preconsuntivo 2022	Previsione 2023
A-Valore della produzione	1.047.776	1.089.225	1.142.895	1.098.500	1.108.334
B-Costi della produzione	1.040.756	1.078.051	1.140.543	1.133.249	1.159.871
<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>7.020</b>	<b>11.173</b>	<b>2.351.667</b>	<b>-34.749</b>	<b>-51.537</b>
C-Proventi e oneri finanziari	-3.605	-4.699	-3.179	-3.749	-3.610
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	5.121	2.426	10.191	-24	0
X-Risultato prima delle imposte	<b>8.536</b>	<b>8.901</b>	<b>9.363</b>	<b>-38.522</b>	<b>-55.147</b>
Y-Imposte e tasse	8.536	8.901	9.363	10.014	9.707
<b>Z-RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-48.536</b>	<b>-64.854</b>

La perdita stimata a preconsuntivo 2022 e a livello di previsione 2023 tiene conto dei maggiori costi covid 2022, della riduzione di quota pro capite rispetto al 2021, nonché dei maggiori costi di mobilità passiva e del piano assunzionale del personale.

La sottosezione Valore Pubblico rappresenta un'innovazione sostanziale rispetto alle altre sezioni del piano; esso richiama un concetto, peraltro proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020, DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, che rappresenta il catalizzatore degli sforzi programmatici dell'Azienda.

Per valore pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri portatori di interesse creato da un'amministrazione pubblica.

Per creare Valore Pubblico si sta procedendo a coinvolgere e motivare dirigenti e dipendenti, e migliorare le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti.

In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea attraverso la programmazione di obiettivi operativi specifici ( e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva,

temporale) e di obiettivi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, l'equilibrio di genere, la produzione di una comunicazione esterna ed interna, efficaci e funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

In tale contesto la ASL Roma 3 svolge la funzione pubblica di **tutela e promozione della salute** e la sua missione aziendale consiste nel **promuovere, mantenere e migliorare lo stato di salute, sia individuale che collettivo, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, garantendo l'accesso ai percorsi socio-sanitari e alle prestazioni ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza.**

I principi di efficacia, efficienza ed economicità rappresentano i valori fondanti dell'Azienda.

L'universalismo e l'equità, principi fondamentali del nostro servizio sanitario, sono recepiti dall'Azienda come premesse per una pari opportunità di accesso e di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini, capace di far fronte alle modificate esigenze sanitarie degli stessi, garantendo servizi personalizzati ad alto contenuto professionale.

L'Azienda assicura la propria missione grazie all'erogazione diretta di prestazioni da parte delle proprie strutture e attraverso l'erogazione di prestazioni da parte di professionisti convenzionati e di strutture pubbliche e private accreditate, con cui instaura specifici accordi.

L'Azienda concorre alla realizzazione della più vasta missione del servizio sanitario della Regione Lazio, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria, nelle forme previste dalla programmazione e dalla legislazione in accordo con gli enti locali. La specifica missione della ASL Roma 3 in quanto Azienda sanitaria territoriale è quella di garantire attivamente la promozione e la tutela della salute della popolazione di riferimento e si fonda:

- sulla centralità della persona;
- sull'universalità dell'assistenza ed equità di accesso dei servizi;
- sulla qualità e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni;
- su un sistema interno di regole, di procedure e di controlli;
- la presa in carico delle persone assistite anche attraverso strumenti innovativi quali le Case della Comunità (CdC) distinte in HUB e SPOKE, Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT e COA) e la Telemedicina;
- l'unitarietà degli interventi e la continuità assistenziale;
- la condivisione delle criticità e delle scelte organizzative attraverso il coordinamento e l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- lo sviluppo della sanità territoriale di prossimità e iniziativa;
- il miglioramento dell'efficienza erogativa;
- l'accessibilità e l'equità di risposta;
- la valutazione di qualità e di esiti

L'Azienda è un'organizzazione che gestisce in modo coordinato i processi assistenziali e organizzativi per la promozione e la tutela della salute attorno ai bisogni prioritari, alle legittime esigenze e alle aspettative dei cittadini, ottimizzando l'uso delle risorse, ponendo attenzione alla qualità, sviluppando e valorizzando le professionalità dei propri dipendenti, integrando strutture e professionisti esterni o accreditati.

Il sistema organizzativo dell'Azienda è orientato all'efficacia, all'efficienza, alla sicurezza e all'adeguatezza dei servizi offerti agli utenti rispetto alle loro attese e ai loro bisogni, mutevoli e differenziati, in un contesto di gestione razionale delle risorse disponibili.

L'Azienda tiene in debito conto le valutazioni espresse dai propri cittadini, considerandole un indispensabile contributo al miglioramento del governo clinico delle prestazioni.

L'Azienda si impegna all'uso ottimale delle risorse, nella consapevolezza del loro essere per definizione limitate rispetto a bisogni virtualmente illimitati.

L'Azienda, nel perseguimento dei propri obiettivi strategici, ritiene imprescindibile l'apporto di personale professionalmente preparato; è impegnata a qualificare sempre più le sue strutture, i suoi professionisti e i processi di erogazione dell'assistenza nei confronti dei cittadini.



L'Azienda si impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell'ambito della programmazione regionale e locale. A tal fine individua nella definizione di specifici accordi contrattuali il principale strumento di regolamentazione dei rapporti con i soggetti privati accreditati.

Al riguardo vengono, illustrati di seguito i risultati gestionali delle principali linee di attività per tipologia di assistenza. Il raffronto con i dati di produzione del 2021 non può e non vuole rappresentare l'andamento dei risultati, l'emergenza sanitaria ha completamente bloccato alcuni tipi di attività costringendo tutte le aziende sanitarie a orientare risorse e strumenti disponibili nel contrasto e nel contenimento dell'epidemia. Sembra opportuno però riportare il periodo particolare all'anno precedente, anche per comprendere meglio i temi sui quali orientarsi nel prossimo futuro.

## 1) Assistenza ospedaliera

RICOVERI TUTTI									
Tipologia	Istituto	Numero Dimessi				Valore Economico			
		2022	2021	Differenza assoluta	Differenza %	2022	2021	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB GRASSI	8.035	8.278	-243	-2,94	24.219.079,92	25.349.584,76	- 1.130.504,84	- 4,46
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	207	103	104	100,97	2.709.244,00	1.945.314,00	763.930,00	39,27
<b>Totale</b>		<b>8.242</b>	<b>8.381</b>	<b>-139</b>	<b>- 1,66</b>	<b>26.928.324</b>	<b>27.294.899</b>	<b>- 366.574,84</b>	<b>- 1,34</b>

RICOVERI DAY HOSPITAL-DAY SURGERY									
Tipologia	Istituto	Numero Dimessi				Valore Economico			
		2022	2021	Differenza assoluta	Differenza %	2022	2021	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB GRASSI	1.316	1.141	175	15,34	1.481.146,60	1.243.071,81	238.074,79	19,15
Unità Spinale	CPO	20	18	2	11,11	78.963,00	67.771,00	11.192,00	16,51
Riabilitazione		21	1	20	2.000,00	80.346,00	1.036,00	79.310,00	7.655,41

RICOVERI ORDINARI									
Tipologia	Istituto	Numero Dimessi				Valore Economico			
		2022	2021	Differenza assoluta	Differenza %	2022	2021	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB GRASSI	6.719	7.137	-418	-5,86	22.737.933,32	24.106.512,95	- 1.368.579,63	- 5,68
Unità Spinale	CPO	68	61	7	11,48	1.689.180,00	1.681.506,00	7.674,00	0,46
Riabilitazione		98	23	75	326,09	860.755,00	195.001,00	665.754,00	341,41

Fonte: flusso SIO validato da Regione.

La produzione 2022 è leggermente diminuita rispetto alla produzione 2021. La riduzione è parzialmente compensata dall'apertura a fine 2021 del reparto di riabilitazione cod. 56 presso il CPO.

Le tabelle che seguono sintetizzano gli accessi al Pronto Soccorso del PO GB Grassi negli anni 2022

DESCRIZIONE	B ARANCIONE	C AZZURRO	E BIANCO	5 NON ESEGUITO (solo per esito 6)	A ROSSO	D VERDE	Totale anno 2022
A domicilio	1.892	9.577	474	58	428	15.561	27.990
Deceduto in P.S.	41	28			99	5	173
Dimissione a strutture ambulatoriali	3	16				6	25
Giunto cadavere					6		6
Non risponde a chiamata	47	730	268	38	5	2.464	3.552
Paziente si allontana spontaneamente	138	401	45	3	60	709	1.356
Ricoverato	1.206	2.156	7	21	805	860	5.055
Rifiuta ricovero	325	996	2	1	97	466	1.887
Trasferimento a struttura territoriale (COVID)	1	4			1		6
Trasferito altro Ist	922	1.416	4	3	458	395	3.198
<b>Totali</b>	<b>4.575</b>	<b>15.324</b>	<b>800</b>	<b>124</b>	<b>1.959</b>	<b>20.466</b>	<b>43.248</b>

Il progressivo aumento delle persone che accedono in modo non programmato al Pronto soccorso, con una domanda sempre crescente di prestazioni sanitarie, ha reso necessario, a livello nazionale, rivedere le modalità organizzative utili a identificare le priorità di accesso alla visita medica.

Nel ridefinire la funzione di triage le nuove Linee di indirizzo nazionali si sono poste, infatti, come principale obiettivo quello di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente, oltre a garantire un sistema di triage infermieristico uniforme su tutto il territorio nazionale.

## 2) Assistenza territoriale

Come già indicato, l'attività Specialistica Ambulatoriale viene erogata nei diciassette presidi territoriali. Nella tabella di seguito sono messe a confronto le prestazioni degli Esercizi 2021 e 2022.

Distretto	2022		2021		Variazion e %	2022		2021		Variazion e %
	N. Prestazioni		N. Prestazioni			Valorizzazione teorica		Valorizzazione teorica		
Distretto Fiumicino	279.154	206.759	35,0	€ 1.480.854,47	€ 1.053.236,58	40,6				
Distretto 10	374.320	476.959	-21,5	€ 2.683.321,42	€ 2.738.670,85	-2,0				
Distretto 11	150.225	130.194	15,4	€ 1.119.758,76	€ 864.863,04	29,5				
Distretto 12	170.307	146.010	16,6	€ 1.040.120,94	€ 812.583,14	28,0				
PPOO	434.454	194.624	123,2	€ 5.770.865,80	€ 3.289.324,44	75,4				
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.408.460</b>	<b>1.154.546</b>	<b>22,0</b>	<b>€ 12.094.921,39</b>	<b>€ 8.758.678,05</b>	<b>38,1</b>				

Fonte: UOC ESIS.

Per una corretta analisi si ripubblicano i dati relativi agli anni 2020/2021 corretti rispetto al precedente PIAO

Distretto	N. 2021	Valore Teorico 2021	N. 2020	Valore teorico 2020	Diff. N.	Diff. Valore
Distretto Fiumicino	206.759	1.053.236,58	185.494	989.653,03	11,5	6,4
Distretto 10	476.959	2.738.670,85	411.602	2.401.071,90	15,9	14,1
Distretto 11	130.194	864.863,04	118.620	947.780,97	9,8	-8,7
Distretto 12	146.010	812.583,14	117.163	749.819,30	24,6	8,4
PPOO	194.624	3.289.324,44	298.026	3.395.188,82	-34,7	-3,1
<b>TOTALE</b>	<b>1.154.546</b>	<b>8.758.678,05</b>	<b>1.130.905</b>	<b>8.483.514,02</b>	<b>2,1</b>	<b>3,2</b>

Fonte: UOC ESIS.

Le tabelle successive descrivono il volume di prestazioni in dettaglio, specificando i riferimenti per Poliambulatorio e branca.

## Volumi di attività e valorizzazione economica (compresa attività APA-PAC), suddivisa per presidio

Tab . 1 - Volumi di attività e valorizzazione economica (compresa attività nei APA-PAC ) - per presidio - Anno 2022								
Distretto	PresPrinc	Nome	2022	2021	Variazione %	2022	2021	Variazione %
			N. Prestazioni			Valorizzazione teorica		
1	000901	Poliambulatorio Fregene	47.324	44.206	7,1	€ 184.706,88	€ 176.860,63	4,4
	001001	Poliambulatorio Palidoro	37.557	25.668	46,3	€ 151.064,27	€ 105.949,95	42,6
	001501	Poliambulatorio Fiumicino	194.273	136.885	41,9	€ 1.145.083,32	€ 770.426,00	48,6
<b>1 Totale</b>			<b>279.154</b>	<b>206.759</b>	<b>35,0</b>	<b>€ 1.480.854,47</b>	<b>€ 1.053.236,58</b>	<b>40,6</b>
2	000401	Poliambulatorio Paolini	27.353	19.634	39,3	€ 564.794,97	€ 391.641,08	44,2
	000501	Casa della Salute di Ostia	182.349	189.259	-3,7	€ 898.095,75	€ 898.929,34	-0,1
	000701	Poliambulatorio Acilia	56.082	168.534	-66,7	€ 667.651,15	€ 983.704,86	-32,1
	001701	Poliambulatorio Ostia Antica	108.536	99.532	9,0	€ 552.779,55	€ 464.395,57	19,0
<b>2 Totale</b>			<b>374.320</b>	<b>476.959</b>	<b>-21,5</b>	<b>€ 2.683.321,42</b>	<b>€ 2.738.670,85</b>	<b>-2,0</b>
3	910301	Poliambulatorio Di Ponte Galeria	47.490	39.008	21,7	€ 330.869,05	€ 249.420,00	32,7
	930600	Poliambulatorio Corviale	3.963	3.943	0,5	€ 69.990,17	€ 74.167,96	-5,6
	930800	Poliambulatorio Vaiano	98.772	87.243	13,2	€ 718.899,54	€ 541.275,08	32,8
<b>3 Totale</b>			<b>150.225</b>	<b>130.194</b>	<b>15,4</b>	<b>€ 1.119.758,76</b>	<b>€ 864.863,04</b>	<b>29,5</b>
4	070200	Poliambulatorio Ramazzini	75.463	61.946	21,8	€ 686.915,63	€ 502.536,15	36,7
	070601	Poliambulatorio Massimina	12.077	10.265	17,7	€ 40.134,33	€ 34.515,11	16,3
	071002	Poliambulatorio Consolata	42.879	42.838	0,1	€ 164.215,04	€ 158.462,73	3,6
	072001	Poliambulatorio Colle Massimo	39.888	30.961	28,8	€ 148.855,94	€ 117.069,15	27,2
<b>4 Totale</b>			<b>170.307</b>	<b>146.010</b>	<b>16,6</b>	<b>€ 1.040.120,94</b>	<b>€ 812.583,14</b>	<b>28,0</b>
PPOO	000101	Poliambulatorio G.B. Grassi	421.050	175.422	140,0	€ 5.528.822,21	€ 3.034.678,82	82,2
	000201	Poliambulatorio Cpo	13.404	19.202	-30,2	€ 242.043,59	€ 254.645,62	-4,9
<b>PPOO Totale</b>			<b>434.454</b>	<b>194.624</b>	<b>123,2</b>	<b>€ 5.770.865,80</b>	<b>€ 3.289.324,44</b>	<b>75,4</b>
<b>Totale complessivo</b>			<b>1.408.460</b>	<b>1.154.546</b>	<b>22,0</b>	<b>€ 12.094.921,39</b>	<b>€ 8.758.678,05</b>	<b>38,1</b>
<b>Prestazioni dialisi</b>								
			<b>N. Prestazioni</b>			<b>Valorizzazione Economica</b>		
PPOO	000101	Poliambulatorio G.B. Grassi	24.667	26.501	-6,9	€ 2.201.157,23	€ 1.561.223,18	41,0
	000201	Poliambulatorio Cpo	4.030	15.910	-74,7	€ 402.043,46	€ 1.048.669,72	-61,7
<b>PPOO Totale</b>			<b>28.697</b>	<b>42.411</b>	<b>-32,3</b>	<b>€ 2.603.200,69</b>	<b>€ 2.609.892,90</b>	<b>-0,3</b>

## Volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN nelle strutture pubbliche per branca specialistica)

**Tab.2 - Volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN) nelle strutture pubbliche per branca**

Anno 2022 - prestazioni SIAS per branca specialistica e valorizzazione economica

		Prestazioni in regime SNN					
Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	dialisi	Totale 2022	Totale 2021	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	1.175.684			1.175.684	961.594	22,3
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	9.251	2		9.253	7.213	28,3
08	Cardiologia	29.062	534		29.596	16.696	77,3
09	Chirurgia generale	2.272	154		2.426	2.832	-14,3
12	Chirurgia Plastica	1.223	32		1.255	1.689	-25,7
15	Medicina dello Sport		1.403		1.403	157	793,6
19	Endocrinologia	19.330	1.128		20.458	15.838	29,2
29	Nefrologia	2.290	20.442	28.697	51.429	66.471	-22,6
30	Neurochirurgia	2			2	20	-90,0
32	Neurologia	7.465			7.465	7.228	3,3
34	Oculistica	18.240	3.230		21.470	28.479	-24,6
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	7.481			7.481	7.593	-1,5
36	Ortopedia e Traumatologia	8.866	22		8.888	9.461	-6,1
37	Ostetricia e Ginecologia	6.005			6.005	4.871	23,3
38	Otorinolaringoiatria	10.704			10.704	7.125	50,2
40	Psichiatria	4.473			4.473	7.840	-42,9
43	Urologia	3.184			3.184	2.938	8,4
52	Dermosifilopatia	4.386	212		4.598	5.744	-20,0
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	4.768			4.768	1.215	292,4
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	6.792			6.792	1.990	241,3
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	38			38	70	-45,7
64	Oncologia	3.655			3.655	2.862	27,7
68	Pneumologia	7.756	73		7.829	5.918	32,3
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	28.965			28.965	18.247	58,7
79	Risonanza Magnetica	904			904	890	1,6
82	Anestesia	2.372			2.372	2.016	17,7
99	Altro	15.346	714		16.060	9.960	61,2
<b>Totale</b>		<b>1.380.514</b>	<b>27.946</b>	<b>28.697</b>	<b>1.437.157</b>	<b>1.196.957</b>	<b>20,1</b>

**Valorizzazione teorica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN) rese dalle strutture pubbliche, per branca specialistica**

Cod Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	Prestazioni in dialisi	2022	2021	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	€ 4.420.315,68			€ 4.420.315,68	€ 3.604.573,96	22,6
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	€ 398.407,75	€ 860,00		€ 399.267,75	€ 299.163,89	33,5
08	Cardiologia	€ 734.322,42	€ 19.088,47		€ 753.410,89	€ 390.419,33	93,0
09	Chirurgia generale	€ 55.689,41	€ 95.668,00		€ 151.357,41	€ 67.454,46	124,4
12	Chirurgia Plastica	€ 30.683,61	€ 6.900,00		€ 37.583,61	€ 29.702,66	26,5
15	Medicina dello Sport		€ 9.114,46		€ 9.114,46	€ 994,79	816,2
19	Endocrinologia	€ 332.675,50	€ 10.838,72		€ 343.514,22	€ 243.272,31	41,2
29	Nefrologia	€ 32.788,10	€ 173.933,71	€ 2.603.200,69	€ 2.809.922,50	€ 2.824.931,71	-0,5
30	Neurochirurgia	€ 206,58			€ 206,58	€ 1.549,40	-86,7
32	Neurologia	€ 118.975,20			€ 118.975,20	€ 110.344,60	7,8
34	Oculistica	€ 330.133,00	€ 2.088.137,00		€ 2.418.270,00	€ 1.385.959,65	74,5
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	€ 148.256,28			€ 148.256,28	€ 166.638,40	-11,0
36	Ortopedia e Traumatologia	€ 169.484,10	€ 11.112,00		€ 180.596,10	€ 185.589,54	-2,7
37	Ostetricia e Ginecologia	€ 140.259,39			€ 140.259,39	€ 116.303,13	20,6
38	Otorinolaringoiatria	€ 177.967,29			€ 177.967,29	€ 117.100,00	52,0
40	Psichiatria	€ 72.758,31			€ 72.758,31	€ 130.509,34	-44,3
43	Urologia	€ 61.309,15			€ 61.309,15	€ 57.810,30	6,1
52	Dermosifilopatia	€ 82.720,76	€ 38.050,00		€ 120.770,76	€ 123.088,10	-1,9
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	€ 52.467,71			€ 52.467,71	€ 14.900,53	252,1
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	€ 383.875,34			€ 383.875,34	€ 110.980,63	245,9
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	1079,58				1988,7	
64	Oncologia	€ 48.938,78			€ 48.938,78	€ 39.169,72	24,9
68	Pneumologia	€ 157.587,99	€ 721,70		€ 158.309,69	€ 107.535,41	47,2
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	€ 1.378.193,07			€ 1.378.193,07	€ 967.068,83	42,5
79	Risonanza Magnetica	€ 144.247,18			€ 144.247,18	€ 145.683,00	-1,0
82	Anestesia	€ 42.641,80			€ 42.641,80	€ 34.831,89	22,4
99	Altro	€ 122.544,63	€ 1.968,72		€ 124.513,35	€ 91.006,67	36,8
<b>Totale</b>		<b>€ 9.638.528,61</b>	<b>€ 2.456.392,78</b>	<b>€ 2.603.200,69</b>	<b>€ 14.698.122,08</b>	<b>€ 11.368.570,95</b>	<b>29,3</b>

Di seguito sono elencate le strutture, a gestione diretta, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale:

<b>Salute Mentale Adulti</b>				
<b>Attività Ambulatoriale/Domiciliare Distrettuale</b>				
CSM Comune Fiumicino - L.go Spinarelo				
CSM X Municipio - Ostia Acilia				
CSM XI Municipio - Via Portuense				
CSM XII Municipio - Via Giovagnoli				
<b>Attività Semi-Residenziale Distrettuale</b>				
Centro Diurno Comune Fiumicino				
Centro Diurno X Municipio "Tagaste"				
Centro Diurno XI Municipio "Arvalia" unificato con CD "Portuense" in data 11/3/2021				
Centro Diurno XI Municipio "Portuense"				
Centro Diurno XI Municipio ad Indirizzo Sportivo "Sport"				
Centro Diurno XII Municipio Riabilitativo "Monte verde"				
Centro Diurno XII Municipio Semiresidenziale "Giovagnoli"				
<b>Attività Residenziale h/24 Dipartimentale</b>		PP. LL.	2021	2022
Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa ad Alta Intensità XI Mun. "Corviale"			10	10
Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa estensiva XII Mun. "Catacombe di Generosa"			16	16
<b>Attività Ospedaliera Dipartimentale</b>		PP.LL.	2020	2022
<b>Degenza Ordinaria</b>				
SPDC c/o ASO S. Camillo – Forlanini			15*	15*
SPDC c/o H. G.B. Grassi Degenza			16	16
<b>Day-Hospital</b>				
SPDC c/o PO G.B. Grassi Day-Hospital			2	2
SPDC c/o ASO S. Camillo – Forlanini			4	4
<b>Salute Mentale Età Evolutiva</b>				
<b>Attività Ambulatoriale/Domiciliare Distrettuale</b>				
TSMREE Comune di Fiumicino				
TSMREE X Municipio Comune di Roma Ostia				
TSMREE X Municipio Comune di Roma Acilia				
TSMREE XI Municipio Comune di Roma Via Vaiano				
TSMREE XII Municipio Comune di Roma Via Colautti				
TSMREE Sanità Penitenziaria Minori Via V. Agnelli XII Municipio Comune di Roma				

NOTA \* Fonte dati NSIS - 2019 HSP 12 a cura di ASO San Camillo

Nella tabella che segue, sono invece descritti i dati di produzione.

	2021	2022
<b>Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Adulti</b>		
Prestazioni	68.744	70.680
Utenti Trattati	5.718	6.009
<b>Attività Semi-Residenziale SM Adulti</b>		
Accessi	8.959	10.289
Utenti Inseriti	293	326
<b>Attività Residenziale SM Adulti (Gestione Diretta)</b>		
Accessi	4.705*	7.525
Utenti Inseriti	27	28
<b>Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Età Evolutiva TSMREE</b>		
Prestazioni	33.319	36.031
Utenti Trattati	5.878	5.516
<b>Attività Ospedaliera</b>		
Ricoveri Ordinari SPDC Grassi	457	415
Ricoveri DH SPDC Grassi	0	19
Ricoveri Ordinari SPDC San Camillo	380	342
Ricoveri DH SPDC San Camillo	18	7

**\* valori parziali per mancato inserimento dei dati da parte della struttura SRSR "Corviale"**

Fonte Dati Sistema Informativo DSM a cura G. Venturi

Considerato il periodo di emergenza sanitaria, le linee di attività Ambulatoriale/domiciliare, Semiresidenziale, Residenziale sia come prestazioni/accessi che come utenti trattati hanno contenuto la riduzione sia dei pazienti presi in carico che delle prestazioni erogate.

Tale riduzione è stata, per quanto possibile, compensata, dall'implementazione della telemedicina anche in quest'area di attività.



Stante il carattere sintetico della presente relazione, si è preferito selezionare solo alcuni dati di produzione del Dipartimento di Prevenzione quali quelli inerenti alle vaccinazioni e allo screening oncologico.

<b>Immunoprofilassi - Ambulatori vaccinali - Anno 2022</b>											
<b>Prestazione</b>	<b>Descrizione prestazione</b>	<b>FIUMICINO</b>		<b>X</b>		<b>XI</b>		<b>XII</b>		<b>Totale</b>	
		2021	<b>2022</b>	2021	<b>2022</b>	2021	<b>2022</b>	2021	<b>2022</b>	2021	<b>2022</b>
<b>vaccinazioni obbligatorie e raccomandate</b>	Tot. soggetti vaccinati	13.010	<b>8.128</b>	25.961	<b>19.633</b>	13.190	<b>10.248</b>	10.761	<b>7.822</b>	62.922	<b>45.831</b>
	N. dosi vaccinazioni totali	20.840	<b>18.102</b>	39.957	<b>35.474</b>	20.238	<b>18.910</b>	17.439	<b>15.256</b>	98.474	<b>87.742</b>
	di cui n. dosi di vaccino MPR	1.693	<b>1.521</b>	3.622	<b>2.959</b>	1.890	<b>1602</b>	1.662	<b>1468</b>	8.867	<b>7.550</b>
	di cui n. dosi di vaccino HPV	1.928	<b>1.873</b>	4.987	<b>4.509</b>	2.343	<b>2370</b>	2.304	<b>2372</b>	11.562	<b>11.124</b>
<b>campagna antinfluenzale</b>	numero vaccinati nei centri vaccinali	806	<b>724</b>	1.383	<b>1.221</b>	1.102	<b>1087</b>	352	<b>93</b>	3.643	<b>3.125</b>
<b>campagna anti pneumococcica</b>	numero vaccinati nei centri vaccinali	869	<b>872</b>	1.119	<b>1.113</b>	721	<b>699</b>	529	<b>585</b>	3.238	<b>3.269</b>
<b>interventi vaccinali su comunità chiuse</b>	N. dosi di vaccino somministrate	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	4	<b>0</b>	0	<b>0</b>	n.d.	<b>1.115</b>
<b>Intradermoreazione di Mantoux</b>	numero utenti	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	<b>50</b>
<b>Registrazione certificati vaccinali di altra ASL/Regione</b>	numero vaccinazioni registrate	712	<b>745</b>	1.106	<b>1.080</b>	1.018	<b>1.031</b>	481	<b>492</b>	3.317	<b>3.348</b>

I dati non ancora consolidati, relativi alle coorti vaccinali, risultano rispettati. Si osserva una riduzione delle prestazioni relative alle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Tale fenomeno è causato da una riduzione della natalità. Nel corso dell'anno la riduzione di personale ha compresso gli slot di prenotazione disponibili.

A partire dal secondo semestre sono state immesse quattro nuove unità di personale medico; nell'ultimo trimestre sono state riorganizzate le modalità di erogazione delle prestazioni con un beneficio significativo in termini di disponibilità dell'offerta.

Si procede quindi ad osservare i dati sull'attività di screening oncologico.

#### Screening Mammografico

ANNO	2020	2021	2022
<b>Popolazione target annua</b>	<b>43.811</b>	<b>44.093</b>	<b>45.807</b>
Donne invitate grezze	39.661	45.138	54.065
Spontanee	1.279	2.792	6.142
Donne invitate totali (coinvolte)	40.940	47.930	60.207
Solleciti inviati	1.530	1.535	20.991
Totale inviti ritornati	499	347	2125
Totale escluse dopo l'invito*	1.117	1.534	1.432
Donne invitate **	39.186	43.257	44.366
Donne coinvolte***	40.940	46.049	50.508
<b>Estensione****</b>	<b>92,3%</b>	<b>104,4%</b>	<b>118%</b>
Donne rispondenti totali:	11.159	17.006	17.650
<b>Adesione*****</b>	<b>28,0%</b>	<b>39,3%</b>	<b>39,8%</b>
Donne inviate al 2° livello	1.450	1.459	1.728

#### Screening Citologico

ANNO	2020	2021	2022
<b>popolazione target annua</b>	<b>56.407</b>	<b>56.515</b>	<b>39.811</b>
Donne invitate grezze	49.565	57.396	51.401
Spontanee	4.142	3.912	6.610
Totale invitate (coinvolte)	53.707	61.308	58.011
Solleciti inviati	10.436	1.634	9.722
Totale inviti ritornati	499	1.418	2.529
Totale escluse dopo l'invito*	1.117	1.491	1.200
Donne invitate **	49.133	54.487	42.173
Donne coinvolte***	53.707	58.399	48.783
<b>Estensione ****</b>	<b>94,3%</b>	<b>103,3%</b>	<b>123%</b>
Donne rispondenti totali di cui:	8.502	14.634	11.675
<b>Adesione *****</b>	<b>16,0%</b>	<b>26,8%</b>	<b>27,7%</b>
Pap test totali	8.509	14.634	11.675
Pap test inadeguati	?	97	18
Donne inviate al 2° livello	2.352	1.360	1.979

## Screening del Tumore del Colon-retto

ANNO	2020	2021	2022
<b>Popolazione target annua</b>	<b>98.416</b>	<b>98.876</b>	<b>101.940</b>
Popolazione invitata grezza	84.148	91.514	111.433
Popolazione maschile grezza	45.769	40.758	50.721
Popolazione femminile grezza	52.647	50.756	60.712
Spontanei	847	2.479	6.768
Totale invitati (coinvolti)	84.995	93.993	118.201
Solleciti	23.684	1.131	18.749
Totale inviti ritornati	817	1.052	2.333
Totale esclusi dopo l'invito*	1.223	848	548
Invitati **	84.012	89.614	101.784
Coinvolti***	84.995	92.093	108.552
Estensione****	<b>85,5%</b>	<b>99,2%</b>	<b>109%</b>
Rispondenti totali:	11.527	18.527	15.940
Adesione*****	<b>14,0%</b>	<b>20,7%</b>	<b>15,7%</b>
Inviati al 2° livello	2.187	1.671	839

L'attività ha risentito indubbiamente del blocco delle attività dovute al lockdown anche se negli ultimi tre mesi dell'anno, ci si è impegnati a recuperare moltissime prestazioni non effettuate. La situazione dell'Azienda riflette, purtroppo, una condizione più generale.

## b) ACCESSIBILITA' ALLE AMMINISTRAZIONI PER I CITTADINI ULTRASessantacinquenni E DEI CITTADINI CON DISABILITA'

### UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP), afferisce alla Unità Operativa Comunicazione, ed è il luogo d'incontro dedicato dell'Azienda con i cittadini. Esso è un servizio ma anche una modalità di comunicazione e relazione funzionale riconoscendo valore al diritto degli utenti/cittadini ad essere informati e ascoltati. Il servizio URP, infatti, promuove la partecipazione dei suoi cittadini al fine di migliorare la qualità dei servizi resi e delle prestazioni erogate dall'Azienda.

Nel pieno rispetto dei principi di trasparenza e valorizzando la centralità del rapporto fra il cittadino e l'Azienda Sanitaria, assicura l'informazione chiara riguardo ai servizi, alle attività e alle corrette procedure di accesso alle prestazioni e ai percorsi a tutti i livelli di assistenza: orientamento, accompagnamento, promozione ed educazione alla salute, prevenzione, diagnosi, assistenza, cura e riabilitazione.

Nello specifico, il cittadino può rivolgersi all'URP per ogni esigenza informativa, ma anche per essere ascoltato, presentare e formalizzare segnalazioni, reclami ed elogi. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in sintesi, è l'intermediario e mediatore privilegiato nel dialogo con i cittadini; il suo compito è quello di **aiutare le persone nel rappresentare** le inefficienze che incidono sulla qualità dell'assistenza e **di agevolare** le conseguenti azioni correttive da parte dei Servizi. L'accoglienza dei cittadini è in presenza, via telematica e via telefono con numeri dedicati del servizio.

In particolare assicura l'accessibilità ai suoi servizi a tutti i cittadini, con particolare riguardo alla popolazione di età avanzata, come ad esempio gli ultrasessantacinquenni che necessitano di servizi di prossimità o di un'assistenza telefonica dedicata, che viene garantita dal ricevimento telefonico degli operatori dell'Urp e da quelli dei Numeri verdi dedicati, ovvero dal Numero verde informazioni 800018972, attivo dal lunedì al venerdì feriali dalle ore 08:00 alle ore 18:00 e dal Numero verde vaccinazioni 800605040, attivo dal lunedì al venerdì feriali dalle ore 08:00 alle ore 18:00.

### Tutela dei Cittadini: SEGNALAZIONI

L'Azienda Asl Roma 3, nel garantire i diritti di partecipazione e tutela dei cittadini, **favorisce l'accoglimento di reclami, richiesta di informazioni, elogi, suggerimenti, proposte**, tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ne gestisce la trattazione secondo quanto disposto dal Regolamento di Pubblica Tutela.

### FUNZIONI

Le funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) sono:

1. **Ascoltare** i cittadini/utenti e **favorire la partecipazione sociale**.
2. **Raccogliere**, classificare, schedare ed archiviare i **reclami** e le **segnalazioni** che vengono presentate dai cittadini (direttamente o per tramite di Organismi di rappresentanza e tutela) nel rispetto delle disposizioni previste nel D.lgs. 196/03, inserendole anche in una banca dati informatizzata.
3. **Inviare il reclamo al Responsabile del Servizio interessato**, in modo che possa provvedere: - ad **effettuare l'indagine** interna in merito ai singoli aspetti oggetto del reclamo, alle misure e ai tempi necessari per la rimozione/risoluzione di quanto segnalato;
4. **a fornire**, a conclusione dell'indagine, **ogni elemento utile a rendere opportuno riscontro** alla persona o Organismi di rappresentanza e tutela che ha presentato il reclamo o la segnalazione, attraverso la formulazione e l'invio di una risposta, a firma del Dirigente dell'Urp e della Direzione aziendale.
5. **Informare**, entro **3 giorni dal ricevimento**, la persona, che ha presentato il reclamo o la segnalazione - inviando anche una informativa sulla privacy - **sull'avvenuta ricezione e sull'avvio dell'indagine**.
6. **Vigilare sullo stato di avanzamento dell'istruttoria**, in modo che siano rispettati i tempi previsti per la risposta definitiva, sollecitando eventualmente il Servizio in caso di ritardo.

## SITO WEB, PER TUTTI

L'accessibilità all'Azienda è garantita a tutti i cittadini ed è permessa, in primo luogo, attraverso il sito web aziendale [www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it).

Per favorire questi utenti, l'Azienda si è adoperata per rendere il sito fruibile a tutti; infatti, saranno adottati degli accorgimenti che i progettisti (web designer e programmatori) applicheranno, cercando di rendere compatibile il codice html con i programmi ed i softwares di supporto specifico ed assistivo (screen readers, tastiera braille ecc.). Per tale motivo, sarà inserita sul sito aziendale un'icona (in basso a destra) che permetterà l'accesso immediato e semplificato per una vasta gamma di disabilità. Di seguito si rappresentano le azioni migliorative per l'accessibilità al sito aziendale. L'accessibilità all'Azienda è garantita a tutti i cittadini ed è permessa, in primo luogo, attraverso il sito web aziendale [www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it).

Per quanto riguarda le politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, volte ad assicurare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili anche da parte di coloro che, a causa di disabilità o dell'età (ultrasessantacinquenni), necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari l'Azienda ha posto particolare attenzione all'accessibilità del sito WEB, in piena aderenza alle normative europee, nazionali ed in linea con gli standard WCAG 2.1. L'Azienda si è adoperata nell'utilizzo in licenza di un Software SaaS che utilizza l'intelligenza artificiale per rendere il sito web aziendale fruibile a tutti; infatti, saranno adottati degli accorgimenti che i progettisti (web designer e programmatori) applicheranno, cercando di rendere compatibile il codice html con i programmi ed i softwares di supporto specifico ed assistivo (screen readers, tastiera braille ecc.). Per tale motivo, sarà inserito sul sito aziendale un'icona (in basso a destra) che permetterà l'accesso immediato e semplificato per una vasta gamma di disabilità. Di seguito si rappresentano le azioni migliorative per l'accessibilità al sito aziendale.

### CECITÀ

Gli utenti non vedenti usano lo screen reader, che utilizza l'apprendimento automatico per scansionare, analizzare e interpretare ogni elemento della pagina in modo che legge ad alta voce ciò che è sullo schermo. Ciò consente agli utenti non vedenti di navigare nel sito in modo accurato. Menu a discesa, moduli, popup, icone e pulsanti sono tutti inclusi nel processo. Inoltre, utilizza la visione artificiale per fornire descrizioni accurate per le immagini.

### DISTURBI VISIVI

Il sito web è in molte sfumature, colori e dimensioni. Per le persone con disabilità visive, la combinazione di colori o la dimensione/forma del carattere sbagliata può rendere difficile la visualizzazione dei contenuti del sito web. I disturbi visivi comuni includono visione offuscata, daltonismo e glaucoma. Gli utenti possono regolare il design e l'interfaccia utente del sito in base alle loro esigenze specifiche. Le regolazioni includono regolazioni del contenuto come ridimensionamento, ridimensionamento e spaziatura del testo, regolazioni del colore come saturazione e contrasto e regolazioni dell'orientamento come cursore ingrandito e titoli enfattizzati

### DISTURBI COGNITIVI

Le persone con disabilità cognitive hanno alcune limitazioni nelle funzionalità mentali che possono influenzare il modo in cui il contenuto del sito web viene percepito e compreso. Ad esempio, lo slang e le abbreviazioni possono creare confusione per le persone con disabilità cognitive.

Senza il contesto appropriato o gli adattamenti dell'orientamento, il contesto potrebbe essere frainteso e (spazio) portare ad azioni errate. Affinché le persone con disabilità cognitive possano acquisire un contesto appropriato dei contenuti e degli elementi del sito web, l'interfaccia di accessibilità include un dizionario integrato per definizioni e riferimenti rapidi. Tale interfaccia consente agli utenti di attivare regolazioni che evidenziano collegamenti ed elementi importanti. Infine è possibile scegliere il profilo "*Disabilità cognitive*" per attivare simultaneamente tutti questi aggiustamenti.

### DISTURBI MOTORI

Le menomazioni fisiche e motorie sono definite dall'incapacità di utilizzare un mouse. Fortunatamente, una tastiera può fare tutto ciò che un mouse può fare e altro ancora. Infatti, si renderà il sito web completamente navigabile da tastiera, attraverso un motore per la comprensione contestuale che apporta le modifiche necessarie in tutto il codice del sito web, permette di utilizzare i tasti per fare qualsiasi cosa, dalla chiusura di *popup* e moduli all'apertura di menu a discesa e semplici menu.

## EPILESSIA

All'interno dell'interfaccia di accessibilità, gli utenti epilettici possono facilmente trovare un profilo "Seizure Safe" che bloccherà simultaneamente qualsiasi GIF lampeggiante, animazioni, video o patternche potrebbero innescare persone con epilessia fotosensibile. Esistono anche aggiustamenti individualiper modifiche singolari.

La Carta dei Servizi per chi non è digitalizzato

L'Asl Roma 3 al fine di permettere l'accesso delle informazioni a tutti i cittadini/utenti residenti e non, sul proprio territorio e, in particolare, per i cittadini ultrasessantacinquenni, prevede delle forme di comunicazione diversificate rispetto a quella principale rappresentata dal Sito aziendale.

Una di queste è la Carta dei Servizi. Quest'ultima, al fine di migliorare la qualità e la modalità comunicativa delle informazioni di interesse rese ai cittadini sarà pubblicata sul sito aziendale, in formato elettronico scaricabile e, soprattutto redatta in formato cartaceo, permette di favorire e promuovere il miglioramento del processo di interazione tra l'Azienda e gli utenti, fornendo tutte le notizie su attività e servizi sanitari.

Nella Carta dei Servizi, documento stampato e diffuso in tutti i Presidi dell'Azienda, è indicata oltre la *mission* che si è proposta, anche i principi guida a cui si ispira la ASL Roma 3; al riguardo la stessa si impegna ad adottare elevati standard di qualità nell'organizzazione e nella gestione dei servizi e delle prestazioni erogate alle cittadine e ai cittadini.

Rispetto ai servizi erogati, l'Azienda si impegna a porre cura e attenzione particolare: agli aspetti relazionali, ai tempi prospettati, agli aspetti di comfort alberghiero, a ciò che concerne le strutture e la logistica, agli aspetti burocratici e amministrativi e alla dimensione relazionale che riguarda la tutela e l'ascolto dei cittadini.

Per rispettare gli impegni prefissati, l'Azienda ha identificato indicatori che consentono di verificare gli standard qualitativi offerti. L'intento è rendere i cittadini partecipi del processo di miglioramento continuo dei servizi offerti, confrontando la qualità progettata con quella percepita.

Infine per ovviare alla variabilità di alcune informazioni rese dal documento cartaceo sarà prevista la possibilità di suddividere in differenti tirature la Carta dei Servizi al fine di poter garantire, nei 6 e/o 12 mesi, l'intervento per operare eventuali modifiche necessarie di aggiornamento notizie tra un'edizione e l'altra.

### c) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

In questa sezione viene presentata l'attività svolta e quella programmata ai fini della semplificazione e della reingegnerizzazione dei processi e delle procedure sulla base della consultazione degli utenti, nonché le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte degli utenti. Tra le attività propedeutiche alla reingegnerizzazione dei processi e delle procedure informatiche, al fine di garantire il miglioramento della qualità e della trasparenza delle attività amministrative e dei collegamenti, come richiesto dal PIAO, tutelando nel contempo il trattamento dei dati personali, l'Azienda si è dotata del "**disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti Informatici e telematici, Internet e Posta elettronica**" (di seguito detto **Disciplinare**\_Allegato1).

Il suddetto Disciplinare nasce dall'esigenza dell'Azienda di innalzare e rafforzare la tutela e la protezione dei dati personali dei propri dipendenti e dei cittadini che usufruiscono dei servizi erogati dall'Azienda stessa come previsto dalle Misure Minime per la Sicurezza Informatica della Pubblica Amministrazione (CIRCOLARE AGID 18 aprile 2017, n. 2/2017) e la definitiva applicazione del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (GDPR\_General Data Protection Regulation).

Premesso che i comportamenti che normalmente si adottano nell'ambito di un rapporto di lavoro, tra i quali rientrano l'utilizzo delle risorse informatiche e telematiche, devono sempre ispirarsi al principio di diligenza e correttezza, l'Azienda, per mezzo del succitato Disciplinare, intende evitare che condotte inconsapevoli possano innescare problemi o minacce alla sicurezza dei dati o delle attrezzature aziendali.

Un uso dei device nonché dei servizi di accesso alle rete aziendale o alla rete internet (di seguito Internet), alle applicazioni aziendali e/o della posta elettronica difforme dalle regole contenute nel Disciplinare in questione potrebbe esporre l'Azienda ad un incremento della minaccia di accessi non autorizzati ai dati e/o al sistema informatico aziendale, furti o divulgazioni di informazioni riservate nonché furti o danneggiamenti del sistema informatico e/o

malfunzionamenti in generale dell'intero sistema informatico.

L'Azienda Sanitaria Asl Roma 3 opera in modo tale che ogni trattamento di dati personali avvenga nel rispetto di principi tra cui il principio di *necessità*, secondo cui i sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l'utilizzo di dati personali e di dati identificativi in relazione alle finalità perseguite.

- Inoltre il Disciplinare ha inteso perseguire lo sviluppo del processo di consapevolezza e attenzione ai rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie, fungendo da strumento di formazione / informazione e trasparenza / adeguamento del comportamento degli utenti stabilendo tra le altre le: regole per il corretto utilizzo dei dispositivi aziendali (pc, tablet, memorie esterne, smartphone, altri dispositivi elettronici e relativi profili di responsabilità);
- regole per la corretta gestione delle credenziali e delle password;
- misure per il corretto utilizzo della rete aziendale e modalità di accesso alla VPN;
- misure per la corretta navigazione in Internet;
- misure per il corretto uso della posta elettronica;
- modalità e misure di controllo.
- Tra le tecnologie atte al raggiungimento degli obiettivi di semplificazione e digitalizzazione, di seguito vengono richiamati alcuni Software/ applicativi, che costituiscono strumenti generali al servizio delle finalità di legalità e trasparenza, idonei a garantire certezza nella documentazione delle attività sia con riferimento alla data e al testo documentale che alle responsabilità dei soggetti interessati ai diversi percorsi tecnico-amministrativo:
  
- Sharepoint Online: per la gestione e condivisione dei documenti informatici in modalità cloud e di cooperazione. Tale soluzione, oltre a gestire il versioning dei file, consente di tracciare l'autore delle modifiche;
- Teams: strumento di produttività per effettuare videoconferenze e condividere documenti e informazioni;
- Software per l'accessibilità al sito Web aziendale per le categorie protette;
- Tecnologie IVR (Interactive Voice Response);
- Protocollo informatico;
- Iter per l'adozione delle deliberazioni e determinazioni dirigenziali nonché albo pretorio;
- Iter di gestione del ciclo passivo per l'acquisto beni e dei servizi e per la registrazione e liquidazione delle fatture;
- Software per elaborazione dei DRG;
- Software applicativo da utilizzare per la gestione delle Vaccinazioni.

Inoltre, in applicazione del principio del "miglioramento continuo", l'Azienda prevede:

- la programmazione di specifici **corsi di formazione informatici** con obiettivo di ampliare le competenze professionali del personale aziendale sul piano informatico e digitale,
- il potenziamento dell'infrastruttura di **sicurezza informatica** (ossia dell'insieme dei mezzi, delle tecnologie e delle procedure tesi alla protezione dei sistemi informatici);
- l'accrescimento dell'utilizzo di tecnologie IVR (meglio dettagliata nella sez Performance – Obiettivi di Semplificazione);
- l'attivazione di ulteriori strumenti quali la cartella clinica Elettronica (meglio dettagliata nella sez Performance - Obiettivi di Digitalizzazione);
- l'incremento di strumenti di Telemedicina (meglio dettagliato nella sez Performance - Obiettivi di Digitalizzazione);
- la promozione di gruppi di lavoro per l'attivazione di progetti di semplificazione dei procedimenti amministrativi;
- un sempre più esteso utilizzo delle Piattaforme abilitanti condivise a livello nazionale dalle PA così come raccomandato da AgID;
- mappatura dei rischi e degli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche;
- l'implementazione di sistemi di supporto agli assistiti e visitatori come ad esempio sportelli automatici,

totem multifunzione, sistemi di accoglienza e tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.

- l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero previsti nel Piano Sanitario e finanziati con i fondi del PNRR.

#### d) OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO ED INCREMENTO EL BENESSERE ECONOMICO, SOCIALE, EDUCATIVO, ASSISTENZIALE, AMBIENTALE

La gestione dell'emergenza sanitaria, con momenti alternati di contrazione indotta delle attività seguiti da momenti di recupero delle prestazioni non erogate, si è verificata in un momento di cambiamento organizzativo dell'azienda finalizzato al miglioramento degli indicatori della griglia LEA, al decongestionamento del Pronto Soccorso, al potenziamento dell'attività territoriale sia in termini di presa in carico precoce sia in termini di integrazione con l'ospedale.

Infatti, sono state programmate numerose azioni per rafforzare i servizi territoriali in termini di organizzazione, integrazione ospedale territorio e sviluppo della telemedicina, tra le quali, in primo luogo, la capacità di contenere/ridurre la richiesta di accesso alle cure ospedaliere garantendo una presa in carico ed una assistenza h24 agita da remoto. Tali azioni si sono rivelate ancor più necessarie nell'attuale fase emergenziale. Infatti, il valore del sistema territorio ha dimostrato chiaramente che un sistema ospedalocentrico fallisce se non è affiancato da un territorio forte. È stato necessario, quindi, potenziare l'offerta di servizi assistenziali correlati alle attività domiciliari e i volumi dell'attività ADI per l'anno 2022.

*Punti di forza della gestione straordinaria dell'anno 2022 sono stati rappresentati da:*

- Potenziamento del personale per il recupero delle prestazioni di screening e di specialistica ambulatoriale non erogate nel periodo di contenimento sociale;
- Si è registrato un aumento di utenza presa in carico nei consultori, grazie alla ripresa di tutte le attività ginecologiche, psicologiche, pediatriche sanitarie ostetriche e sociali;
- Implementazione sistema di contabilità analitica, al riguardo si è infatti provveduto a valorizzare le prestazioni per i residenti fuori ASL con conseguente distinzione tra ricavi reali e figurativi, migliorare il flusso relativo alle prestazioni per interni del Laboratorio Analisi e della diagnostica, migliorare il flusso relativo alla gestione degli stipendi del personale dipendente, diminuire significativamente la squadratura Co.GE. Co.An, trasmissione del CE di Reparto a tutti i negozianti.
- Si è dato seguito ai progetti relativi agli interventi di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 relativi a quanto indicato nel PNRR
- Decongestionamento del Pronto Soccorso attraverso il potenziamento dell'attività territoriale sia in termini di presa in carico precoce sia in termini di integrazione territorio-ospedale e sviluppo della telemedicina; a tal fine è stato approvato un piano esecutivo la cui efficacia sarà piena nel 2023.
- Capacità di contenere/ridurre la richiesta di accesso alle cure ospedaliere garantendo una presa in carico ed un'assistenza h24 agita da remoto;
- Avvio del progetto legato alla gestione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza), con l'avvio di un software di monitoraggio delle attività e del rispetto delle linee guida aziendali.
- Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali;



- Con deliberazione n. 688 del 25 luglio 2022, l'azienda ha adottato il Piano Regionale Integrato (di cui alla DGR n. 1005 del 30/12/2021) prevedendo la realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A) e 5 Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT-D) che opereranno in stretto raccordo e coordinamento tra di loro;
- Con deliberazione n. 11866 del 14/12/2022 è stato adottato il Regolamento attuativo-la Centrale Operativa Territoriale (COT-A) nel quale sono precisate le funzioni della stessa e gli ambiti di attività e competenza;
- Progetti per aumentare la copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente e per garantire la copertura (presa in carico) in assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale, che hanno comportato un lieve miglioramento dei parametri di presa in carico;
- Realizzazione e ampliamento **Terapia Intensiva** con l'aggiunta di 9 pl ;

Inoltre con riferimento sempre al PNRR, nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 " Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale sostiene gli investimenti volti a realizzare la capacità di erogazione dei servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari.

In tale direzione le Centrali Operative Territoriali hanno la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, socio-sanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure

Con riferimento, invece, alla programmazione ordinaria, La Asl ROMA 3, in coerenza con i propri punti di forza intende continuare a:

- implementare le attività di integrazione ospedale territorio;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva e incrementare l'utilizzazione della ricetta dematerializzata soprattutto nel setting ospedaliero e della specialistica ambulatoriale;
- reingegnerizzare i distretti;
- garantire i tempi delle liste di attesa per le prestazioni di cui al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa e il recupero della capacità produttiva antecedente il periodo pandemico.
- rispettare gli standard dell'assistenza ospedaliera e territoriale con mantenimento di standard di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa per diverse aree cliniche, quali l'area cardiovascolare, osteomuscolare, ginecologica e oncologica;
- Proseguire le attività finalizzate alla riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- Valutare gli esiti: Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni;
- valutazione degli esiti: Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario;

- sostenere il Piano regionale cronicità: conseguire un miglioramento degli indicatori ricompresi nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento agli indicatori dell'ambito distrettuale e dell'ambito finalizzato al monitoraggio di processo dei PDTA di malattie croniche;
- rispettare i tassi copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto
- verifica ed analisi di scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento Ob. 1.1 della Deliberazione Regionale 1111/2022.
- proseguire nel processo finalizzato alla riduzione dei tempi di liquidazione.
- avviare una nuova analisi dello Stock di debito, bloccato e non liquidato.
- Implementare del Sistema di Contabilità Analitica e della cultura, anche in ambito sanitario della consapevolezza dell'uso delle risorse e degli outcome prodotti.
- proseguire il Percorso attuativo della Certificabilità (PAC);
- rispettare i tempi delle richieste di adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali (piano dei conti, piano dei fattori produttivi, anagrafica regionale farmaci e dispositivi)
- rispettare i tempi, efficacia e partecipazioni dei delegati alle commissioni di gara istituite dalla Centrale Acquisti Regionale
- attuare il processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 PNRR in riferimento all'Ob. 4.1 della Delibera Regionale 762/2021
- adeguare le indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica. Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici.

## 2.2 ALBERO DELLA PERFORMANCE ASL ROMA 3

La ASL ROMA 3 ha progettato il proprio albero delle performance che rappresenta i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'amministrazione. In altri termini dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

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

Agli obiettivi operativi vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La Mission aziendale è suddivisa nei seguenti obiettivi strategici, da cui si declina l'albero delle performance con i relativi indicatori di sistema:

1. Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo;
2. Appropriatelyzza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza;
3. Economico Finanziari;
4. Governo Clinico;
5. Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza;
6. Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR.

Gli obiettivi specifici per il triennio individuati dalle 6 Aree strategiche sono concettualmente suddivisi in:

- I. Obiettivi di sistema: implementati dalla Regione Lazio ed assegnati ai direttori generali sono obiettivi istituzionali che vengono assegnati ai dipartimenti e concorrono alla valutazione individuale dei dirigenti medici e alla valutazione degli incarichi della dirigenza e del comparto.
- II. Obiettivi generali strategici aziendali che concorrono alla valutazione dei professionisti e dei team:

<b>CODICE OBIETTIVO</b>	<b>AREA</b>	<b>OBIETTIVO STRATEGICO</b>	<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>FONTI DATI</b>	<b>UNITA' DI MISURA</b>	<b>ATTESO (100%)</b>	<b>MINIMO (0%)</b>
1.1.1	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Adempimenti amministrativi: contrattualizzazione gare	<b>Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglia</b>	Monitoraggio mensile del n. dei contratti da sottoscrivere con le Società aggiudicatrici delle gare d'appalto. Raggiungimento del risultato: media % sottoscrizione n. contratti 2022 entro 30/06 + % sottoscrizione n. contratti 2023 aggiudicati entro il 30/06.	<b>Relazioni mensili a DA CdG</b>	%	<b>90</b>	80
1.1.2	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Adempimenti amministrativi: piano gare	<b>Monitoraggio tempistiche piano gare</b>	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2024/25 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2023	<b>Ishare doc</b>	gg	<b>0</b>	30
1.1.3	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Adempimenti amministrativi: piano gare	<b>Rispetto delle tempistiche piano gare</b>	N. Gare svolte secondo cronoprogramma / gare non svolte	<b>Trasmissione quadrimestrale e report a DA e CdG</b>	%	<b>80</b>	60
1.1.4	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Adempimenti amministrativi: contratti	<b>Rinnovo dei contratti dell' Area ICT 30 gg prima della scadenza</b>	N. Contratti rinnovati dopo la scadenza / numero contratti rinnovati	<b>Relazioni mensili a DA CdG</b>	%	<b>100</b>	95
1.10.1	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Flussi informativi: analisi dei dati di produzione	<b>Implementazione/ripristino sistema di Reporting su sito intranet.</b>	Pubblicazioni su sito intranet di reportistica trimestrale entro 15/05,15/09, 15/11/2023	<b>Report al CDG e DS</b>	N	<b>3</b>	3
1.11.1	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Flussi informativi: analisi dei dati di produzione	<b>Predisporre pubblicazioni relative all'andamento della produzione</b>	elaborare 4 relazioni entro 30/04/2023,31/07/2023,31/10/2023,31/01/2024	<b>Trasmissione nota a DG,DS,DA,</b>	N	<b>4</b>	4
1.12.1	<b>Adempimenti amministrativi,</b>	Flussi informativi:	<b>Corretta gestione degli eseguiti</b>	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	<b>SISMED</b>	%	<b>90</b>	70

	sanitari e di carattere informativo	digitalizzazione dei processi						
1.13.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi: Invio flusso Dispositivi Medici	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Corretto invio del flusso, scarti inferiori al 5%	SIGES	%	95	90
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	gg	30	30
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	gg	30	60
1.15.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Approvazione nuovo regolamento relativo alla concessione dei benefici per motivi di studio ai dipendenti del comparto	Approvazione delibera entro il 30/09/2023	Ishare doc	gg	0	30
1.15.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Approvazione nuovo regolamento relativo all'assegnazione degli incarichi, previsti dal nuovo CCCNL del comparto	Trasmissione alle OO.SS. entro il 31/03/2023	Ishare doc	gg	15	15
1.15.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Approvazione nuovo regolamento relativo all'assegnazione degli incarichi, previsti dal nuovo CCCNL del comparto	Trasmissione alle OO.SS. entro il 31/03/2023	Ishare doc	gg	15	45
1.15.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare il funzionigramma, alla luce del nuovo atto aziendale	Presentare alla Direzione Strategica nuovo funzionigramma 45 gg dopo l'approvazione regionale dell'Atto Aziendale	Relazione alla Direzione Strategica	gg	0	30

1.15.4	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare i dati necessari all'elaborazione del Piano Azioni Positive	Fornire i dati necessari a costruire i PAP. Elaborazioni richieste / Elaborazioni trasmesse	Relazione Responsabile PAP	SI/NO	1	0
1.15.5	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Predisposizione Piano Azioni Positive	Predisposizione Piano Azioni Positive, in tempo utile per l'applicazione del PIAO	Trasmissione piano a CdG Direzione Strategica - CUG	SI/NO	1	0
1.15.6	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Stesura micro organizzazione finalizzato al sistema degli incarichi del comparto (Diprosan - UOC Amm.va Cure Primarie - Dip. Fatt. Prod.)	Collazione della micro organizzazione entro 31/05/2023	Ishare doc	gg	0	30
1.15.7	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo etico comportamentale e del personale	Aggiornamento del regolamento dei procedimenti disciplinari per il comparto e dirigenza	Approvazione delibera Regolamento procedimenti disciplinari entro 31/07/2023	Ishare doc	gg	0	30
1.15.8	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Azioni finalizzate alla piena applicazione degli istituti contrattuali vigenti	Predisposizione cronoprogramma entro il 31/03/2023 degli istituti contrattuali e monitoraggio trimestrale della relativa attuazione	Relazione CdG, DG	N	4	4
1.15.9	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Ottimizzazione della rilevazione presenze del personale, gestione turni e cedolini	Gestione delle Attività e messa a regime della gestione presenze, turni del Personale aziendale e cedolini del personale entro il 31.12.2023	Completo avvio al 31.12.2023	SI/NO	1	0
1.16.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Processi amministrativi di digitalizzazione: formazione	Predisposizione corsi di formazione per il personale, compresi i direttori di UOC, finalizzati al corretto uso del protocollo aziendale. Monitoraggio delle abilitazioni attive. Emanazione di linee guida.	Emanazione linee guida entro 30/04 - monitoraggio trimestrale delle abilitazioni - effettuazione corsi di formazione	Relazione quadrimestrale e a DA e CdG in cui si rendicontano i tre adempimenti	N	3	3

1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	%	100	70
1.2.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Elaborare report trimestrali di completezza e tempestività di invio della cartella clinica	4 report trimestrali da trasmettere alle strutture al Direttore Sanitario e al CdG	UOC DME POU	N	4	4
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	%	90	70
1.3.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttore Medico POU	gg	0	15
1.4.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adozione budget	Determinazione Budget e Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art.8 quinquies D.lg. N.502/1992 e ss.mm.ii	Adozione trasmissione alla Regione Provvedimento Assegnazione Budget entro 30 gg successivi alla comunicazione del Provvedimento Regionale/sottoscrizione 98% dei contratti entro 30gg successivi alla data di caricamento degli stessi	Relazione a DS CdG	gg	0	60
1.5.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Aggiornamento Procedure e Regolamenti: Utilizzo ADT/SIO	Corretta gestione del flusso SIO. Implementazione recupero SDO in abbattimento ancora rettificabile.	Controllo relativo alle SDO con abbattimento tariffario e comunicazione alla DM POU per correzione e recupero	Relazione trimestrale DS e CdG	N	4	4
1.5.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Aggiornamento Procedure e Regolamenti: Utilizzo ADT/SIO	Corretta gestione dell'applicativo ADT in fase di accesso e movimentazione dal reparto.	Azioni richieste dalla Direzione Medica di Presidio per rimuovere le cause di scarto dei flussi / azioni correttive eseguite	Relazione trimestrale a DS e CdG da parte della Direzione	N	100	80

					<b>Medica di presidio</b>			
<b>1.6.1</b>	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Analisi dei processi Amministrativi: contabilità analitica	<b>Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali, nonché degli esiti</b>	Redigere due relazioni al 30/06 e al 31/12 relativamente all'efficacia dei patrocini esterni, rispetto ai costi interni di funzionamento dell'Ufficio Legale	<b>Relazione Ufficio Legale</b>	N	<b>2</b>	2
<b>1.7.1</b>	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti	<b>Redazione di una procedura/istruzione operativa sulle attività di valutazione dei piani di lavoro per la rimozione dell'amianto</b>	adempimento entro il 30/09/2023	<b>Share Doc</b>	gg	<b>0</b>	60
<b>1.8.1</b>	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Contabilità Analitica: flussi sanitari	<b>Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R (mens.) e Dispositivi Medici (trimestrale)</b>	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	<b>farmacia</b>	N	<b>28</b>	24
<b>1.8.2</b>	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Contabilità Analitica: flussi sanitari	<b>Mappatura di tutti i flussi aziendali con assegnazione delle relative responsabilità</b>	Approvazione delibera di ricognizione di tutti i flussi aziendali entro 30/05/2023	<b>Ishare doc</b>	gg	<b>0</b>	45
<b>1.8.3</b>	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Contabilità Analitica: flussi sanitari	<b>Trasmissione flusso mensile regionale entro il 20 (Sistema Informativo Ospedaliero Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Riabilitazione, Flusso Hospice)</b>	N. flussi inviati / N. flussi da inviare (la somma dei giorni max. di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 20 e riduce percentualmente il risultato)	<b>UOC ESIS</b>	gg	<b>0</b>	20



<b>1.9.1</b>	<b>Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo</b>	Contabilità Analitica: implementazione e dei processi	<b>Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc</b>	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	<b>Relazione CdG</b>	%	<b>100</b>	70
<b>2.1.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media reparto di Medicina	<b>Garantire una degenza media non superiore a 11 gg</b>	Degenza media annua non superiore a 11 gg	<b>SIO</b>	%	<b>100</b>	82
<b>2.10.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	<b>Ciascuna CAPI deve prevedere 10 sedute di cui il 40% deve essere dedicata alla diagnostica</b>	Relazione al Direttore Sanitario e al CdG	<b>Presidenti Capi</b>	N	<b>10</b>	9
<b>2.10.2</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	<b>Riduzione della spesa farmaceutica pro-capite convenzionata</b>	Spesa distrettuale pro-capite 2022 / Spesa distrettuale pro-capite 2021 - Spesa media pro capite come da indicazioni Regione Lazio (circa 140 euro)	<b>Relazioni trimestrali in ordine alle riunioni e alla corrispondenza con Direttori di Distretto e prescrittori</b>	N	<b>4</b>	3
<b>2.11.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: trasfusionale	<b>Appropriatezza trasfusionale e richieste Emocomponenti</b>	N.° richieste gestite con valutazione o consulenza/ N.° totale richieste pervenute <= 60%, >60-80%, >= 80%	<b>Dati Registrati su gestionale Emonet e valutazione richieste cartacee Report Trimestrali</b>	N	<b>4</b>	3

2.12.1	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e dei servizi al cittadino: campagna vaccinale	<b>Raggiungimento del target regionale di copertura antinfluenzale</b>	N. residenti invitati alla vaccinazione / N. residenti totali fascia ≥ 65 anni (o residenti target individuati dal piano influenzale)	<b>Dip. Prevenzione</b>	%	<b>85</b>	50
2.13.1	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : BRO	<b>Percorso basso rischio ostetrico (Bro). Elaborazione protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica ad esclusiva responsabilità dell'ostetrica, come raccomandato da Regione Lazio</b>	Elaborazione protocollo e evidenza della condivisione dello stesso con il personale interessato entro il 30/06	<b>Relazione</b>	gg	<b>0</b>	30
2.13.2	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : presa in carico del neonato sano.	<b>Predisposizione percorso di presa in carico per il neonato sano.</b>	Elaborazione documento del percorso entro il 30/06 - dimissioni entro 48 h dal parto fisiologico per almeno il 40% dei neonati nel II semestre 2023 (se il documento non è predisposto l'obiettivo non è raggiunto)	<b>Approvazione documento entro 30 Giugno 2023 e dimissioni entro le 48h &gt; 40%</b>	%	<b>40</b>	30
2.14.1	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : COT-A	<b>Implementazione dei flussi di presa in carico dei pazienti presso la COT-A</b>	80 pazienti presi in carico dalla COT-A	<b>Relazione/Dati SIATESS</b>	%	<b>80</b>	60
2.15.1	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Disturbi alimentari	<b>Accesso alle cure presso "La Casa di Alice" centro per il trattamento per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) del DSM, di Minori a rischio per ,o affetti da DCA</b>	Valutazioni specialistiche per minori effettuate presso la "Casa di Alice" dal personale dedicato della UOC TSRMEE N prestazione erogate valutazione del dipartimento ottimo 100% discreto 90% sufficiente 70% insufficiente non raggiunge	<b>Cartella Clinica in attesa di sistema informativo dedicato</b>	%	<b>100</b>	70
2.15.2	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Disturbi alimentari	<b>Valutazione appropriatezza invii CSM al centro-Casa di Alice</b>	N. Pazienti presi in trattamento / totale degli invii effettuati dai CSM	<b>DISAMWEB</b>	%	<b>100</b>	90
2.16.1	<b>Appropriatezza organizzativa,</b>	Implementazione e servizi al cittadino :	<b>Apertura percorso interno per i medici degli ambulatori del Grassi per inserire pazienti che</b>	Apertura del percorso interno entro il 30/06/2023	<b>SIAS</b>	gg	<b>0</b>	30

	<b>qualità ed equità dell'assistenza</b>	endoscopia e gastroenterologia	<b>necessitano di esami endoscopici e visite gastroenterologiche</b>					
<b>2.17.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Medicina Legale	<b>Implementazione dell'accesso al cittadino per il rilascio dell'idoneità alla guida dei veicoli a motore (patenti di guida categoria C-D-E9)</b>	Incremento del rilascio delle certificazioni ambulatoriali (patente A e B, patente Nautica ) rispetto al secondo semestre del 2019	<b>Recup web - Uoc Medicina Legale</b>	SI/NO	<b>1</b>	0
<b>2.17.2</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Medicina Legale	<b>presa in carico del soggetto con gravidanza a rischio ai sensi del D.lgs. 21.3.02 n.151</b>	Istituzione della cartella infermieristica medico- legale e pianificazione degli appuntamenti successivi (entro 30/06/2023)	<b>Uoc Medicina Legale</b>	gg	<b>0</b>	90
<b>2.18.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : PUA	<b>Aggiornamento del percorso multidisciplinare e multidimensionale per la gestione dei bisogni delle persone con vulnerabilità socio-sanitaria che si rivolgono al PUA; definire le modalità per la presa in carico tempestiva in particolari casi complessi, che richiedono l'intervento di più professionalità in ambito sociale sanitario in raccordo con le COT-A e COT-D</b>	Predisposizione procedura aziendale sull'attività dei PUA Redazione del progetto entro il 30/06/2023	<b>Diprosan Presentazione Progetto AI Ds Dg CdG</b>	gg	<b>0</b>	60
<b>2.19.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : puerperio e post partum	<b>Aumento delle visite domiciliari nel puerperio e nel post- partum da parte dell'equipe multidisciplinare consultori</b>	Aumento del 5% di visite domiciliari 2023/n. di visite domiciliari effettuate nel 2022	<b>Dati Recup (non SIAS) e Report interni</b>	SI/NO	<b>1</b>	0
<b>2.2.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: accesso ai servizi del TSRMEE	<b>Definizione di una procedura per la creazione di una lista di attesa per l'accesso ai trattamenti riabilitativi presso il TSMREE</b>	Adozione della determinazione di presa d'atto della procedura entro il 30.04.2023 - apertura agende di continuità entro il 30.06.2023	<b>Validazione procedura</b>	SI/NO	<b>2</b>	1
<b>2.20.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa,</b>	Implementazione e servizi al	<b>Aumento del Turn-over delle degenze anche mediante</b>	N. accessi in regime DH cod. 28 e cod. 56 > 80 al mese	<b>Schede Rad-r</b>	%	<b>100</b>	80

	<b>qualità ed equità dell'assistenza</b>	cittadino : riabilitazione	<b>l'incremento delle prestazioni riabilitative in DH</b>					
<b>2.21.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Salute Mentale	<b>Formalizzazione di un percorso aziendale per la transizione e la presa in carico congiunta da parte dei servizi sanitari territoriali (Consultori familiari e Servizi DSM )</b>	Definizione di un protocollo operativo per la composizione delle procedure di passaggio e la continuità assistenziale tra i servizi coinvolti. 1 protocollo entro 30/09/2023	<b>Relazione del Direttore e Allegati</b>	gg	<b>0</b>	30
<b>2.22.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	<b>Implementazione del PAE equità Aziendale</b>	Almeno 160 Pazienti CSM inviate allo Screening del Tumore Collo dell'utero	<b>Registro Screening/Sip so 2.0</b>	%	<b>80</b>	70
<b>2.22.2</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	<b>TRE CORSI DEDICATI ALL'UMANIZZAZIONE DELLA COMUNICAZIONE</b>	Effettuazione di tre corsi dedicati al personale interno, finalizzato al miglioramento dell'umanizzazione della comunicazione	<b>UOS Formazione</b>	N	<b>3</b>	2
<b>2.23.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Telemedicina	<b>Valutare il gradimento dell'utenza per le prestazioni in televisita</b>	somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Due relazioni al 30/06 e al 30/09	<b>Rilevazione dati distrettuali</b>	N	<b>2</b>	2
<b>2.24.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Implementazione e servizi al cittadino : Vata	<b>Implementazione del Vascular Access Team Aziendale (VATA)</b>	Posizionamento di n. 30 accessi vascolari anno 2023 (PICC/MIDILINE dal VATA)	<b>Relazione del VATA</b>	%	<b>30</b>	25
<b>2.25.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Monitoraggio attività: ICA	<b>Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza</b>	4 report con cadenza trimestrale ( entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	<b>Trasmissione Report a Risk Manager</b>	N	<b>2</b>	2
<b>2.25.3</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Monitoraggio attività: ICA	<b>monitoraggio del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza</b>	4 report con cadenza trimestrale ( entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti gli ordini di soluzione per ogni U.O.	<b>Trasmissione Report a Strutture e Risk Manager</b>	N	<b>4</b>	4
<b>2.25.4</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Monitoraggio attività: ICA	<b>Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza</b>	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	<b>Trasmissione report</b>	%	<b>100</b>	99

2.25.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	monitoraggio trimestrale delle infezioni correlate all'assistenza suddiviso per UU.OO. (alert)	Produzione di 4 report da inviare entro il 15 del mese successivo al trimestre monitorato	Powerlab -Lab Analisi - Direzione medica Di Presidio - ISRC	N	3	3
2.26.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: Lavaggio mani	verifica degli adempimenti delle U.O. Ospedaliere relativi all'implementazione del consumo di soluzioni idroalcoliche e del materiale informativo	4 sopralluoghi annuali a campione e produzione di relativi verbali; durante l'anno verranno controllate comunque tutte le U.O. Ospedaliere	Risk Management	N	4	4
2.27.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: CSM	Miglioramento dell'individuazione dei percorsi di cura dei pazienti trattati nei CSM, differenziati per livelli di intensità assistenziale disamweb	Monitoraggio trimestrale della presa in carico/cura/consulenza in equipe o individuale secondo i parametri PANMS (DCA U00287/2014)	DISAMWEB	%	100	99
2.28.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: posti letto	Garantire Tasso di occupazione PL pari almeno al 35% nel primo semestre e al 50% nel secondo semestre	media - Tasso occupazione PL 1 semestre $\geq$ 35% + Tasso occupazione PL 2 semestre $\geq$ 50%	Rad - R	%	35 / 30	50 / 45
2.28.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: posti letto	Garantire Tasso di occupazione PL cod. 56 pari almeno al 75% nel primo semestre e all'85% nel secondo semestre	Media - Tasso occupazione PL 1 semestre $\geq$ 75% + Tasso occupazione PL 2 semestre $\geq$ 85%	Rad - R	%	75 - 85	70 - 80
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS per 39 settimane l'anno il n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana	N	75	60
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri da accesso di pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letto disponibili – tempestivo aggiornamento della	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO: SI/NO. (Il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo, nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 10%).	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	N	100	80

			<b>movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT</b>					
<b>2.3.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: DPC Integrativa Diabete	<b>Report segnalazione non appropriata prescrizione prodotti DPC INTEGRATIVA DIABETE da notificare alle CAPI per le successive attività di competenza</b>	Report trimestrali di consumi ed eventuali criticità da superare	<b>Uoc Farmacia Territoriale</b>	N	<b>4</b>	3
<b>2.30.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Qualità dell'assistenza: chimica clinica	<b>Rispetto degli standard di qualità nell'ambito degli esami diagnostici dell'area Chimica Clinica</b>	N.° report VEQ di Chimica Clinica prodotti / N.° Esercizi VEQ forniti	<b>Lab. Analisi</b>	%	<b>100</b>	80
<b>2.31.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Qualità dell'assistenza: monitoraggio impiantabili cardiologici	<b>Valutazioni HTA DM cardiologici impiantabili</b>	Report semestrali di consumi /ricavi DRG ed evidenza eventuali criticità da superare	<b>AREAS</b>	N	<b>2</b>	2
<b>2.32.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Qualità dell'assistenza: terapie anti-infettive	<b>Test farmaco ceftazidime / avibactam per ogni batterio Gram-negativo MDR (Multi Drug Resistent) come ausilio nell'ambito della terapia anti-infettiva.</b>	N.° Ceftazimide - avibactam testati/ N.° organismi MDR (enterobacterales + pseudomonas app.)	<b>NOEMALIFE (mercurio)</b>	%	<b>100</b>	99
<b>2.33.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Qualità ed equità dell'assistenza: omogeneità assistenza	<b>Miglioramento dell'omogeneità dell'assistenza</b>	Produzione di procedure, linee guida percorsi assistenziali entro il 30/06/2023	<b>Relazione a DS CdG</b>	gg	<b>0</b>	60
<b>2.34.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Rispetto dei LEA in tema di Prevenzione	<b>Lotta al randagismo e sterilizzazione dei cani ospitati sterilizzabili</b>	N. cani sterilizzati / N. totale cani presenti in canile sterilizzabili	<b>Dip. Prevenzione</b>	%	<b>100</b>	90
<b>2.34.2</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Rispetto dei LEA in tema di Prevenzione	<b>Sorveglianza sanitaria sugli animali ricoverati con reportistica trimestrale dei controlli effettuati</b>	N. controlli effettuati / N. totale animali ricoverati	<b>Dip. Prevenzione</b>	%	<b>100</b>	90

2.35.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: monitoraggio Parti Cesarei	Valutazione esiti: Riduzione del parto con taglio cesareo primario per ridurre il rischio per la donna e per il bambino	N. parti con Taglio Cesareo Primario / N. parti totali >1000 = 25% ; <1000 = 15%	Direzione Medica POU - P.Re.Val.E.	%	100	85
2.36.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti alla valorizzazioni delle attività consultoriali di accompagnamento alla nascita	Corsi trimestrali per le donne dalla 13 alla 22 settimana, finalizzati a conoscere il percorso nascita e i corretti stili di vita in gravidanza, organizzati in una visione integrata ospedale - territorio, area litorale.	Relazione UOC Ginecologia / UOC Cure Primarie	N	3	3
2.36.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti all'incremento del numero dei parti	4 open day con mamme, dedicati a gravidanza, parto e gestione del neonato organizzati in una visione integrata ospedale - territorio - Municipio X e Fiumicino	Relazione UOC Ginecologia / UOC Cure Primarie	SI/NO	1	0
2.37.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: frattura collo Femore	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal primo accesso nella struttura di ricovero	N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore; =>0,6 (60%)	P.Re.Val.E. SIO	%	65	55
2.38.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: valutazione accreditamento	Rispetto degli adempimenti di verifica del riconoscimento dell'accREDITamento definitivo	N. istanze di accreditamento valutate / N. totale istanze di accreditamento presentate	Relazione quadrimestral e a Direzione Sanitaria e al CdG	%	100	85
2.39.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: controlli strutture accreditate	Incrementare le verifiche delle strutture accreditate rispetto al 2022	Effettuare la verifica di almeno 22 strutture accreditate	Relazione quadrimestral e a Direzione Sanitaria e al CdG	%	100	80
2.4.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti	Definizione e approvazione, previa delibera, di procedura di gestione delle azioni esecutive da parte dei fornitori per integrale monitoraggio dello stato del debito nonché della gestione delle azioni esecutive promosse nei confronti di fornitori e/o personale	Approvazione procedura entro 30/04/2023	Ishare	gg	0	30

			<b>dipendente e/o convenzionato dell'azienda Sanitaria, con Azienda Sanitaria terzo pignorato</b>					
<b>2.4.3</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti	<b>Due procedure in vista del nuovo programma per il servizio di istopatologia</b>	1 nuova procedura Istologica e 1 nuova procedura Citologica entro 31/05/2023	<b>Share Doc</b>	gg	<b>0</b>	30
<b>2.4.4</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti	<b>Miglioramento della qualità organizzativa dei servizi/Revisione procedura del percorso di valutazione diagnostica per pazienti D.U.S.</b>	/Revisione procedura del percorso di valutazione diagnostica per pazienti con D.U.S. entro 30/06	<b>Relazione alla Direzione DSM e del CDG</b>	gg	<b>0</b>	30
<b>2.4.5</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti	<b>Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza</b>	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	<b>Direzione Medica POU</b>	SI/NO	<b>1</b>	0
<b>2.4.6</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti	<b>Razionalizzazione dell'attività consultiva e di assistenza agli uffici nella forma di redazione pareri, supporto a riunioni reportistica a monitoraggio</b>	Predisposizione di linee guida entro 31/05/2023 che definiscano la tipologia di attività di supporto che può svolgere l'Ufficio Legale e le modalità di richiesta	<b>Ishare</b>	gg	<b>0</b>	60
<b>2.4.7</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Predisposizione di piani individuali e budget di salute atti per favorire interventi di integrazione/incl	<b>Predisposizione di un protocollo interistituzionale per la sperimentazione e realizzazione del progetto individuale in base all'art.14 della L.328/00 integrato con la L.112/2016 e dal decreto</b>	Predisposizione del protocollo d'intesa con i vertici istituzionali entro il 30/06/2023	<b>Produzione della bozza di convenzione da inviare a CdG, DS</b>	gg	<b>30</b>	90



		usione delle persone	<b>ministeriale 34/2020 comma 4 BIS Budget di salute per i residenti di un distretto sanitario</b>					
<b>2.40.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: ricovero in Terapia Intensiva	<b>Garantire il ricovero assicurato in Terapia Intensiva a seguito degli interventi chirurgici in urgenza</b>	Massimo 5 trasferimenti l'anno per ricovero in terapia intensiva a seguito intervento chirurgico in urgenza	<b>Monitoraggio Direzione Medica di Presidio</b>	SI/NO	<b>1</b>	0
<b>2.5.1</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazioni e procedure e regolamenti ICA	<b>Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) al Centro regionale Rischio Clinico (CRRIC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00164 e n. G00163 dell'11/01/2019. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di: 1) 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).</b>	predisposizione PARM e PAICA e successiva trasmissione all'URP per pubblicazione sul sito aziendale entro il 31/07/2023	<b>UOC QSGR</b>	gg	<b>0</b>	30
<b>2.5.2</b>	<b>Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazioni e procedure e regolamenti ICA	<b>Procedura di implementazione linee guida legionellosi</b>	Produzione di due report da inviare al CICA - RISK MANAGEMENT e CDG al 30/06 e 30/09	<b>Lab. Analisi - Igiene Sicurezza e Rischio Clinico del Grassi</b>	N	<b>2</b>	2

2.5.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti ICA	<b>Sviluppo di una Istruzione Operativa come modalità di attivazione, verifica e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza in caso di Alert</b>	produzione ed invio al Risk Management e al CDG dell'istruzione operativa entro il 31/03/2023	Diffusione istruzione operativa	gg	0	30
2.6.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: prescrizioni	<b>Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva</b>	n. 4 incontri (di cui 3 in presenza a 1 su piattaforma web) con MMG/PLS	Rilevazione dati distrettuali (firme presenza, verbale incontri)	N	4	3
2.7.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: Radiologia	<b>Definizione protocolli radiologici di emergenza: - Politrauma - Ictus- Dolore Toracico</b>	Validazione entro il 30/06/2023 indicatori successivi	Controllo di gestione RIS-PACS e GIPSE	gg	0	60
2.8.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	<b>Report monitoraggio riduzione dei Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza</b>	report di monitoraggio mensile sulla produzione dei drg a rischio di inappropriatezza analisi delle cause e indicazioni delle azioni di miglioramento	UOC DME POU/ SIO	N	10	8
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	<b>Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario</b>	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria ;=> 0,8 (80%)	Direzione Medica POU - ADT SOSTITUIRE ADT con RAD-r	%	80	69
2.9.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: riutilizzo ausili e protesi	<b>Valutazione mensile degli ausili ritirati e riassegnati agli utenti</b>	Relazione trimestrale a DS e CdG relativi all'inventario dei beni in entrata e uscita, gestiti dalla Società aggiudicataria della gara del riutilizzo. Al 30/06 e al 30/9 proposte migliorative del servizio	Relazione UOSD Protesica a DS e CdG	N	6	4
3.1.1	Economico finanziari	Analisi dei processi Amministrativi: contabilità analitica	<b>Elaborare 3 CE di reparto da trasmettere ai negozianti</b>	Trasmissione CE di reparto 30/04, 31/07/,31/10;	Share Doc	N	3	3

3.10.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: controllo casse economali	<b>Verifiche fisiche corretta tenuta della contabilità delle casse economali</b>	Due verifiche annue presso la cassa del PUO e tre verifiche a campione sulle altre casse	<b>Relazione trimestrale a DA e CdG</b>	N	5	3
3.11.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: gestione bolle	<b>Predisposizione procedura atta a migliorare il processo di trasmissione delle bolle per linee di attività critiche;</b>	Predisposizione procedura entro il 30/06/2023	<b>Validazione procedura</b>	gg	0	30
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	<b>Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione , gestione ordini NSO , apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.</b>	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti. (*)	<b>Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS</b>	%	100	80
3.13.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: monitoraggio attuazione	<b>Predisposizione e aggiornamento del file del contenzioso e degli accantonamenti</b>	Predisposizione e invio file a UOC REF 10/04; 10/06; 10/10; 20/12/2023	<b>Relazione UOC REF</b>	N	4	4
3.14.1	Economico finanziari	Semplificazione dei pagamenti	<b>Migliorare le modalità di pagamento delle prestazioni relative alla vaccinazioni.</b>	Consentire entro il 30/09/2023 il pagamento delle vaccinazioni tramite il sistema PAgOPA	<b>Dip. Prevenzione</b>	gg	0	90
3.14.2	Economico finanziari	Semplificazione dei pagamenti	<b>Analisi delle modalità di gestione degli incassi delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale</b>	Monitoraggio delle modalità di pagamento e di registrazione delle prestazioni effettuate dal Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale. Predisposizione soluzioni innovative con gli strumenti di pagamento della Pubblica Amministrazione	<b>Relazione al 31/05 e al 30/11 a DA e CdG</b>	gg	0	30
3.15.1	Economico finanziari	Tempistica approvazione documenti di bilancio	<b>Rispetto della tempistica regionale legata all'approvazione dei CE Trimestrali, Bilancio Economico</b>	Trasmissione a CdG file estratto da SIGES, nei tempi previsti da regione. (la somma dei giorni max di ritardo per tutti gli	<b>SIGES</b>	gg	0	30

			<b>2024, Concordamento 2023, Bilancio di Esercizio 2022</b>	adempimenti è pari a 30 e riduce in percentualmente il risultato)				
<b>3.16.1</b>	<b>Economico finanziari</b>	Piano Attuativo Certificabilità: recupero crediti	<b>Recupero dei crediti vantati dall'azienda: Relazione semestrale con specifica indicazione del numero di intimazioni, messe in mora, recuperi giudiziali e quantificazione del credito recuperato</b>	4 report trimestrali	<b>Trasmissione progetto a Direzione Strategica, CdG</b>	N	<b>4</b>	4
<b>3.2.1</b>	<b>Economico finanziari</b>	Analisi dei processi Amministrativi: produzione strutture accreditate	<b>Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture accreditate</b>	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate entro: 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione della remunerazione, in case di cura private e ai laboratori analisi/centri specialistici 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione dei saldi, in relazione agli Ospedali classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari privati	<b>Relazione a DA CdG</b>	gg	<b>0</b>	60
<b>3.3.1</b>	<b>Economico finanziari</b>	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	<b>Organizzazione dal parte UOC REF, UOS CdG riunioni trimestrali con negoziatori di budget</b>	Organizzazione tre riunioni a seguito elaborazioni CE Trimestrali. Eventuali ulteriori approfondimenti in caso di scostamento del budget. Valutazione attività entro il 31.01.2024.	<b>REF E CDG</b>	N	<b>3</b>	2

3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	<b>Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.</b>	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	<b>UOC REF - CdG</b>	%	<b>100</b>	70
3.4.1	Economico finanziari	Corretta contabilizzazione e delle sopravvenienze	<b>corretta gestione delle rilevazione contabili relative alle sopravvenienze attive e passive</b>	Nel CE IV Trimestre sopravvenienze relative al personale dipendente e specialista a convenzione < 0,4	<b>Report mensile UOC REF</b>	SI/NO	<b>1</b>	0
3.4.2	Economico finanziari	Corretta contabilizzazione e delle sopravvenienze	<b>Elaborare mensilmente l'elenco delle sopravvenienze presenti in bilancio e trasmetterle ai relativi responsabili di Budget per la verifica di congruità</b>	Trasmissione report mensili ai negoziatori di budget con sopravvenienze contabilizzate; ricezione delle indicazioni per le scritture di utilizzo degli accantonamenti e verifica del corretto riscontro da parte delle strutture interessate.	<b>Note UOC Ref ai negoziatori (10) ; e riepilogo a DA e CdG nelle relazioni trimestrali</b>	N	<b>4</b>	4
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	<b>Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio</b>	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	<b>UOC REF</b>	%	<b>100</b>	95
3.7.4	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di	<b>Monitorare, supportare, sollecitare la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di</b>	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate	<b>Relazioni Mensili a DA e CDG da parte</b>	%	<b>100</b>	60

		liquidazione fatture	<b>competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio</b>	tempestivamente dal competente ufficio liquidatore	<b>degli uffici liquidatori</b>			
<b>3.8.1</b>	<b>Economico finanziari</b>	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	<b>Coordinare e gestire le linee di attività finalizzate alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità</b>	3 Relazioni trimestrali relative agli adempimenti richiesti alle strutture	<b>Relazioni al 30/06 30/09 e 31/12</b>	N	<b>3</b>	3
<b>3.8.2</b>	<b>Economico finanziari</b>	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	<b>Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità</b>	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	<b>Relazioni svolte dai coordinatori</b>	%	<b>100</b>	80
<b>3.8.3</b>	<b>Economico finanziari</b>	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	<b>Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità</b>	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	<b>Relazioni quadrimestrali svolti dai coordinatori</b>	%	<b>100</b>	80
<b>3.9.2</b>	<b>Economico finanziari</b>	Piano Attuativo Certificabilità: certificazione crediti	<b>Predisposizioni progetto allineamento contabilità generale PCC / stock debito</b>	Predisposizione da parte UOC Ref, di concerto con engineering entro 30/04/2023	<b>Trasmissione progetto a Direzione Strategica, Cdg</b>	gg	<b>0</b>	60
<b>4.1.1</b>	<b>Governo clinico</b>	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	<b>Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità B-Urgenza Breve</b>	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	<b>Lazio crea</b>	%	<b>100</b>	90
<b>4.1.2</b>	<b>Governo clinico</b>	Adesione al P.RG.L.A. vigente: liste d'attesa	<b>Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità P-Programmata</b>	% di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	<b>Lazio crea</b>	%	<b>100</b>	90

4.10.1	Governo clinico	Implementazione e dei processi gestionali: trasfusionale	<b>Incremento del 15 % dell'attività di raccolta sangue rispetto all'anno 2022</b>	Superare la raccolta di 3.500 sacche	emonet	%	100	90
4.11.1	Governo clinico	Implementazione e dei processi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie: corsi pre parto	<b>Predisposizione cronoprogramma da pubblicare su sito internet corsi pre parto</b>	Predisposizione entro 28/02/23 cronoprogramma e percentuale rispetto dello stesso	Relazione UOC Cure Primarie	gg	0	30
4.12.1	Governo clinico	Implementazione e dei processi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie: psichiatria	<b>Riattivare la collaborazione tra day hospital psichiatrici e CSM territoriali per la creazione di un protocollo operativo condiviso</b>	Attivazione gruppo di lavoro congiunto per la formulazione di un protocollo e/o linee guida entro il 30.09.2023	DISAMWEB	gg	0	30
4.13.1	Governo clinico	Implementazione e dei processi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie: trasfusionale	<b>Corsi di formazione su processo trasfusionale</b>	N.° corsi espletati	UOS Formazione	N	3	2
4.14.1	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : ADI	<b>Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente</b>	Raggiungere il 3 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	%	3	2,5
4.14.2	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : ADI	<b>Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale</b>	Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti	SIATES	%	100	60
4.15.1	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	<b>Incremento degli Screening del Tumore della Mammella in orario istituzionale</b>	Monitoraggio mensile delle prestazioni di screening effettuate dai tecnici di radiologia e delle ore dedicate alla linea di attività entro 30 gg fine mese.	Relazione a CdG, UOSD Screening, DS	N	10	10
4.15.10	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	<b>Garantire screening istologico di 2° livello</b>	Campioni chirurgici entro 8 gg lavorativi	Dipartimento dei servizi	gg	0	2

4.15.2	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore della mammella	% di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	sipso	%	60	35
4.15.3	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore del colon retto	N. di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target/ n. test previsti (50-74 anni)	sipso	%	50	25
4.15.4	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del tumore della mammella con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dallo screening	sipso	%	90	50
4.15.5	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del colon retto con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 30 gg dalla data di refertazione del test di screening	sipso	%	90	50
4.15.6	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening della cervice	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni)	sipso	%	40	25
4.15.7	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	Garantire risposte istologiche per ricoverati e pz in carico	esami istologici e citologici entro 5 gg lavorativi	Dipartimento dei servizi	gg	0	2
4.15.8	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore del colon retto	Garantire 2.100 prestazioni, di pazienti inviati dalla competente UOSD Screening	sipso	%	100	80
4.15.9	Governo clinico	Implementazione e servizi al cittadino : Screening	Garantire screening istologico di 2° livello	Biopsie entro 5 gg lavorativi	Dipartimento dei servizi	gg	0	2
4.16.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: chirurgia a ciclo breve	Riattivazione Chirurgia a ciclo breve	Predisposizione, entro 31/03/2023, proposta di riorganizzazione del servizio finalizzata all'apertura entro il 30/06/2023. Individuazione delle maggiori risorse necessarie e dei benefici attesi in	Nota Direttore UOC Chirurgia, validata dal	gg	0	30



				termini di ricavi e di appropriatezza delle cure.	<b>Direttore di Dipartimento</b>			
<b>4.17.1</b>	<b>Governo clinico</b>	Miglioramento dell'assistenza: dipendenze	<b>Miglioramento della ritenzione al trattamento al fine di portare sotto la soglia del 55,8% (dato nel 2019) rispetto alla percentuale drop out del 63,5% del 2021 dei pazienti con problematiche legate al consumo di alcol e/o cocaina</b>	Completamento del percorso valutativo degli accessi per disturbi da uso di cocaina e/o alcol compresi tra il 01/01 ed il 30/06/2023	<b>Analisi delle Cartelle cliniche</b>	%	<b>55,8</b>	63,5
<b>4.18.1</b>	<b>Governo clinico</b>	Miglioramento dell'assistenza: gestione cronicità	<b>Incremento prestazioni ambulatoriali pomeridiani a pazienti Diabetici</b>	Apertura ambulatori pomeridiani entro 30/06/2023	<b>SIAS</b>	gg	<b>0</b>	90
<b>4.19.1</b>	<b>Governo clinico</b>	Miglioramento dell'assistenza: OBI	<b>Valorizzazione dell'attività di OBI nella sicurezza di dimissione e appropriatezza di ricovero</b>	Pazienti inseriti in OBI/accessi totali al PS X 100 Valore atteso <10% valore minimo accettabile > 5% Pazienti ricoverati+trasferiti da OBI x 100 valore atteso <_ 20% Valore Minimo Accettabile >_ 30%	<b>GIPSE</b>	%	<b>&lt;10</b>	>5
<b>4.2.1</b>	<b>Governo clinico</b>	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	<b>Favorire il turn-over nella Comunità SRTR e Catacombe di Generosa</b>	Indice di turn-over 2023>2022 ( Diminuzione dell'indice di turn- over del 40% )	<b>SIPIC</b>	%	<b>100</b>	85
<b>4.2.2</b>	<b>Governo clinico</b>	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	<b>Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali</b>	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	<b>SIO</b>	%	<b>95</b>	80
<b>4.20.1</b>	<b>Governo clinico</b>	Miglioramento dell'assistenza: oncologia	<b>Apertura ambulatorio II Liv. Dedicato ai pazienti con problematiche di oncologia digestiva, inclusi pazienti con tumori neuroendocrini e del tratto epatobiliopancreatico</b>	Apertura del percorso interno entro il 30/06/2023	<b>SIAS</b>	gg	<b>0</b>	30

4.21.1	<b>Governo clinico</b>	Miglioramento dell'assistenza: pazienti chirurgici complessi	<b>Presenza in carico/percorso agevolato del paziente chirurgico "complesso" dal territorio(MMG) agli ambulatori di Chirurgia</b>	Numero di paziente presi in carico / numero di richieste >80%	<b>Relazione a DS CdG</b>	%	<b>80</b>	60
4.22.1	<b>Governo clinico</b>	Miglioramento dell'assistenza: percezione utenza e personale	<b>Miglioramento della qualità percepita dall'utenza e del grado di soddisfazione professionale degli operatori</b>	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	<b>Relazione a DS CdG</b>	N	<b>3</b>	2
4.23.1	<b>Governo clinico</b>	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	<b>Censimento dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale</b>	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	<b>Note Cdg</b>	%	<b>100</b>	60
4.23.2	<b>Governo clinico</b>	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	<b>Predisporre le indicazioni operative per il monitoraggio del tempo utilizzo ambulatori/sale operatorie/macchinari alta complessità</b>	Monitorare il corretto adempimento delle strutture. 30/06 30/09 31/12	<b>Relazioni a DG DS</b>	N	<b>3</b>	3
4.23.3	<b>Governo clinico</b>	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	<b>Predisposizione della programmazione mensile di utilizzabilità delle sale operatorie e verifica dell'attività svolta a fine mese</b>	Trasmissione a DS, UOS SIS, a CdG e della programmazione mensile e relazione a fine mese relativa all'attuazione della programmazione	<b>soweb</b>	N	<b>12</b>	10
4.23.4	<b>Governo clinico</b>	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	<b>Predisposizione di planimetria con numerazione degli ambulatori per il monitoraggio dell'occupabilità oraria con indicati macchinari presenti</b>	Predisposizione planimetria entro il 31/03/2023, con evidenza dell'attività intramoenia	<b>Trasmissione planimetria a Cdg</b>	gg	<b>0</b>	30
4.24.1	<b>Governo clinico</b>	Rispetto dei LEA in tema di Prevenzione	<b>Effettuazione dei controlli previsti da Regione Lazio</b>	Raggiungimento degli obiettivi relativi ai controlli programmati entro il 30/11	<b>Dip. Prevenzione</b>	gg	<b>0</b>	30

4.3.1	<b>Governo clinico</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti ICA	<b>verifica, controllo e monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) anche attraverso l'utilizzo della specifica piattaforma in corso di acquisizione</b>	produzione di due report da inviare al CICA - RISK MANAGEMENT E CDG messa a regime del software	<b>Lab. Analisi - Igiene Sicurezza e Rischio Clinico del Grassi</b>	N	<b>2</b>	1
4.4.1	<b>Governo clinico</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti lavaggio mani	<b>Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani</b>	2 corsi	<b>Verbale esecuzione corso a Risk Manager</b>	N	<b>2</b>	2
4.4.2	<b>Governo clinico</b>	Appropriatezza organizzativa: implementazione e procedure e regolamenti accesso pronto soccorso	<b>Elaborare una procedura per regolamentare l'accesso dei soggetti fragili con accompagnatore</b>	Redazione della procedura entro il 31/03/2023	<b>Relazione a DG, DS, DMP e CdG</b>	gg	<b>0</b>	30
4.5.1	<b>Governo clinico</b>	Erogazione farmaci: controllo e monitoraggio	<b>Antibiotico terapia - Monitoraggio del consumo e dell'appropriatezza delle prescrizioni territoriali (popolazione generale e pediatrica)</b>	N. 3 Report quadrimestrali da inviare al Dipartimento dei Servizi e p.c. Direzione Sanitaria e Uos Controllo di Gestione	<b>TS MEF</b>	N	<b>3</b>	2
4.6.1	<b>Governo clinico</b>	Implementazione e dei processi gestionali: comunità residenziali	<b>Favorire la piena occupazione dei posti disponibili nella comunità Residenziale SRSR H24 Mazzacurati</b>	Indice di occupazione posti letto > 2022 Mazzacurati dal 98% nell'anno 2022 al 99% teorico nel 2023)	<b>DISAMWEB-SIPIC</b>	%	<b>100</b>	90
4.6.2	<b>Governo clinico</b>	Implementazione e dei processi gestionali: comunità residenziali	<b>Favorire la piena occupazione dei posti disponibili nella comunità Residenziale SRTR Catacombe di Generosa</b>	Indice di occupazione posti letto > 2022 (Catacombe di Generosa dall'81% del 2022 al 90% nel 2023)	<b>DISAMWEB-SIPIC</b>	%	<b>90</b>	85
4.7.1	<b>Governo clinico</b>	Implementazione e dei processi gestionali:	<b>Aumento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza organizzativa</b>	Decremento degli atti aggressivi del 10% rispetto al 2022	<b>Risk Management</b>	%	<b>100</b>	95

		formazione personale	attraverso la formazione degli operatori sanitari finalizzati al diminuzione degli atti aggressivi					
4.7.2	Governo clinico	Implementazione e dei servizi al cittadino: Day Hospital	Aumento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza organizzativa del numero di prestazioni in DH SPDC P.O. GRASSI e DH SPDC San Camillo	Incremento delle prestazioni di DH del 10%	Disamm web	%	100	90
4.7.3	Governo clinico	Implementazione e dei processi gestionali: formazione personale	Istituire periodici incontri tra personale medico e infermieristico al fine di garantire la qualità dell'assistenza	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	Relazione a DS CdG	N	3	2
4.7.4	Governo clinico	Implementazione e dei processi gestionali: formazione personale	Predisporre il Piano Formativo 2023-2024 entro il 31/10/2023	Proposta Delibera entro il 31/10/23	Ishare doc	gg	0	30
4.7.5	Governo clinico	Implementazione e dei processi gestionali: formazione personale	Formazione dei tecnici sanitari di radiologia medica (Tsm) PER LO SCREENING DELLA MAMMELLA	N°TSRM formati/N° Totale TSRM Minimo >/=80%/Certificazione ECM	Certificati ECM	%	80	60
4.7.6	Governo clinico	Implementazione e dei processi gestionali: formazione personale	Ricognizione del rispetto delle attività formative previste	2 relazioni entro il 31/05/23 - 30/09/2023	UOS Formazione	N	2	2
4.7.7	Governo clinico	Implementazione e dei processi gestionali: formazione Link nurse	Implementazione del progetto link nurse per la prevenzione delle ICA	Svolgimento della formazione entro il 31/05/2023 di infermieri esperti sulle tematiche di gestione controllo e prevenzione ICA	Servizio Igiene Ospedale	N	60	45

4.7.8	<b>Governo clinico</b>	Implementazione e dei processi gestionali: formazione elaborazione DRG	<b>Organizzare due momenti formativi / informativi per il personale dei reparti nei quali vengono trasferiti i pazienti dalla rianimazione al fine di valorizzare in modo corretto le prestazioni effettuate</b>	Svolgimento due momenti formativi / informativi (entro il 30/06 ed il 30/11) con consegna di materiale utile	<b>Relazione UOSD Rianimazione</b>	N	<b>2</b>	1
4.8.1	<b>Governo clinico</b>	Implementazione e dei processi gestionali: procedure e protocolli	<b>Percorso basso rischio ostetrico</b>	Elaborazione protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica ad esclusiva responsabilità dell'ostetrica, come raccomandato da Regione Lazio. Scadenza 31/03/2023	<b>Relazione a DS CdG</b>	gg	<b>0</b>	60
4.8.8	<b>Governo clinico</b>	Implementazione e dei processi gestionali: procedure e protocolli	<b>Nuove modalità induzione travaglio</b>	Elaborazione di protocollo su revisione delle indicazioni al travaglio / parto e nuove modalità organizzative. Scadenza 31/05/2023	<b>Relazione a DS CdG</b>	gg	<b>0</b>	30
4.9.1	<b>Governo clinico</b>	Implementazione e dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	<b>Analisi trimestrale dell'efficienza delle agende e del relativo tasso di occupazione degli slot.</b>	piena occupabilità degli slot e occupazione superiore al 95%	<b>Relazione UOC Cure Primarie</b>	%	<b>95</b>	80
4.9.2	<b>Governo clinico</b>	Implementazione e dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	<b>Azioni correttive relative alle criticità riscontrate dai Direttori di struttura e dalla UOC Cure Primarie (a quest'ultima compete il monitoraggio delle azioni correttive)</b>	azioni correttive / criticità riscontrate	<b>Relazione UOC Cure Primarie</b>	%	<b>100</b>	85
5.1.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Accessibilità ai servizi: processi di digitalizzazione	<b>Educazione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, cardiopatia ischemica post infartuale o alterazioni del ritmo cardiaco con device impiantabili seguiti attraverso il telemonitoraggio all'utilizzo dei sistemi di sanità digitale</b>	Somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Esito positivo superiore al 50%	<b>Relazione a DS CdG</b>	%	<b>50</b>	40

5.2.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	ottimizzazione offerte servizi di front office	<b>Ottimizzazione dell'offerta del servizio del front office per le esigenze aziendali/realizzazione di un progetto di revisione dell'offerta da sottoporre alla direzione strategica</b>	Realizzazione di un progetto di revisione dell'offerta da sottoporre alla direzione strategica entro il 30/06/2023	<b>UOC Amministrativa Cure Primarie</b>	gg	<b>0</b>	60
5.3.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Raccordo Stakeholder-utenza: carta dei servizi	<b>Redazione della Carta dei Servizi della UOC di Cardiologia</b>	Elaborazione della carta dei servizi entro il 30/06/2023	<b>Trasmissione a DS CdG e UOS Comunicazione</b>	gg	<b>0</b>	90
5.3.2	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	<b>Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)</b>	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	<b>Trasmissione dei fogli firma al CdG</b>	gg	<b>0</b>	30
5.4.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	<b>1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico</b>	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	<b>Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU</b>	1) % 2) Si / No	<b>95</b>	70
5.4.3	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni ai dipendenti	<b>Avvio / messa a regime del nuovo sito intranet</b>	Avviare a regime entro il 31/05/2023 il sito intranet	<b>UOSD AFFARI GENERALI</b>	gg	<b>0</b>	30

5.5.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e accessibilità ai servizi: servizio disabili e adulti	<b>Migliorare la fruibilità delle informazioni tramite l'informatizzazione dell'archivio del servizio adulti disabili</b> <b>Report relativo alla predisposizione dell'un archivio informatizzato distrettuale, con dati della presa in carico delle persone afferenti al servizio disabili e adulti.</b>	Report sullo stato di avanzamento della predisposizione dell'archivio informatizzato entro il 30/06/2023 - conclusione del lavoro entro 31/12/2023	<b>UOSD Protesica</b>	SI/NO	<b>1</b>	0
5.6.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	<b>Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza</b>	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	<b>Relazione RPCT</b>	%	<b>100</b>	0,6
5.6.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	<b>Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza</b>	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	<b>Relazione RPCT</b>	%	<b>100</b>	60
5.6.2	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	<b>Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza</b>	Monitoraggio delle segnalazioni di non / parziale adempimento e del grado di attuazione da parte delle strutture - Relazioni trimestrali	<b>Report segnalazioni a DG CdG</b>	N	<b>4</b>	4
5.7.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e anticorruzione: implementazione e procedure e regolamenti	<b>Aggiornamento procedura "Gestione della salma in Ospedale"</b>	adempimento entro il 31/05/2023	<b>Share Doc</b>	gg	<b>0</b>	60

5.7.2	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e anticorruzione: implementazione e procedure e regolamenti	<b>Ottimizzare gli interventi interdisciplinari in caso di non conformità rilevate a seguito di controlli ufficiali/Elaborazione di una procedura per la gestione delle non conformità rilevate a seguito di controlli ufficiali</b>	adempimento si /no entro il 31/05/2023	Share Doc	gg	0	60
5.8.1	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e anticorruzione: liste d'attesa assistenza protesica	<b>Riduzione lista di attesa relativa al processo autorizzativo per l'assistenza protesica</b>	Monitoraggio trimestrale al 31/03 30/06 30/09 e 31/12. Il risultato si valuta sulle pratiche in attesa al 31/12 inferiori al 10% delle autorizzazioni totali 2022	<b>Relazione UOSD Protesica a DS e CdG</b>	N	15	20
5.8.2	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e anticorruzione: liste d'attesa riabilitazione strutture accreditate	<b>Lista di attesa per la presa in carico nei centri accreditati di riabilitazione (Ex Art.26) del Territorio della AslRoma3 in collaborazione con la UOSD Disabili Adulti</b>	Realizzazione della procedura per l'inserimento delle richieste nella lista d'attesa per l'accesso ai trattamenti - Relazione trimestrale UOC 30/06	Share Doc	N	1	1
5.8.3	<b>Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza</b>	Trasparenza e anticorruzione: verifica adempimenti di pubblicazione	<b>Verifica degli adempimenti di aggiornamento delle pubblicazioni sul sito internet</b>	Monitoraggio trimestrale per aggiornamento della sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"	<b>Invio report di validazione della griglia a DA, OIV e CDG</b>	0	0	0
6.1.1	<b>Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR</b>	Attuazione Piano Investimenti da risorse con rettifica contributi in conto esercizio	<b>Utilizzo delle risorse finanziate con rettifica contributi in conto esercizio</b>	percentuale di utilizzo rispetto alle risorse assegnate	<b>UOC REF</b>	%	65	50



<b>6.1.1</b>	<b>Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR</b>	Attuazione Piano Investimenti da risorse con rettifica contributi in conto esercizio	<b>Utilizzo delle risorse finanziate con rettifica contributi in conto esercizio</b>	percentuale di utilizzo rispetto alle risorse assegnate	<b>UOC REF</b>	%	<b>90</b>	70
<b>6.2.1</b>	<b>Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR</b>	Attuazione Piano Investimenti da risorse finanziate	<b>Attuazione degli investimenti finanziati</b>	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	<b>Direzione Strategica</b>	%	<b>100</b>	80
<b>6.3.1</b>	<b>Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR</b>	PNRR: attuazione modelli organizzativi	<b>Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione organizzativa del PNRR</b>	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	<b>Direzione Sanitaria (?)</b>	%	<b>100</b>	85
<b>6.4.1</b>	<b>Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR</b>	PNRR: Processo edilizio e informatico	<b>Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione infrastrutturale</b>	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	<b>RUP PNRR</b>	%	<b>100</b>	85
<b>6.5.1</b>	<b>Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR</b>	Monitoraggio degli spazi di produzione	<b>Produzione di una planimetria in formato editabile e non pubblicata nell'intranet aziendale per tutti i beni immobili della asl con segnate i numeri delle stanze con allegata tabella per cdr dei metri quadri e metri cubi</b>	produzione di una planimetria entro il 31/03/2023	<b>Trasmissione a CdG</b>	gg	<b>0</b>	30

(\*) – Non verranno valutati gli ordini relativi alle liquidazioni tecniche delle fatture.

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

#### Sinossi e declinazione degli obiettivi di piano e relativi indicatori

<b>Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera</b>	Approvazione del Piano Aziendale per il contrasto al sovraffollamento in PS/DEA ( DCA U00543/2019 e nota prot. 482670 del 17.05.2022)
	Attuazione percorso chirurgico per setting assistenziale e complessità di cure.
	Approvazione del Piano Aziendale per l'attività chirurgica ( PSAAC)
	Rispettare gli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale con mantenimento di standard di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa per diverse aree cliniche, quali l'area cardiovascolare, osteomuscolare e ginecologica.
	Avvio del processo operativo relativo all'attuazione della Missione 6 del PNRR, attraverso la definizione delle procedure per il funzionamento delle COT e per il cambio di setting assistenziale nonché la formazione degli operatori per l'analisi dei bisogni. Pianificazione di interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute nei percorsi di prevenzione e cura.
	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00164 e n. G00163 dell'11/01/2019. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di: 1) 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).
	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario ( PARS) al Centro Regionale Rischio Clinico ( CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 e pubblicazione del documento ( o presenza di un link che rimandi direttamente al documento ) sulla home page della struttura .
	Valutazione degli esiti: Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.
	Valutazione degli esiti: Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario
<b>Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza territoriale</b>	Aumentare la copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente e promuovere l'Assistenza Domiciliare Programmata. Garantire Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale
	Prevedere processi formativi degli operatori finalizzati a operare analisi per la stratificazione delle patologie croniche nonché definire le procedure e il funzionamento delle Case di Comunità con particolare attenzione alla capacità di intercettare i bisogni.
	Piano regionale cronicità: conseguire un miglioramento degli indicatori ricompresi nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento agli indicatori dell'ambito distrettuale e dell'ambito finalizzato al monitoraggio di processo dei PDTA di malattie croniche
	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali, con particolare riferimento all'approfondimento diagnostico screening

	mammografico ed esecuzione prima colonscopia di approfondimento diagnostico screening colon retto nonché rispetto del redigendo piano regionale delle liste di attesa
<b>Prevenzione</b>	Rispettare i tassi di copertura ( TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice e del colon retto. Rispetto dei target delle campagne vaccinali Rispetto degli obiettivi lea legati al sistema dei controlli
<b>Equilibrio economico-finanziario</b>	Verifica ed analisi di scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento
	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro <b>30</b> giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI) stock di debito
	Rispetto delle tempistiche di liquidazione delle fatture passive. Ridurre i tempi medi di pagamento rispetto all'anno precedente delle fatture presenti in Accordo Pagamenti
	Implementazione Sistema di Contabilità Analitica
	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC)
	Rispetto dei tempi delle richieste di adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali (piano dei conti, piano dei fattori produttivi, anagrafica regionale farmaci e dispositivi)
	Rispetto dei tempi, efficacia e partecipazioni dei delegati alle commissioni di gara istituite dalla Centrale Acquisti Regionale
<b>Patrimonio edilizio, tecnologico e di gestione della sicurezza informatica</b>	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 con particolare riferimento a quanto indicato nell'obiettivo 4.1 della Delibera Regionale 1111/2022
	Adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica. Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici.
	Piano aziendale che preveda la mappatura dei rischi e gli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche.

In attuazione del D. Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 e s.m.i. e della Legge Regionale n. 1/2011, la Direzione strategica aziendale, con l'adozione del PIAO 2023-2026 dà avvio all'intero ciclo che prevede la successiva emanazione delle linee guida per il processo di budget per l'anno di riferimento e la conseguente contrattazione di budget con i Centri di Responsabilità al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione lavorativa, nell'ottica della valorizzazione del merito.

La fase di avvio della negoziazione e dell'ascolto è già stata avviata con nota n. prot. 77252 del 9.12.2022 a firma del Direttore Generale, e l'UOS Controllo di Gestione ha inviato ai negoziatori i dati Co.an disponibili alla data di invio, che si sostanziano nel CE di reparto e nell'elenco unità di personale.

I dati messi a disposizione sono finalizzati ad una valutazione degli stessi e cioè ad un controllo tra quanto imputato al CDR dal sistema aziendale di Contabilità Analitica.

In questa fase i negoziatori hanno potuto proporre due obiettivi da negoziare.

E' istituito il Comitato di Budget che è l'organo deputato all'elaborazione del budget ed ha funzione di indirizzo e controllo dell'intero processo di budget e ne tutela l'unitarietà e la trasparenza. E' inoltre preposto all'analisi degli obiettivi assegnati ai negoziatori, delle schede di autovalutazione, delle proposte per l'incremento della produzione e il miglioramento della qualità dei servizi. Il Comitato è coordinato dall'UOS Controllo di Gestione e ha composizione variabile; vede la presenza anche dei Direttori di Dipartimento.

Il Comitato elabora una proposta di budget che definisce le priorità gestionali e i vincoli d'azione dell'anno di riferimento. La Direzione Strategica valuterà le proposte pervenute dal Comitato di Budget per definire le linee guida strategiche, e assegnare gli obiettivi alle strutture.

Inoltre è da precisare che La Direzione Strategica risponde in modo diverso del ciclo della Performance, in quanto il Direttore Generale è destinatario, dal committente regionale, di obiettivi annuali e di mandato che declina al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo. Gli obiettivi di mandato del Direttore Generale sono stati assegnati con DGR n. 1111 del 30 novembre 2022 gli obiettivi annuali non sono stati ancora assegnati; per la programmazione si è tenuto conto degli obiettivi 2022.

Il Controllo di Gestione procederà alle verifiche trimestrali in ordine al raggiungimento degli obiettivi e proporrà al Direttore Generale la percentuale di raggiungimento finale. Il riconoscimento definitivo della performance avverrà a conclusione del ciclo di valutazione del Direttore Generale da parte della Regione Lazio. Potranno essere riconosciuti acconti economici fino a un massimo del 60%, non prima del mese successivo di erogazione riconosciuta al restante personale.

La valutazione annuale delle performance è suddivisa tra **valutazione individuale** e **valutazione organizzativa**.

Con la valutazione individuale viene valutata la partecipazione alle attività istituzionali aziendali, mentre la valutazione organizzativa è definita con la valutazione della partecipazione dei singoli alle attività delle strutture ai quali sono stati assegnati specifici obiettivi di budget che concretizzano le sfide che la ASL ROMA 3 intende perseguire per il triennio.

Il Processo di budgeting e definizione degli obiettivi specifici si articola nelle seguenti fasi:

- Deliberazione del documento programmatico anno 2023.
- Negoziazione per l'anno 2023 tra Direzione Aziendale e Negoziatori.
- Predisposizione dell'atto deliberativo relativo all'assegnazione degli obiettivi 2023.
- Trasmissione alla UOS Controllo di Gestione entro 7 giorni dalla data in cui è avvenuta la rispettiva negoziazione, degli obiettivi specifici e relative schede di negoziazione tra i Direttori di UOC e Responsabili di UOS o altri titolari di budget, con l'individuazione degli obiettivi specifici per la dirigenza e il comparto;
- Verifica di coerenza degli obiettivi specifici individuati al punto precedente da parte della UOS Controllo di Gestione e conseguente trasmissione alla UOC Risorse Umane.

Il regolamento della negoziazione definisce nel dettaglio le singole fasi.

### 2.2.1 I NEGOZIATORI

I Negoziatori sono così definiti:

- Negoziatori di primo livello: Direttori di Dipartimento, Direttori di UOC, Dirigenti di UOSD nonché Dirigenti di UOS, di Incarico Professionale e di Incarico di base, afferenti alla Direzione Strategica e non soggetti ad una struttura con Direttore di UOC, RSPP.
- Negoziatori di secondo livello: Dirigenti responsabili di UOS.

Si riporta nello schema sottostante l'elenco dei negoziatori di primo livello per l'anno 2023, parzialmente modificato rispetto alle precedenti delibere 132 del 06.02.2023 e 163 del 14.02.2023:

<b>FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE</b>		<b>Cognome e Nome</b>
	UOC SVILUPPO ORG. E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	Dott. Gerardo Corea
	UOS MEDICINA DEL LAVORO	Direttore Sanitario Aziendale
	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Vacante
	UOS CONTROLLO DI GESTIONE	Dott. Andrea Storri
	UFFICIO LEGALE	Avv. Carmen Di Carlo Avv. Simona Consani
	UOS COMUNICAZIONE	Vacante
<b>FUNZIONI DI STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA</b>		
	UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	Dott. Emilio Sergio Giorgio Saverio Scalise
	UOC QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	Dott. Gerardo Corea ad interim
	UOC EPIDEMIOLOGIA E SIS	Dott.ssa Maria Grazia Budroni
	UOC ACCREDITAMENTO VIGILANZA E CONTR. STRUTT. SAN.	Dott. Marcello De Masi
	UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	Dott.ssa Anna Maria lafrate f.f.
<b>DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE</b>		
	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	Dott.ssa Alessia De Angelis f.f.
	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	Vacante
	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	Vacante
<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA</b>		<b>Dott. Fabrizio Ammirati</b>
	UOC NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Massimo Morosetti
	UOC CARDIOLOGIA	Dott. Fabrizio Ammirati
	UOC MEDICINA	Dott. Claudio Santini
	UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	Dott.ssa Cristina Spandonaro f.f.
	UOC PEDIATRIA	Dott.ssa Anna Maria Zingoni f.f.
	UOSD NEONATOLOGIA	Dott.ssa Maria Letizia Fiorenza
	UOSD ONCOLOGIA	Dott.ssa Monica Moreschi
	UOSD GASTROENTEROLOGIA	Dott. Antonio Forte
<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA</b>		<b>Dott. Andrea Niutta</b>
	UOC OCULISTICA	Dott. Andrea Niutta
	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dott. Mario Ciampelli
	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Dott. Matteo Troiano f.f.
	UOC CHIRURGIA GENERALE	Dott. Gianluca Mazzoni
	UOC ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE	
	UOSD ANESTESIA	Dott. Angelo Giuliani
	UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	Dott. Roberto Morello
	UOSD CHIRURGIA MININVASIVA	

<b>DIPARTIMENTO DEI SERVIZI</b>		<b>Dott.ssa Roberta Di Turi</b>
	UOC FARMACIA OSPEDALIERA	Dott.ssa Roberta Di Turi
	UOC FARMACIA TERRITORIALE	Dott.ssa Marzia Mensurati
	UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE ( SIMT)	Dott. Luca Mele
	UOC LABORATORIO ANALISI	Dott. Stefano Antonaci
	UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	Dott.ssa Patrizia Mocetti
<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>		<b>Dott. Giulio Maria Ricciuto</b>
	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA	Dott. Giulio Maria Ricciuto
	UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Dott. Oscar Tommasini f.f.
	UOSD RIANIMAZIONE	Dott. Fabrizio Marra
<b>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA</b>		
	UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	Dott.ssa Maria Letizia Eleuteri f.f.
	UOC DISTRETTO X MUNICIPIO	Dott. Filippo Muscolo f.f.
	UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO	Dott. Antonio Vivenzio f.f.
	UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO	Dott. Oliviero Mascarucci f.f.
	UOC AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	Dott.ssa Paola Savina
	UOC MEDICINA LEGALE	Dott.ssa Katarzyna Sowicza f.f.
	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	Dott.ssa Adriana Bruno f.f.
	UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	Dott.ssa Rosanna Clementi
<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</b>		<b>Dott.ssa Simona De Simone</b>
	UOC SALUTE MENTALE X MUN. E FIUMICINO	Dott.ssa Nicoletta Lucchi f.f.
	UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	Dott.ssa Simona De Simone
	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - GRASSI E SAN CAMILLO	Dott. Pietro Petrini
	UOC SALUTE DIPENDENZE	Dott. Giuseppe Anastasi f.f.
	UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	Dott. Giampaolo Imperato f.f.
	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	Dott. Guido Ionta
	UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	Dott.ssa Maria Franca Chiossi
	UOSD PREVENZIONE ED INT. PRECOCI IN SALUTE MENTALE	Dott. Renato Maria Menichincheri
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>		<b>Dott. Aldo Benevelli</b>
	UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Dott. Leonardo Saul Torchia
	UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	Dott. Alberto Valentini
	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	Dott.ssa Orietta Angelosanto
	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Dott. Aldo Benevelli
	UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	Dott.ssa Maria Rita Noviello
	UOSD CANILE SOVRAZIONALE	Dott. Giuseppe Cariola
	UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	Dott.ssa Maria Novella Giorgi
	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	Dott. Guido Ionta

<b>DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI</b>		<b>Dott. Giovanni Farinella</b>
	UOC APPROVIGIONAMENTI	Dott.ssa Diana Pasquarelli
	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	Ing. Enzo Pietropaolo
	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	Dott. Davide Buoncristiani
	UOSD AFFARI GENERALI	Dott.ssa Cristina Vio
	UOC SISTEMI ICT	Dott.ssa Diana Pasquarelli ad interim
	UOC RISORSE UMANE	Dott. Giovanni Farinella
	UOC AMMINISTRATIVA POU	Dott. Pierfrancesco Calzetta
	RPCT	Dott.ssa Cristina Vio

Il processo di negoziazione del budget, misurazione e valutazione è stato impostato secondo uno schema logico-temporale che prevede le seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi alla singola macroarea come funzionali al raggiungimento dei singoli obiettivi di piano individuati dalla direzione strategica e definizione degli indicatori di raggiungimento e modalità di misurazione;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- negoziazione con gli altri livelli di produzione;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, agli organi di controllo, nonché ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi attraverso la pubblicazione di tutti i documenti e le fasi sulla sezione dedicata del sito aziendale.

Nel documento di pianificazione delle attività (schede di budget) saranno prese in considerazione le seguenti prospettive, oltre quella economico-finanziaria, di governo clinico e appropriatezza già inclusa nell'attuale processo:

- prospettiva del consumatore/utente;
- prospettiva dei processi aziendali;
- prospettiva di governo delle risorse umane.

In particolare, nella prospettiva del consumatore/utente, sarà valorizzata l'attenzione sul processo assistenziale e il momento della cura che devono costantemente tenere conto dell'individualità, del contesto, dell'ambiente sociale e dell'autonomia delle persone.

Tutto il processo, in particolare l'assegnazione degli obiettivi a ciascun Centro di Responsabilità, con i relativi indicatori di misurazione, e, successivamente, il risultato della valutazione sono resi trasparenti attraverso la pubblicazione sul sito aziendale, nella Sezione curata dal Controllo di Gestione, delle deliberazioni del direttore generale di recepimento delle varie fasi: assegnazione degli obiettivi, individuazione degli indicatori di valutazione, valutazione, percentuale di raggiungimento degli obiettivi.

### **Valutazione e verifica dei risultati**

Com'è noto, la legge delega 4 marzo 2009, n. 15 ed il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., innovando la materia della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, anche con riferimento alla revisione del sistema retributivo dei dipendenti, hanno introdotto il concetto della performance riferito

all'amministrazione, nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative, e ai singoli dipendenti, in sostituzione del concetto di produttività individuale e collettiva.

L'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, prevede che le amministrazioni valutino annualmente la performance organizzativa e individuale sulla base di un Sistema di misurazione e valutazione della performance, di cui si sono dotate adottando un apposito provvedimento.

In particolare, per gli enti pubblici dipendenti dalla Regione Lazio, ivi compresi gli enti del servizio sanitario regionale, l'articolo 15 della legge Regione Lazio 16 marzo 2011, n. 1, individua le attività che sono di competenza dell'OIV ed i principi generali che ispirano il funzionamento del sistema della valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità.

Nel rispetto della normativa vigente e di quanto disposto dai CC.CC.NN.LL. di categoria, il sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e di valutazione della prestazione e dei risultati;
- le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e di valutazione della prestazione e dei risultati;
- le modalità di raccordo ed integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- le modalità di raccordo ed integrazione con i documenti di programmazione economico finanziaria e di bilancio.

La misurazione e la valutazione della prestazione e dei risultati individuali perseguono, nel rispetto dei principi sanciti dall'articolo 9 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, le finalità di valorizzazione del merito del personale, differenziando in maniera significativa i vari livelli di prestazioni, avuto riguardo all'obiettivo di promuovere lo sviluppo del personale attraverso l'individuazione delle modalità operative più efficaci ed efficienti ai fini del raggiungimento degli obiettivi.

La valutazione individuale è uno strumento fondamentale per lo sviluppo professionale del personale che si inserisce in un più generale processo di razionale e corretta gestione delle risorse umane al quale è collegata l'attribuzione anche di incentivi di natura economica.

### **Criteri e tempistica delle verifiche**

Le verifiche sono trimestrali e finali. Le verifiche trimestrali devono essere effettuate in base ai risultati raggiunti al 31 marzo, 30 giugno e al 30 settembre e devono essere rendicontate al Controllo di Gestione entro il 15 aprile, il 15 luglio e il 15 ottobre.

La verifica finale è relativa ai risultati raggiunti su base annuale al 31 dicembre e deve essere rendicontata entro il 15 febbraio 2024.

Le Verifiche trimestrali sono finalizzate a verificare l'andamento dell'attività, il grado di raggiungimento degli obiettivi o la loro irraggiungibilità per motivi indipendenti dalla volontà della struttura. Le difficoltà oggettive rappresentate nelle verifiche trimestrali sono elemento essenziale per l'eventuale valutazione in ordine alla possibilità di sterilizzare gli obiettivi.

Per assicurare la migliore e più trasparente azione di verifica sarà necessario seguire i seguenti criteri:

- le verifiche saranno condotte in base a documentazione e numeri oggettivi e comprovabili;
- le verifiche non dovranno essere generiche ma specifiche per ogni struttura;
- nel caso in cui il Direttore sovraordinato non raggiungesse un obiettivo, il mancato raggiungimento dovrà trovare corrispondenza anche in una o più delle strutture sotto ordinate, ove presenti;
- il Controllo di Gestione verificherà la completezza dei risultati raggiunti e la coerenza tra i risultati delle strutture sovra ordinate con quelli delle strutture sotto ordinate.



Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario valuteranno le argomentazioni a supporto dell'eventuale mancato raggiungimento dell'obiettivo, per l'opportuna specifica valutazione che verrà successivamente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per la successiva istanza.

La misurazione degli obiettivi avviene con un sistema di ponderazione.

Il sistema di ponderazione tiene conto della articolazione e della specificità delle diverse linee di attività.

Dal punto di vista computazionale il sistema è strutturato attribuendo un punteggio a ciascun obiettivo fino a raggiungere un massimo di cento punti

Le modalità di calcolo del punteggio attribuito ai singoli obiettivi può avere diverse fattispecie:

Fattispecie di calcolo	Abbr.	Raggiungimento Pieno	Raggiungimento Parziale
SI / NO	SI/NO	100% dei punteggi dell'obiettivo	Non ammesso
Adempimenti temporali	AT	100% dei punteggi dell'obiettivo	Numero adempimenti richiesti / Numero adempimenti effettuati
In base alla % di Raggiungimento	%	Stabilito nel range atteso, garantisce il 100%	E' frutto della formula, se il valore minimo è rispettato, il grado di raggiungimento è pari all' atteso/raggiunto * 100
gg ritardo	gg	100% dei punteggi dell'obiettivo	1/giorni massimi di ritardo * giorni di ritardo * 100

Nel merito viene previsto a riferimento un livello di raggiungimento minimo, al di sotto del quale non si consegue l'obiettivo

Qualora il mancato o parziale raggiungimento di un determinato obiettivo fosse indipendente dalla effettiva gestione del direttore della struttura, tale obiettivo potrebbe essere sterilizzato, previa autorizzazione della Direzione Strategica. In tal caso non sarà assegnato alcun punteggio e il punteggio globale sarà poi ricalcolato rapportando a cento il max conseguibile.

In caso di contestazione sulla valorizzazione individuale o organizzativa, qualora non sia possibile comporre la controversia tra valutato e valutatore, l'OIV ascolta le parti e propone un componimento.

Dovrà in ogni caso essere garantita un'adeguata informazione e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione, il contraddittorio e la sottoscrizione della scheda di budget nella quale è indicata la valutazione conclusiva.

## 2.2.3 PERFORMANCE – SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E ACCESSIBILITÀ

### a) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE

Considerato quanto individuato nella sezione “valore pubblico” con specifico riferimento agli obiettivi di Semplificazione, è opportuno premettere che l’Azienda è impegnata in un processo volto a promuovere e a favorire la progressiva reingegnerizzazione dei processi assicurando la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa. A tal fine, il **Disciplinare** prevede misure per semplificare e rafforzare la capacità informatica dell’Azienda, definendo i profili di responsabilità i dovuti divieti migliorando i tempi dell’attività lavorativa delineando:

- le modalità per la corretta gestione delle credenziali di autenticazione;
- le operazioni a protezione della postazione di lavoro;
- le modalità per un corretto utilizzo dei computer;
- le misure per una corretta e sicura navigazione in Internet;
- le misure per una corretta gestione della posta elettronica;
- le responsabilità legate ad un corretto utilizzo di notebook, tablet, smartphone e altri dispositivi elettronici assegnati dall’Azienda;
- l’utilizzo dei sistemi in cloud;

l’accesso mediante canali di comunicazione protetti VPN (Virtual Private Network). Ulteriore obiettivo è l’implementazione sempre maggiore in Azienda della tecnologia **IVR** (Interactive Voice Response) ossia a risposta vocale interattiva che consente a un computer di interagire con gli esseri umani attraverso l’uso di applicazioni vocali o tramite una tastiera telefonica. Gli IVR forniscono agli utenti un menù di opzioni di scelta automatiche da selezionare. Tramite la suddetta tecnologia sarà possibile un aumento della soddisfazione degli utenti ai quali viene offerto un processo semplice che garantisce altresì risparmio di tempo.

### b) OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE

**OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ DELL’AMMINISTRAZIONE** Considerato quanto individuato nella sezione “valore pubblico” con specifico riferimento agli obiettivi di digitalizzazione, è opportuno premettere che l’Azienda è impegnata in un processo volto a promuovere e a favorire la progressiva digitalizzazione e l’utilizzo dei servizi on-line assicurando la qualità dei servizi ai cittadini. In questo processo, obiettivo dell’Azienda Asl Roma 3, oltre il rafforzamento della capacità informatica di cui al **Disciplinare** anche con specifici **corsi di formazione** e a quanto riportato relativamente alla tecnologia IVR, è di realizzare una piattaforma finalizzata al potenziamento della infrastruttura di sicurezza informatica (**Cybersecurity**) che preveda:

- ✓ la raccolta, gestione e correlazione degli eventi di sicurezza provenienti dai sistemi IT, la loro archiviazione mediante soluzioni di Log Management;
- ✓ il monitoraggio continuo degli endpoint in termini di vulnerabilità;
- ✓ il monitoraggio e l’analisi degli allarmi prodotti dai dispositivi di sicurezza IT, nonché la prevenzione e la gestione efficace degli incidenti di sicurezza;
- ✓ la gestione completa del ciclo di vita degli account aziendali con diritti di accesso privilegiato ai sistemi e chiavi SSH.

A quanto sopra si aggiunga la realizzazione della **Cartella Clinica Elettronica**, con l’obiettivo di creare un flusso di documenti digitali aventi pieno valore giuridico che porterà alla sostituzione di tutti gli equivalenti cartacei allo scopo di migliorare i servizi ai cittadini.

La Cartella Clinica Elettronica è intesa come lo strumento informatico per la gestione organica e strutturata dei dati riferiti alla storia clinica di un paziente; garantisce il supporto dei processi clinici (diagnostico-terapeutici) e assistenziali nei singoli episodi di cura e favorisce la continuità di cura del paziente tra diversi episodi di cura afferenti alla stessa struttura ospedaliera, mediante la condivisione e il recupero dei dati clinici in essi registrati.

Sulla base degli standard di “Joint Commission International”, la CCE deve consentire almeno di:

- predisporre il piano diagnostico-terapeutico-assistenziale e facilitare l’integrazione operativa tra i professionisti sanitari coinvolti, al fine di garantire continuità assistenziale;

- razionalizzare i processi organizzativi e le risorse ad essi connesse e costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard;
- costituire una fonte dati per: studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali, esigenze amministrativo-legali, gestione dei processi di qualità/rischio clinico;
- supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei medici e dell'azienda sanitaria, consentendo la rintracciabilità nel rispetto della privacy.

Inoltre, nell'ambito della strategia per la crescita digitale, si riporta tra i progetti la **Telemedicina** intesa come strumento per offrire servizi che migliorino la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e della consulenza medica a distanza, oltre il costante monitoraggio di parametri vitali.

Come definita nel documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" e successivamente nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" del Ministero della Salute, per Telemedicina si intende "un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Attraverso la Telemedicina è possibile garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso uno scambio sicuro di dati, immagini, documenti e videochiamate, tra i professionisti sanitari e i pazienti, garantendo in alcune situazioni clinico-assistenziali lo svolgimento delle prestazioni professionali equivalenti agli accessi tradizionali..."

Nell'area tematica della Telemedicina si intendono in perimetro i seguenti ambiti:

- Televisita: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un care-giver;
- Telemonitoraggio: consiste in uno scambio di dati acquisiti da remoto tramite dispositivi digitali (parametri vitali) fra il paziente e una piattaforma centrale volta al monitoraggio dell'andamento dei parametri stessi, con un sistema di allarmi e segnalazioni al paziente;
- Teleassistenza: è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini;
- Teriabilitazione: piattaforme per l'esecuzione da remoto di sedute riabilitative in modalità sincrona o asincrona, sia per terapie fisiche che in altre specialità in cui è richiesta riabilitazione;
- Teleconsulto medico: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi devono essere condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento di esso;
- Teleconsulenza medico-sanitaria: è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che non hanno lo stesso livello di responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente.

Stante la forte evoluzione del contesto tecnologico e le conseguenti minacce e i rischi di cyber security che sono in continua crescita sia in termini di frequenza di accadimenti che di potenziali impatti sui processi e attività aziendali, l'Azienda ha adottato il "Piano Aziendale per la previsione della mappatura dei rischi e degli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche" (Delibera n. 1266 del 28/12/2022).

Inoltre, in relazione alle indicazioni normative e tecnico organizzative in tema di sicurezza informatica, emanate dalla Regione Lazio, è stato individuato il Referente NIS ai sensi del Decreto Legislativo 18/05/2018, n. 65 Attuazione delle direttive (UE) 2016/1148 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 6 luglio 2016, recante misure per un livello comune elevato di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi nell'Unione.

Infine con specifico riferimento alla sicurezza informatica, si ritiene opportuno richiamare la "Procedura operativa Assistenza Tecnica NOC PA" del Fornitore Fastweb.

#### c) OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE

Per accessibilità si intende la capacità di garantire l'accesso ai servizi erogati a tutti gli utenti potenzialmente interessati in termini spaziali (es. facoltà di accesso al territorio), temporali (es. orari di apertura al pubblico, tempi di attesa per

accesso ai servizi) e di possibilità di utilizzo di **canali diversi** (es. telefono, mail, PEC, posta elettronica, etc... cui si rimanda ai paragrafi precedenti).

Inoltre, la normativa in materia di comunicazioni elettroniche è orientata a promuovere la diffusione e lo sviluppo delle infrastrutture di comunicazione, per cui l'Azienda Asl Roma 3 ha ravvisato la necessità di dotarsi di un **servizio DAS (Distributed Antenna System)** multi operatore per il potenziamento e la ottimizzazione del segnale radiomobile (deliberazione n. 249 del 30.12.2021);

Infine:

- l'evoluzione del sistema operativo (l'Azienda in questi anni ha sostituito la maggior parte dei PC più obsoleti e con sistema operativo inadeguato) ha condotto all'uso di maggior banda di connettività dovuta alla distribuzione degli aggiornamenti (patch di sicurezza) rilasciati da Microsoft;
- la necessità di introduzione di nuovi software per la gestione dei processi istituzionali (la possibile acquisizione di una cartella clinica informatizzata, di un nuovo software di Laboratorio analisi, di un nuovo software di gestione della Anatomia patologica, etc..) nonché di sistemi di videoconferenza, implementati negli ultimi anni anche a causa dell'emergenza pandemica generata dal COVID 19, ha comportato la sempre maggiore esigenza di opportuna rete/connesione.

Per quanto sopra con deliberazione n. 262 del 14.03.2022 è stato predisposto uno specifico piano dei fabbisogni che prevede **l'incremento sia della capacità di banda dei collegamenti tra le sedi che del Servizio di Banda Riservata (SBRI)**: si allega a tal proposito l'elenco delle attività di upgrade per ciascuna sede aziendale (Allegato 2).

## 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il Piano triennale per la prevenzione e la trasparenza, oggi parte integrante del PIAO, viene adottato tenendo conto di quanto disposto dal Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'ANAC e avente validità per il prossimo triennio.

Il PTPCT, recependo gli indirizzi contenuti all'interno del vigente Piano Nazionale Anticorruzione, è finalizzato a rafforzare l'integrità dell'Azienda anche mediante la programmazione di efficaci misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La prevenzione della corruzione è volta a prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza generando, in tal modo, valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

Il PTPCT dedica sezioni particolari ai contratti pubblici, al divieto di pantouflage ed agli obblighi della trasparenza.

### a) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO

La fase storica in cui si colloca il PTPCT, come il PNA, è complessa a causa dei cambiamenti dovuti al superamento del periodo di crisi derivante dalla pandemia nonché alla realizzazione del PNRR. Il rischio corruttivo nella delicata fase di riforma collegata al PNRR, che vede ingenti flussi di denaro e notevoli deroghe alla legislazione ordinaria, rendono l'attività amministrativa ad alto rischio corruttivo che necessitano di un rafforzamento dell'integrità pubblica.

Gli impegni assunti con il PNRR riguardano, in particolar modo, il settore dei contratti; tale settore ha infatti un ruolo fondamentale nel PNA e, di conseguenza, nel PTPCT.

Inoltre, la crisi sanitaria derivata dal COVID e dalle sue drammatiche conseguenze economiche e sociali hanno aperto nuovi spazi per la criminalità organizzata, come ad esempio l'opportunità di reinvestire capitali sporchi provenienti da attività di stampo mafioso o di incrementare l'usura approfittando della debolezza degli imprenditori e delle famiglie.

L'analisi del contesto esterno consente di rilevare le caratteristiche strutturali ambientali, culturali, sociali ed economiche che caratterizza il territorio dell'ASL Roma 3.

L'ultimo Rapporto Mafie nel Lazio, a cura dell'Osservatorio Tecnico-Scientifico per la Sicurezza e la Legalità della Regione Lazio, descrive un quadro d'insieme incentrato all'analisi della presenza delle mafie nella nostra Regione. Nel Rapporto, all'interno del capitolo "Le mafie romane", è presente un paragrafo dedicato a "Le mafie del litorale" ed in particolare si parla di Ostia facente parte del X Municipio.

*Secondo l'Osservatorio "Ostia è un quartiere romano con un'alta densità di popolazione che custodisce un tesoro che è stato oggetto delle attenzioni delle mafie locali: il mare di Roma. Il X Municipio, secondo quanto riportato dall'Osservatorio, è stato il primo Municipio d'Italia sciolto per mafia. Il territorio di Ostia è stato, infatti, profondamente infiltrato dalla criminalità organizzata che, con il metodo mafioso, si è adoperata per la spartizione delle attività imprenditoriali, per la gestione del traffico di stupefacenti e, in tempi più recenti, si è indirizzata anche verso il controllo delle attività di balneazione. Tutto ciò con una escalation di atti intimidatori, allorché ai Fasciani sono subentrati gli Spada che sono stati, tuttavia, duramente colpiti dall'azione di contrasto. Al riguardo, si rammenta la recente sentenza con la quale la corte d'Assise di Roma ha condannato, in primo grado di giudizio, n. 17 imputati nel processo che ha visto coinvolti soggetti appartenenti o congiunti alla famiglia Spada a seguito dell'operazione Eclissi. Da rilevare, seppur riferita ad un evento circoscritto, è la sentenza della corte di Cassazione, depositata il 20.02.2020, con la quale è stata confermata l'aggravante del metodo mafioso nel modus agendi di un elemento di vertice del clan Spada. Lo stesso si era reso responsabile dell'aggressione, che ha avuto ampio risalto mediatico, nei confronti di un inviato che conduceva un'inchiesta giornalistica per una trasmissione televisiva.....".*

Sempre dal Rapporto Mafie si legge che *"il quadro storico sotto il profilo giudiziario su Ostia è attualmente abbastanza definito. Sebbene Ostia costituisca una realtà ancora complessa e variegata da decifrare sotto il profilo della presenza delle associazioni mafiose autoctone e di altre che usano il metodo mafioso, ad oggi sei sentenze definitive a carico del clan Fasciani e del gruppo Spada hanno già confermato la caratura criminale dei clan che hanno condizionato la vita sociale ed economica dei cittadini di Ostia."*

Dal Rapporto dell'Osservatorio emerge inoltre che Roma, grazie all'estensione del territorio, all'ampio numero di imprese che operano nella città, alla vicinanza con le istituzioni nazionali, offre agli occhi delle organizzazioni criminali un mercato ideale per ogni sorta di investimento, legale e illegale.

Ultimo aspetto considerato nel Rapporto riguarda il rapporto della criminalità economica a Roma con le istituzioni e con il settore degli appalti pubblici; vi si legge, infatti, che *"questi sistemi corruttivi sono massicciamente presenti a Roma e rappresentano il principale problema della capitale. Nel combinato disposto fra mafie e corruzione organizzata possono nascere connubi piuttosto proficui per i bilanci delle mafie che finiscono per attingere a fondi pubblici, attraverso un rapporto esiziale con la pubblica amministrazione, con i funzionari che la gestiscono e il livello politico che a Roma è direttamente rappresentato sul territorio. La fase attuale in cui versa la capitale è fortemente condizionata da un evento senza precedenti, la pandemia. In questo periodo numerosi allarmi sono stati lanciati, anche da strutture nate ad hoc, come il coordinamento investigativo presso il ministero dell'Interno che ha il compito di monitorare gli investimenti in periodo Covid."*

Ancora dal Rapporto emerge che l'emergenza sanitaria rischia di essere la tempesta perfetta per l'ingresso di altri capitali illeciti nel sistema dell'economia legale italiana. Soprattutto in questa fase di nuovi business legati alla sicurezza anticovid e vecchie crisi economiche, le principali strutture regionali e nazionali si sono dotate di nuovi strumenti di controllo per evitare che i capitali illeciti traggano profitto tanto dalla crisi quanto dalla sottovalutazione.

Nell'analisi del "contesto esterno" il cui fine è quello di identificare la possibilità che si verifichino eventi di tipo corruttivo, in relazione all'ambiente in cui la ASL opera, non può prescindere da un'analisi del c.d. "contesto interno", di fondamentale importanza per la pianificazione di tutte le sezioni parti integranti del PIAO e della produzione del c.d. "Valore Pubblico", cui si ispira il vigente PNA.

## b) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO

L'ASL opera in un settore, quello dei servizi sanitari, che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, presenta caratteristiche del tutto peculiari in considerazione di

fattori, quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, che lo espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi nel suo ambito. Peraltro, la maggior parte degli ambiti di attività dell'Azienda risultano presidiati da norme di legge, di livello statale e/o regionale, da regolamenti, procedure, istruzioni operative aziendali che disciplinano in modo puntuale tutte le fasi del processo, delimitando e riducendo l'ambito di discrezionalità e prevenendo, al contempo, la possibilità di errori involontari da parte degli operatori e dei funzionari. Contribuisce a mitigare il rischio di fatti corruttivi, la gestione informatica della maggior parte dei processi attraverso procedure che garantiscono la tracciabilità delle operazioni e la loro riconducibilità agli operatori e il monitoraggio costante della regolarità, anche sotto il profilo contabile e del rispetto dei vincoli di spesa, dei processi posti in essere.

Ai fini di una completa valutazione del contesto interno si dà evidenza del personale in servizio presso la Asl come riportato nella tabella presente nella sezione 3.

L'analisi della distribuzione dei ruoli e delle responsabilità attribuite al personale in servizio presso la Asl è riportata nella tabella di cui all'allegato 9.

Da ultimo, giova rappresentare il dato relativo a procedimenti disciplinari avviati e/o conclusi nell'anno 2022 relativamente a possibili eventi corruttivi.

Nell'anno 2022 sono stati avviati n. 77 procedimenti disciplinari non per fatti riconducibili ad eventi corruttivi.

Nell'anno 2022 sono stati avviati n. 9 procedimenti disciplinari a carico di altrettanti dipendenti per violazione del codice comportamentale.

Nell'anno 2022, inoltre, non risultano pervenute segnalazioni di whistleblowing.

### c) MAPPATURA DEI PROCESSI PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISCHI CORRUTTIVI

Nell'anno 2023 si concluderà la mappatura dei processi iniziata nel 2022, mappatura che vedrà analizzate le correlate misure di prevenzione. Particolare attenzione verrà data ai processi relativi a settori quali autorizzazioni, concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera oltre che al settore degli appalti (sia lavori che beni e servizi).

In sede di prima stesura del Piano Anticorruzione di questa Azienda, in applicazione dall'art. 1, comma 9, lett. a) della Legge 06.11.2012, n. 190 si è proceduto all'individuazione, tra le attività di competenza, delle aree più esposte al rischio di corruzione, a partire dalle attività che la legge n. 190 già considera come tali, ovvero quelle previste dal comma 16:

a) autorizzazione o concessione;

b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163;

c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;

d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D. Lgs. n. 150/2009.

Al fine di proseguire nella trattazione della valutazione del rischio corruttivo, si è data priorità di intervento ai processi ad elevato e moderato rischio corruttivo organizzando degli incontri con i referenti delle Strutture al fine di analizzare i processi e di individuare le fasi deboli dei medesimi e valutare congiuntamente le misure e gli interventi da porre in essere per minimizzare la rischiosità rilevata. L'obiettivo mira a gestire il rischio non in modo formalistico, secondo una logica di mero adempimento, bensì progettandolo e realizzandolo in modo sostanziale, ossia calibrato sulle specificità del contesto esterno ed interno dell'amministrazione, individuando, sulla base delle risultanze ottenute in sede di valutazione del rischio, interventi specifici e puntuali volti ad incidere sugli ambiti maggiormente esposti ai rischi, valutando al contempo la reale necessità di specificare nuove misure, qualora quelle esistenti abbiano già dimostrato un'adeguata efficacia.

#### d) IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

Nella seguente tabella sono identificate le strutture in cui è articolata l'Azienda e sono riportati i processi attenzionati con la relativa valutazione dei rischi corruttivi:

STRUTTURA E PROCESSO	VALORE	RISCHIO
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - attività di vigilanza e monitoraggio delle strutture sanitarie private accreditate	14,4	elevato
UOC Distretto Sanitario X Municipio - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	13,8	elevato
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - liquidazione crediti strutture sanitarie private accreditate	9	moderato
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - istruttoria contenzioso	9,2	moderato
Presidio Ospedaliero Grassi - UOC Servizio di Immunoematologia e medicina Trasfusionale - Acquisizione beni e servizi	10	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOSD Attività Specialistica, Liste d'Attesa e CUP - Gestione agende medicina specialistica	7,6	moderato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - Emissione certificati per incidente stradale nucleo cure primarie	7,5	moderato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - esenzioni ticket per patologia	7,1	moderato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	3,2	moderato
Dipartimento Salute Mentale - UOSD Interventi Precoci - Progetti personalizzati	7,1	moderato
Dipartimento Salute Mentale - UOSD Interventi Precoci - invio in residenze	6,7	moderato
UOC Distretto Sanitario X Municipio - rimborsi delle prestazioni sanitarie prenotate e non effettuate e/o esenzioni	9,6	moderato
Presidio Ospedaliero Grassi - Laboratorio analisi - Acquisizione dei reattivi e della strumentazione di laboratorio	6,1	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Odontoiatria Preventiva e Sociale - Gestione agende di continuità	9,9	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - rimborsi diretti agli assistiti/cooperative, trapiantati, dializzati, cure all'estero...)	5,98	moderato
	9,3	moderato

Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - attività amministrativo/contabile esenzioni		
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - attività amministrativo/contabile incassi CUP	5,9	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - attività amministrativo/contabile autorizzazioni ricoveri all'estero	6,1	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - Pareri, autorizzazioni, certificazioni	6,5	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - amministrazione	10,9	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - Vigilanza, ispezioni e controllo	6,6	moderato
Dipartimento di Prevenzione - UOC IAOA - Vigilanza, ispezioni e controllo	7,4	moderato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD IAN - Pareri, autorizzazioni, certificazioni	7,5	moderato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD IAN - Vigilanza, ispezioni e controllo	9	moderato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD Canile sovrazonale e controllo del randagismo -Vigilanza, ispezioni e controllo	7,5	moderato
UOSD Comunicazione e Rendicontazione Sociale - URP - gestione reclami e segnalazioni	6,3	moderato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - espletamento procedure di gara	18	elevato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - attivazione gare aggiudicate	13,72	elevato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - gestione fondo economale	14,87	elevato
Dipartimento Professioni Sanitarie - Corso di Laurea Infermieristica La Sapienza - attribuzione incarichi di docenza	8,25	moderato
	6,66	moderato



## e) PROGETTAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEI RISCHI CORRUTTIVI

La formazione svolge un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano. L'Azienda adotta annualmente il programma di formazione dei dipendenti. La formazione in tema di anticorruzione è articolata su due livelli essenziali: a) un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale); b) un livello specifico, rivolto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai Referenti, Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio e alle altre figure a vario titolo coinvolte processo di prevenzione, avente ad oggetto le politiche, i programmi ed i vari strumenti, tecniche e metodologie utilizzati per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione. I responsabili delle articolazioni aziendali comunicano, ogni anno, al Responsabile Aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza i nominativi dei dipendenti che andranno formati. La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria.

Unitamente alla formazione, la trasparenza costituisce una misura efficace non soltanto ai fini della prevenzione del rischio corruttivo, ma anche come strumento di dialogo coi cittadini e le imprese.

L'adempimento degli obblighi previsti dal d. lgs. 33/2013 e s.m.i. è curato dal RPCT, cui compete la definizione delle misure, dei modi e delle iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. Il RPCT adempie e sovrintende agli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa, assicurando, unitamente alla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni dei dati pubblicati.

La mancata o incompleta o tardiva pubblicazione delle informazioni di cui al comma 31 del d. lgs. 33/2013, qualora imputabile a negligenza del dirigente tenuto all'adempimento, costituisce fonte di responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d. lgs. 165/2001.

In linea, con le disposizioni in materia di trasparenza, nel corso del 2018, è stato approvato il regolamento per l'accesso agli atti, l'accesso civico è l'accesso generalizzato, pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente, ed è stato istituito il Registro degli accessi, anch'esso consultabile on line.

La trasparenza costituisce una misura efficace non soltanto ai fini della prevenzione, ma anche come strumento di dialogo coi cittadini e le imprese.

L'adempimento degli obblighi previsti dal d.lgs. 33/2013 e smi è curato dal RPCT cui compete la definizione delle misure, dei modi e delle iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. Il RPCT, adempie e sovrintende agli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, assicurando, insieme alla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni e dei dati pubblicati. La mancata o incompleta o tardiva pubblicazione delle informazioni di cui al comma 31 del d.lgs 33/2013, qualora imputabile a negligenza del Dirigente tenuto all'adempimento, costituisce fonte di responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs 165/2001. In linea con le disposizioni in materia di trasparenza, nel corso dell'anno 2018 è stato approvato il Regolamento per l'accesso agli atti, l'accesso civico e l'accesso generalizzato, pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente, ed è stato istituito il Registro degli accessi anch'esso consultabile on line.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), ogni stazione appaltante è tenuta ad individuare il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati richiesti e a indicarne il nome all'interno del Piano. Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda Roma 3 è il Dr. Roberto Donati, Posizione Organizzativa Contratti e Convenzioni, che ha il compito di vigilare e di provvedere alla verifica e all'aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa presenti nell'AUSA. L'individuazione del RASA è intesa quale misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

All'esito della procedura aperta alla partecipazione degli stakeholder interni ed esterni e previo parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione, con deliberazione del Direttore Generale n. 92 del 30/01/2014, è stato adottato il primo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL ROMA 3. Il Codice aziendale, oltre a recepire in toto le regole di comportamento contenute nel Regolamento recante il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. 62/2013, contiene ulteriori regole rispondenti alle specifiche esigenze del contesto in cui è destinato ad operare. Il Codice viene periodicamente aggiornato. Inoltre, al fine di individuare gli aspetti più critici, che necessitavano di opportuno approfondimento, si è tenuto conto della tipologia dei casi segnalati all'UPD nell'ultimo biennio. Inoltre: - è stata valorizzata l'importanza del senso di appartenenza all'Azienda che intende favorire il benessere lavorativo necessario affinché tutti coloro che lavorano per l'Azienda medesima si sentano parte di un gruppo; - è stato previsto il divieto per il destinatario di rendere pubbliche dichiarazioni offensive e denigratorie, anche sui social networks, nei riguardi dell'Azienda; - in merito al valore massimo per "regali, compensi e altre utilità", alla stregua di quanto disposto da altre Asl che hanno accolto i rilievi di cittadini che ritenevano troppo alto l'importo di € 150,00 come "regalo di cortesia", si è ritenuto congruo abbassare tale limite da € 150,00 a € 100,00; - è stato inserito il richiamo al "divieto di fumo"; - è stato inserito un paragrafo specifico per "concorsi pubblici, selezioni e progressioni"; - è stato opportunamente sviluppato l'aspetto delle conseguenze disciplinari in caso di violazioni del Codice Etico Comportamentale; - è stato ampliato quanto attiene i valori fondamentali riconosciuti nella Carta Europea dei diritti del malato; - è stato rimarcato il ruolo strategico dei Dirigenti nel vigilare sull'applicazione del Codice e la loro responsabilità qualora non si attivino per perseguire fenomeni in contrasto con le disposizioni del Codice stesso. Il Codice di Comportamento vigente è allegato al presente Piano. Ai sensi della previsione di cui all'art. 2, c. 3, del Codice generale, gli obblighi di condotta contenuti nel citato Codice sono estesi alla Direzione Generale e ai componenti del Collegio Sindacale e, mediante l'inserimento di clausole ad hoc, negli atti di conferimento di incarichi o di affidamento di lavori e servizi, alle seguenti categorie: a) Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale; b) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo; c) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate; d) Personale assunto con contratto di somministrazione; e) Borsisti, stagisti, tirocinanti e specializzandi.

Al fine di dare concreta operatività a tale previsione si confermano le seguenti azioni:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, a cura dell'Ufficio del Personale, è inserita una clausola che prevede l'impegno dell'interessato a rispettare le norme del Codice di comportamento aziendale e la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi ivi previsti;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori e per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture convenzionate/accreditate, a cura della Struttura competente alla gestione del procedimento, è inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento generale e aziendale da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL, nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Tutti i destinatari sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nel Codice, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della performance e della conseguente corresponsione della retribuzione di risultato, sia ai fini del conferimento e dell'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali. I Responsabili delle varie articolazioni aziendali hanno il compito di promuovere, anche attraverso un'adeguata informazione, il rispetto delle regole comportamentali definite nel Codice e di vigilare costantemente sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore secondo la disciplina prevista dalle norme di legge e contrattuali. I dipendenti e i collaboratori hanno l'obbligo di segnalare al Responsabile della struttura di assegnazione, o al RPCT, eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza. Qualora la segnalazione pervenga al Dirigente della Struttura, questi deve trasmetterla al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Ai sensi dell'art. 16 del DPR 62/2013 e dell'art.54, c. 6, del d.lgs. 165/2001, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento: - I Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura; - Le strutture di controllo interno; - L'Ufficio Procedimenti Disciplinari. L'Ufficio per i procedimenti disciplinari, ai sensi dell'art. 16, comma 3, del DPR 62/2012 provvede: - all'aggiornamento del Codice di comportamento; - a formulare pareri sui quesiti presentati dai dipendenti in merito alla corretta applicazione del Codice di comportamento, raccordandosi a tal fine col Responsabile della prevenzione; - alla raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e alla tenuta del relativo registro nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste

dall'art. 54 bis, nonché l'esame delle segnalazioni di violazione o di sospetto di violazione del codice di comportamento. L'Ufficio per i procedimenti disciplinari e i Responsabili di ciascuna struttura aziendale sono tenuti a svolgere una costante attività di vigilanza sull'attuazione dei Codici di comportamento, provvedendo a tenere costantemente informato il Responsabile della prevenzione di ogni violazione accertata e contestata e dell'esito del procedimento instaurato nei confronti del trasgressore.

Entro il 30 novembre di ogni anno, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmette al Responsabile della prevenzione un report riportante i seguenti dati: a) numero delle violazioni segnalate e contestate nel semestre di riferimento, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore; b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni; c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto. L'Ufficio del Personale, all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro o dell'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere agli interessati, per avvenuta presa visione ed accettazione degli obblighi ivi previsti, copia del Codice di comportamento.

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti. Ai sensi dell'art. 16, comma 2, lett. l quater, del d.lgs 165/2001, nell'ipotesi di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare la sospensione dal servizio, in applicazione dell'ivi previsto obbligo di rotazione, nei confronti dell'accusato vengono adottati i seguenti provvedimenti: - per il personale dirigenziale, la revoca dell'incarico in essere e il conferimento di altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. 165/2001; - per il personale non dirigenziale, l'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma, lett. l quater, del d.lgs. 165/2001. Rientra nelle competenze del Responsabile della struttura cui afferisce il dipendente sottoposto a giudizio penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, adottare o proporre alla Direzione Generale, ove non competente, i suddetti provvedimenti, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione. La rotazione è esclusa, e si dovrà far luogo alla sospensione dal servizio, nelle ipotesi di reati di particolare gravità o qualora la permanenza in servizio dell'accusato, in considerazione della natura dei fatti contestati, risulti pregiudizievole all'immagine dell'amministrazione o alla sicurezza degli utenti e dipendenti. Al di fuori dell'ipotesi sopra considerata, nelle more dell'adozione degli atti che costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione sistematica dell'istituto, si farà luogo, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni negoziali, alla rotazione del personale nell'ipotesi di eventi che, pur non integrando un'ipotesi di reato o un illecito disciplinare, siano sintomatici di una significativa criticità. Con riferimento alle attività classificate ad "Alto" rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare ed implementare, ove non ancora adottate, le azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti, ed adottare misure di controllo compensative, quale l'affidamento delle pratiche sensibili a due funzionari, atte a prevenire il rischio di condotte corruttive. I Responsabili delle articolazioni aziendali, possono regolarmente disporre la rotazione del personale assegnato alle proprie strutture nell'ambito delle loro ordinarie prerogative gestionali della qualifica e del profilo professionale e dei limiti stabiliti dai CCNLL. Nel corso dell'anno 2018 la misura preventiva della rotazione è stata adottata per l'Ufficio Rilevazione Presenze centrale ove l'attività di inserimento giustificativi nella procedura informatizzata è stata ridistribuita tra il personale assegnato all'Ufficio in parola in quanto trattasi di un'attività fungibile. I Responsabili delle strutture interessate trasmettono al RPCT, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione in merito all'attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni che ostano alla sua applicazione e le misure compensative adottate in tal caso. La rotazione non potrà essere applicata ai profili professionali nei quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa o da un numero comunque esiguo di unità lavorative; tale condizione deve essere espressamente dichiarata dal dirigente dell'Unità Operativa di riferimento. Nel corso di validità del presente Piano verranno adottate le iniziative per definire i criteri generali ed oggettivi e le modalità di applicazione in via ordinaria del principio della rotazione, tali da salvaguardare le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari, anche attraverso la previsione di adeguati percorsi formativi e di forme di affiancamento, per consentire al personale coinvolto nella rotazione di acquisire le adeguate competenze.

Tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 bis nella L. n. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e dai Codici di comportamento nazionale e aziendale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto. Il soggetto destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa. I Responsabili delle articolazioni aziendali devono provvedere a trasmettere tempestivamente le segnalazioni di astensione ricevute dal personale afferente la propria struttura al Responsabile della corruzione, che cura la tenuta del relativo registro.

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per il personale Dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL ROMA 3 è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e s.m.i. e dalle altre norme di legge ivi richiamate. A tale riguardo l'Azienda ha adottato specifico Regolamento in materia al fine di definire i criteri e disciplinare le procedure per il rilascio delle necessarie preventive autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali da parte del personale dipendente dell'ASL Roma 3. A tale riguardo è da evidenziare che:

✓ i dipendenti sono tenuti a comunicare formalmente all'UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, utilizzando l'apposito modulo di comunicazione;

✓ l'irrogazione di sanzioni disciplinari o l'attivazione del procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva costituisce causa ostativa al conferimento di incarichi aggiuntivi e/o all'autorizzazione di incarichi/attività extra-istituzionali;

✓ i Responsabili di struttura, ai fini della formulazione del parere di competenza secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio dell'autorizzazione, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio o la pendenza di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva;

✓ l'omesso versamento all'amministrazione, nei termini dalla medesima stabiliti, del compenso indebitamente percepito per lo svolgimento di incarichi/attività non autorizzata o comunque non autorizzabile, è fonte di responsabilità erariale in capo al dipendente indebito percettore.

Con il d.lgs. 39/2013 il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità. In particolare, ai sensi di quanto disposto nei Capi III e IV del d.lgs. 39/2013, nonché ai sensi della delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, n. 833 del 3 agosto 2016, è stato previsto che il conferimento di incarichi amministrativi di vertice (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo) è precluso, in modo temporaneo o permanente, a coloro che: - abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'amministrazione o svolto attività libero professionale a favore di questi ultimi; - siano stati componenti di organi di indirizzo politico. La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto. Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non siano note all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione

della Corruzione e della Trasparenza effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

I Capi V e VI del d.lgs. 39/2013 contemplano le cause di incompatibilità, che, a differenza di quelle che determinano l'inconferibilità, possono essere rimosse mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro. Con riferimento ad entrambe le fattispecie, gli interessati sono tenuti ad attestare l'insussistenza della causa ostativa mediante dichiarazione da presentare UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari, resa ai sensi dell'art. 20 del citato d.lgs. 39/2013: - all'atto del conferimento dell'incarico; - annualmente e tempestivamente su richiesta nel corso del rapporto; - tempestivamente all'insorgenza di una causa di incompatibilità. Le dichiarazioni sostitutive vengono acquisite agli atti dell'UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari che ne cura la tempestiva pubblicazione sul sito istituzionale. L'UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari accerta la veridicità della dichiarazione secondo le Linee Guida ANAC n. 833 del 2016.

La legge 190/2012, ha introdotto nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs 165/2001, il comma 16 ter, ai sensi del quale, "I dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal precedente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti". Destinatari del divieto sono tutti i dipendenti che per il ruolo o la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dal D. Lgs 50/2016). Tali soggetti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con la pubblica amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione, e, quindi, anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività dal dipendente nell'esercizio dei suoi poteri autoritativi o negoziali. La violazione del divieto comporta l'applicazione delle seguenti sanzioni: - sanzioni sull'atto: nullità dei contratti di lavoro conclusi e degli incarichi conferiti in violazione del divieto; - sanzioni nei confronti dei trasgressori: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono avere rapporti contrattuali con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti ed accettati in esecuzione dell'affidamento illegittimo. Pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso in caso di violazione.

Con riferimento a tale condizione ostativa, i Responsabili delle strutture competenti *ratione materiae* devono assicurare che:

- in tutti i contratti di assunzione del personale sia inserita 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 data di cessazione del rapporto di lavoro con l'ASL nei confronti dei soggetti privati destinatari, nell'ultimo triennio di servizio, dell'attività svolta dal dipendente nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali;

- nei bandi di gara e negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita, a pena di esclusione dalla procedura, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque di non aver attribuito incarichi, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto, ad ex dipendenti dell'ASL che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego. La medesima clausola deve essere inserita negli atti di affidamento diretto della fornitura di beni e servizi e negli atti di convenzionamento con strutture private. Qualora emerga la violazione del divieto, il Responsabile del procedimento dispone l'esclusione dalla procedura di affidamento del partecipante/offertore, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione. L'Ufficio Legale adotta le dovute iniziative a tutela dell'ASL anche nei confronti dell'ex dipendente resosi responsabile della violazione dell'obbligo, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione.

L'ASL Roma 3, nel rispetto di quanto disciplinato con la Legge 179/2017, ha adottato il "Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblowing)". Al riguardo si precisa che l'utilizzo improprio dell'istituto delle segnalazioni e, più in generale, i comportamenti volti esclusivamente a rallentare l'attività del RPCT, saranno a loro volta suscettibili di essere sanzionati in sede disciplinare. Nei confronti del dipendente che segnala illeciti non è consentita, né tollerata da parte dell'Azienda alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla segnalazione. La segnalazione del dipendente è sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii. Nel corso del 2019 è pervenuta n. 1 segnalazione, nel corso del 2020 è pervenuta n. 1 segnalazione. Nessuna segnalazione negli anni 2021 e 2022.

Nelle procedure di selezione del personale deve formare oggetto di specifica valutazione dell'idoneità dei candidati la conoscenza dei principi e delle norme fondamentali in materia di etica, integrità e legalità, dei doveri e delle responsabilità dei pubblici funzionari e degli incaricati di pubblico servizio e del personale operante presso le pubbliche amministrazioni, nonché dei doveri previsti dai codici di comportamento e delle sanzioni applicabili in caso di violazione. Per i neo-assunti, ai fini del positivo superamento del periodo di prova, deve formare oggetto di specifica verifica ed attestazione da parte del Responsabile della struttura di assegnazione, il rispetto degli obblighi previsti nei Codici di comportamento e delle prescrizioni contenute nel presente Piano, nonché delle disposizioni e procedure aziendali. Il personale di nuova assegnazione presso una struttura deve essere adeguatamente formato, anche mediante un periodo di affiancamento, e informato dal Responsabile della struttura su obblighi di comportamento e regole previsti dai Codici e dal presente Piano e sulle conseguenze della loro violazione.

Per "Patto di Integrità" si intende un accordo avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno anti-corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'ASL ha previsto il patto di integrità allegato al presente Piano (**Allegato 5**). A cura dei Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure il Patto di integrità deve essere inserito nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti Responsabili devono inoltre curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto. Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione.

L'ASL Roma 3 ha sempre posto particolare attenzione alla predisposizione di percorsi di formazione, attuazione e controllo dei processi e delle decisioni al fine di garantire il perseguimento dei fini istituzionali nel rispetto della legalità, dell'efficienza e dell'efficacia e delle attività e della qualità dei servizi resi ai cittadini. In particolare, l'Azienda nel tempo si è organizzata al fine di circoscrivere e presidiare gli ambiti di discrezionalità, quali la segregazione delle funzioni e responsabilità e dei compiti, le valutazioni e decisioni collegiali, l'informatizzazione dei processi e procedimenti "sensibili", la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, controlli informatici preventivi e successivi, sistema di valutazione della performance, controllo di gestione, sistema di qualità. A questi si aggiungono quelli istituzionali di legalità e regolarità amministrativo contabile da parte del Collegio Sindacale. Tali modalità organizzative e procedurali, concorrono a formare il sistema delle misure volte a prevenire il fenomeno della corruzione e dell'illegalità nell'ambito dell'ASL di cui costituiscono, a pieno titolo, i regolamenti di cui l'Azienda si è dotata nel tempo e che vengono pubblicati nel portale aziendale al fine di darne la massima diffusione all'interno dell'Azienda stessa.

Per ciascuna delle specifiche aree di rischio i Responsabili delle articolazioni aziendali esplicitano i meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione attraverso:

1. Individuazione e descrizione dei processi rientranti nelle macro aree di attività' individuate dal presente Piano, con esplicitazione del personale coinvolto;
2. Revisione o predisposizione di regolamenti o procedure aziendali per la gestione dei processi;
3. Definizione dei sistemi di verifica e controllo di regolarità e legittimità da effettuare con individuazione dei soggetti che li operano, il sistema di monitoraggio periodico e l'oggetto e la tempistica dei controlli.

Principi generali:

✓ frammentazione delle responsabilità e dei compiti e previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;

✓ tracciabilità dei processi e delle responsabilità, attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta in qualunque momento la verifica del processo stesso in termini di congruità, coerenza, responsabilità e rispetto della normativa; } assegnazione dei compiti e funzioni in coerenza con le competenze, i poteri e le responsabilità inerenti la qualifica posseduta e il profilo professionale di appartenenza;

✓ legalità, in forza del quale gli atti e le attività devono essere posti in essere nel più rigoroso rispetto delle norme di legge, dei regolamenti, delle procedure e dei Codici aziendali;

✓ rispetto dell'ordine cronologico nella trattazione delle pratiche, fatti salvi i casi di urgenza che devono essere espressamente richiamati nel provvedimento. - regole/misure specifiche ulteriori rispetto a quelle obbligatorie:

***Settore affidamento di lavori, servizi e forniture:***

✓ divieto di inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito di clausole che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;

✓ gli atti di gara e di aggiudicazione devono contenere l'espresso divieto di subappalto di qualsiasi tipo da parte dell'aggiudicatario alle ditte/imprese che hanno partecipato alla gara;

✓ assicurare la regolare rotazione nella nomina dei componenti delle commissioni di gara e garantire che l'individuazione dei componenti medesimi sia effettuata secondo la professionalità posseduta in riferimento all'oggetto della gara.

***Settore contratti***

✓ il Patto di integrità deve essere richiamato nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara e nei contratti a cura dei Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure di redazione e sottoscrizione dei bandi di gara e dei contratti.

***Attività di vigilanza, controllo, ispezione di competenza delle strutture del Dipartimento di Prevenzione:***

✓ le attività di vigilanza, controllo e ispezione da svolgere devono essere affidate secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei destinatari delle attività al fine di evitare il consolidarsi di relazioni stabili tra controllori e controllati;

✓ la programmazione degli interventi di vigilanza, controllo e ispezione deve garantire la segretezza nei confronti dei destinatari fino alla data dell'effettiva esecuzione delle attività, fatte salve le casistiche che per norma ne prevedono il preavviso;

✓ gli atti di vigilanza, controllo e ispezione di competenza delle strutture del Dipartimento di Prevenzione, compatibilmente con le risorse disponibili, devono essere effettuati da almeno due operatori abbinati secondo la rotazione casuale.

***Settore rilevazione presenze:***

✓ monitoraggio, riscontro delle timbrature sulle presenze del personale in sede. I Referenti, con riferimento alle strutture ricomprese nella macro-area di rispettiva competenza, verificano, con cadenza almeno trimestrale, l'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l'attuazione delle ulteriori

misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione entro il 30 novembre di ogni anno.

I Referenti, con riferimento alle strutture ricomprese nella macro-area di rispettiva competenza, verificano, con cadenza almeno trimestrale, l'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l'attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione entro il 30 novembre di ogni anno.

## TRASPARENZA

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare si indicano, qui di seguito, i nominativi dei soggetti responsabili di ogni pubblicazione (elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati, monitoraggio sull'attuazione degli obblighi):

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie) DISPOSIZIONI GENERALI						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile a produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	0, c. 8, lett. a), n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. 1 comma 2 bis Legge 190/2012	Annuale (art. 10, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	Trasparenza Prevenzione Corruzione
Attestazioni OIV o struttura analoga	Art. 31 D. lgs. 33/2013	Attestazioni OIV o struttura analoga	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere CIVIT	OIV	URP
Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	URP
		Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sull'organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, o nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	URP
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	CC disciplinare, e l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e delle sanzioni (pubblicazione on line in alternativa o pubblicazione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) e di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UOSD AFFARI GENERALI UPD	UOSD AFFARI GENERALI UPD



ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie) ORGANIZZAZIONE						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile la produzione dei da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile la pubblicazione sul sito aziendale
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Competenze e risorse a disposizione ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 13, c. 1, lett. d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SISTEMI ICT

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI**

**Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)  
CONSULENTI E COLLABORATORI**

Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	nominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli stipulati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE
			Per ciascun titolare di incarico:			
	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE
	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		7. compensi 8. comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE
	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		9. dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE
Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE URP	

	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE URP
--	--	--	--	------------	---	--------------------------------

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI**

**Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)  
PERSONALE**

Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Incarichi amministrativi di vertice (Segretario generale, Capo Dipartimento, Direttore generale o posizioni assimilate)	Art. 14, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	URP
	Art. 14, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	URP
			Per ciascun titolare di incarico:			
	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 14, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) compensi, 2) comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, ed ammontare erogato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOSD AFFARI GENERALI
	Art. 14, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) dati relativi 4) allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali, e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		5) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7) dichiarazione 8) sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	
	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		SSN- Incarichi amministrativi di vertice	Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI

		(da pubblicare in tabelle)	genti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)				
			Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e l'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	URP	
			Per ciascun titolare di incarico:				
			1) curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE	
			2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE URP	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI	
Dirigenti (dirigenti non generali)	Art. 15, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE URP	
	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e l'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE URP	
			Per ciascun titolare di incarico:				
	Art. 10, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) Curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE	
	Art. 15, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE	

	Art. 15, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali, e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	UOC RISORSE UMANE	URP
Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di strutture semplici e complesse)	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN – Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Bandi e avvisi di selezione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
			Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE	
	Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RISORSE UMANE	URP	
	Per ciascun titolare di incarico di responsabile di dipartimento e di struttura complessa:					
	1) curriculum vitae		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE	
	2) compensi, comunque denominati, relativi all'apporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla qualificazione del risultato, e a incarichi di consulenza o collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE	
Posizioni organizzative	Art. 10, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i costi relativi alla dotazione organica e al personale impegnato in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riferimento al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE

	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a un dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Relazioni Sindacali	UOC RISORSE UMANE
Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Relazioni Sindacali	UOC RISORSE UMANE
	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della trattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, presentata con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Relazioni Sindacali	UOC RISORSE UMANE
	Art. 10, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI
	Art. 10, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI

	Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
--	---	--	----------	---	-------------------------	-------------------------



Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie) BANDI DI CONCORSO							
ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI							
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC Responsabile la produzione dei da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale	
	Art. 19, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE	
	Art. 19, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco dei bandi espletati (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei bandi in corso e dei bandi espletati nel corso dell'ultimo triennio con l'indicazione per ciascuno di essi, del numero dei dipendenti assunti e delle spese effettuate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC RISORSE UMANE	
	Art. 23, cc. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 l. c. 16, lett. d), l. n. 190/2012	Dati relativi alle procedure selettive (da pubblicare in tabelle)	Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera	Tempestivo		UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
			Per ciascuno dei provvedimenti:				UOC RISORSE UMANE
			1) oggetto				UOC RISORSE UMANE
			2) eventuale spesa prevista				UOC RISORSE UMANE
			3) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento		UOC RISORSE UMANE		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie) PERFORMANCE						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Piano della Performance	Art. 10, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE	CONTROLLO DI GESTIONE
Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE	CONTROLLO DI GESTIONE
Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 2.1, delib. CiVIT n. 6/2012	Documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	CONTROLLO DI GESTIONE
Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni	Par. 4, delib. CiVIT n. 23/2013	Relazione OIV sul funzionamento del Sistema	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	CONTROLLO DI GESTIONE
Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Entità del premio mediamente conseguibile dal personale dirigenziale e non dirigenziale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie) ATTIVITÀ E PROCEDIMENTI						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. I, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Annuale	UOSD AFFARI GENERALI	URP
Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:			
	Art. 35, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) nome del responsabile del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono avere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, c. I, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, c. I, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP

	Art. 35, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di indicazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, o gli identificativi del conto corrente postale il quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. n), d.lgs. n. 33/2013		risultati delle indagini di customer satisfaction e otto sulla qualità dei servizi erogati attraverso diversi canali, con il relativo andamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
			Per i procedimenti ad istanza di parte:			
	Art. 35, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		l) atti e documenti da allegare all'istanza e documentazione necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
Dichiarazioni sostitutive acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a garantire, assicurare, verificare e controllare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
		Convenzioni-quadro	Convenzioni-quadro volte a disciplinare le modalità di accesso ai dati da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
		Modalità per l'acquisizione d'ufficio dei dati	Ulteriori modalità per la tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
		Modalità per lo svolgimento dei controlli	Ulteriori modalità per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle amministrazioni procedenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
<b>ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie) PROVVEDIMENTI</b>						

Denominazione o-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Provvedimenti Dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
			Per ciascuno dei provvedimenti:			
	Art. 23, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	1) contenuto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
			2) oggetto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
			3) eventuale spesa prevista	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
		documenti relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP	

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI**

**Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)  
BANDI DI GARA E CONTRATTI**

Denominazione sotto-sezione livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile pubblicazione sito aziendale
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013 63, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avviso di preinformazione	Avviso di preinformazione	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC APPROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura coziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC APPROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 122, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi, bandi ed inviti	Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC APPROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 124, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC APPROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori soprasoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC APPROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture soprasoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC APPROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di lavori nei settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC APPROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI

Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 t. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di servizi e forniture nei settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 65, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sui risultati della procedura di affidamento	sui risultati della procedura di affidamento	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
Art. 37, d.lgs. n. 33/2013 t. 66, 223, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi di sistema di qualificazione	periodici indicativi e avvisi sull'esistenza di un sistema di qualificazione - settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013	Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati a sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate con Comunicato del presidente dell'AVCP del 22 maggio 2013)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
Art. 1, l. n. 190/2012 3, delib. AVCP n. 26/2013		Struttura proponente	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
Art. 1, l. n. 190/2012 3, delib. AVCP n. 26/2013		Oggetto del bando	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Procedura di scelta del contraente	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 3, delib. AVCP n. 26/2013		Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 3, delib. AVCP n. 26/2013		Aggiudicatario	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	UOC APPROVVIGIONAMENTI

				UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	
Art. 1, 2, l. n. 190/2012 3, delib. AVCP n. 26/2013	Importo di aggiudicazione	Tempestivo		UOC PROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIO NAMENTI
Art. 1, 2, l. n. 190/2012 3, delib. AVCP n. 26/2013	Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura	Tempestivo		UOC PROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIO NAMENTI
Art. 1, 2, l. n. 190/2012 3, delib. AVCP n. 26/2013	Importo delle somme liquidate	Tempestivo		UOC PROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIO NAMENTI
Art. 1, 2, l. n. 190/2012 3, delib. AVCP n. 26/2013	Modello delle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di operatori che hanno partecipato al procedimento, giudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)		UOC PROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO UOC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIO NAMENTI



**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI**

**Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)  
SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI**

Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile a produzione dei da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina a quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di omissione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
			Per ciascun atto:			
	Art. 27, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
	Art. 27, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
	Art. 27, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
	Art. 27, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti Med.Leg SERT	URP

				Prevenzione	
	Art. 27, c. 1, lett. d.lgs. n. 33/2013	6) link al progetto selezionato	estivo 26, c. 3, d.lgs. n. 13)	etti Med.Leg SERT Prevenzione	URP
	Art. 27, c. 1, lett. d.lgs. n. 33/2013	7) link al curriculum del soggetto incaricato	estivo 26, c. 3, d.lgs. n. 13)	etti Med.Leg SERT Prevenzione	URP

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI**

**Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)  
BILANCI**

<b>Denominazione sotto-sezione livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale</b>	<b>UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale</b>
Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 l. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	URP
	Art. 29, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 l. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	URP

<b>ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)</b>						
<b>BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale</b>	<b>UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale</b>
Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	URP
Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	URP

<b>ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)</b>						
<b>CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale</b>	<b>UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale</b>
	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Rilievi organi di controllo e revisione	non recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, degli organi di controllo interno, degli organi di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI / Direzione Amm. Aziendale	URP
		Rilievi Corte dei conti	ri rilievi ancorchè recepiti, unitamente agli atti riferiscono, della Corte dei conti riguardanti l'amministrazione e l'attività dell'amministrazione o di altri uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI / Direzione Amm. Aziendale	URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)						
SERVIZI EROGATI						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	URP	URP
Costi contabilizzati	Art. 32, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, evidenziando quelli effettivamente sostenuti e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA	URP
Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 32, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempi medi di erogazione dei servizi (da pubblicare in tabelle)	Tempi medi di erogazione dei servizi (per ogni servizio erogato) agli utenti, sia finali che intermedi, con riferimento all'esercizio finanziario precedente	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	URP
Liste di attesa	Art. 41, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (da pubblicare in tabelle)	Tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)						
PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore di tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	URP
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di destinazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, e gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	URP

			codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento			
--	--	--	---	--	--	--

<b>ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)</b>						
<b>STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale</b>	<b>UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale</b>
	Art. 41, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (a pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AVCSS	URP
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AVCSS	URP

<b>ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)</b>						
<b>ALTRI CONTENUTI - CORRUZIONE</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale</b>	<b>UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale</b>
	Art. 10 comma 8 lett. a D. Lgs 33/2013	Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza	Annuale	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione
	Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1 comma 8 L. 90/2012 edelib. T n. 105/2010 e 2/2012	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione
	Art. 1, 4, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile	Annuale (art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE

			della prevenzione della corruzione recante i dati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)			Trasparenza e Prevenzione Corruzione
	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza Prevenzione Corruzione

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)						
ALTRI CONTENUTI - ACCESSO CIVICO						
Denominazione sotto-sezione livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 2 comma 9 bis L. 241/1990	Accesso civico semplice concernente documenti, informazioni soggette a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP
	Art. 5, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico generalizzato concernente i documenti e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefoni e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP
	Linee Guida ANAC FOIA (del.1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso civico con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)						
ALTRI CONTENUTI - ACCESSIBILITÀ E CATALOGO DI DATI, METADATI E BANCHE DATI						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
	Art. 52, d.lgs. 82/2005 e ssmi	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Annuale	UOC SISTEMI ICT	URP
	Art. 52, d.lgs. 82/2005 e ssmi	Catalogo di dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni	Annuale	UOC SISTEMI ICT	URP
	Art. 9, d.l. n. 179/2012	Obiettivi di accessibilità da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella Strategia nazionale per la digitalizzazione dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)	Annuale art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	UOC SISTEMI ICT	URP
	Art. 63, cc. 3-bis -quater, d.lgs. n. 82/2005	Provvedimenti per uso dei servizi in rete	Elenco dei provvedimenti adottati per consentire l'utilizzo di servizi in rete, anche a mezzo di intermediari abilitati, per la presentazione telematica da parte di cittadini e imprese di domande, istanze e atti e garanzie fideiussorie, per l'esecuzione di versamenti fiscali, contributivi,	Annuale	UOC SISTEMI ICT	URP



			previdenziali, assistenziali e assicurativi, per la testa di attestazioni e certificazioni, nonchè dei canali e modalità di utilizzo dei servizi e dei canali telematici e della posta elettronica (l'obbligo di pubblicazione dovrà essere adempiuto almeno 60 giorni prima della data del 1 gennaio 2014, ossia entro il 1 novembre 2013)			
<b>ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI</b>						
<b>Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie) ALTRI CONTENUTI - DATI ULTERIORI</b>						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale	UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale
	Art. 4, d.lgs. n. 33/2013 l. c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori  (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto previsto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		Tutti gli assetti aziendali	URP

#### MONITORAGGIO RICHIESTE ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO PERVENUTE

L'accesso civico è un diritto introdotto dall'art. 5 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

Si distingue in:

- accesso civico semplice che consente a chiunque - senza indicare motivazioni - il diritto di pretendere da una pubblica amministrazione la pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" di documenti, informazioni e dati nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione medesima;
- accesso civico generalizzato che consente a chiunque - senza indicare motivazioni - il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D.Lgs.33/2013.

La richiesta di accesso civico semplice deve essere presentata al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) via mail (amministrazione.trasparente@aslroma3.it), via posta elettronica certificata (protocollo@pec.aslroma3.it), consegna a mano, raccomandata postale.

La richiesta di accesso civico generalizzato non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente.

L'istanza di accesso civico generalizzato identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e NON richiede motivazione.

L'istanza può essere trasmessa per posta elettronica certificata (protocollo@pec.aslroma3.it), via mail, consegna a mano, raccomandata postale e presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti
- all'Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP

Nel corso del 2022, sono pervenute: n.ro 1 richiesta di accesso civico semplice e n.ro 1 richiesta di accesso civico generalizzato, entrambe riscontrate.

## f) MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. Il presente piano tende a rafforzare l'impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato.

L'attività di monitoraggio vedrà coinvolti anche i Referenti dell'anticorruzione; in una prima fase l'attività di monitoraggio sarà effettuata su un campione pari al 30% dei dati pubblicati a partire dai dati segnalati dall'ANAC come da verificare.

Il monitoraggio sarà effettuato quadrimestralmente/trimestralmente.

Il monitoraggio non riguarderà esclusivamente la trasparenza amministrativa ma il controllo sul se e come le misure di trattamento del rischio vengono attuate dando anche una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contestare.

L'attività di monitoraggio può avere ad oggetto anche attività non preventivamente pianificate ma emerse a seguito di segnalazioni pervenute tramite il canale del whistleblowing.

L'attività di monitoraggio deve essere programmata su di un triennio. Tale attività dovrà coinvolgere diversi soggetti, tra cui "Stakeholders" e soggetti della società civile.

La programmazione del monitoraggio ha il fine di evidenziare la centralità ed il ruolo proattivo dei soggetti responsabili, la corretta modalità di espletamento delle verifiche, nonché il ruolo dei responsabili.

Il monitoraggio verrà svolto su tutti i processi, su tutte le misure programmate, con particolare attenzione agli obiettivi ed ai fondi del PNRR.

Strumenti operativi utili per una buona attuazione dell'attività di monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure sono:

- predisporre una check-list;
- realizzare incontri periodici con i responsabili delle misure;
- utilizzare strumenti informatici volti a facilitare l'attività di monitoraggio.

## MONITORAGGIO SULLA TRASPARENZA

Il monitoraggio sulla trasparenza è volto a verificare se l'amministrazione ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente; se siano stati individuati i responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

Il monitoraggio è, altresì, volto a verificare la corretta attuazione della disciplina dell'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la capacità dell'Azienda di censire le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione è un controllo successivo, si riferisce a tutti i dati pubblicati su Amministrazione Trasparente.

Spetta all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni fornite annualmente dall'ANAC. L'OIV attesta, oltre alla presenza/assenza del dato o documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi sulla completezza del dato.

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione dell'OIV a all'invio ad ANAC, assume le iniziative finalizzate all'implementazione delle misure di trasparenza e/o ne adotta ulteriori.

Strumento operativo utile alla corretta pubblicazione dei dati è il ricorso all'utilizzo di strumenti informatici.

Altro possibile strumento è quello di predisporre report – anche attraverso griglie excel di compilazione) specifici da parte dei responsabili dell’elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati; tale strumento realizza un controllo e un monitoraggio continuo.

Il RPCT comunica all’Ufficio Disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione segnalandone i nominativi anche al vertice dell’Azienda e all’OIV.

Il monitoraggio sugli obblighi di trasparenza deve essere svolto sovente, con periodicità, soprattutto per quanto concerne l’utilizzo delle risorse finanziarie connesse agli interventi del PNRR.

All’interno dell’Azienda che è anche soggetto realizzatore di alcune azioni nell’ambito del PNRR, è necessario procedere ad individuare le attività e le responsabilità ai fini della collaborazione con le autorità competenti per il contrasto del fenomeno del riciclaggio e finanziamento al terrorismo.

A tal fine, l’Azienda provvederà a nominare “gestore” un dirigente aziendale quale delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni di cui all’art. 10 del D. Lgs. 231/2007.

#### MONITORAGGIO INTEGRATO DELLE SEZIONI DEL PIAO

Oltre alle attività di monitoraggio sopra specificate, il legislatore ha introdotto il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO.

Monitoraggio integrato:

Fattispecie	Criticità	Ruolo pro-attivo del RPCT
Mancata programmazione da parte del responsabile delle Risorse Umane di assunzioni di personale qualificato idoneo a ricoprire i posti da ruotare	Difficoltà di attuare la misura della rotazione ordinaria del personale	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle Risorse Umane per capire le ragioni/cause di tale difficoltà per poi disporre le necessarie iniziative in materia di Risorse Umane volte anche a consentire di attuare la rotazione
Mancata previsione in bilancio di adeguate risorse finanziarie pre procedere alla informatizzazione della strategia di prevenzione della corruzione	Impossibilità dell’Azienda di adeguare i sistemi informatici per una migliore programmazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle risorse finanziarie/Sistemi informativi per capire le ragioni/cause della mancata previsione di risorse in bilancio affinché vengano intraprese le necessarie iniziative

Ai sensi dell’art. 1, comma 9, lett. e), l’Azienda deve monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e i dipendenti. In fase di prima applicazione e nelle more della definizione di un sistema di monitoraggio supportato da strumenti informatici, i Responsabili delle strutture interessate e i dirigenti e i dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie attestano, nel provvedimento di competenza, l’insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento medesimo. In caso di conflitto di interesse, dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all’obbligo di astensione di cui all’art. 6 bis della legge 241/90. I Responsabili di struttura presentano, entro il 30 novembre di ogni anno, al Responsabile della prevenzione una relazione riportante l’elenco dei provvedimenti per i quali è stata riscontrata una situazione di conflitto di interessi e delle misure adottate.

Le criticità riscontrate durante la fase del “Monitoraggio integrato delle sezioni PIAO” possono, altresì avere risvolti sulla “Performance” del PIAP.

L’OIV dovrà confrontarsi con il RPCT, chiedere informazioni e documentazioni a vario titolo, delle quali sarà possibile evincere la coerenza tra obiettivi strategici e misure di prevenzione della corruzione.

Allo stesso modo, il RPCT dovrà tener conto delle risultanze emerse dalla Relazione sulla Performance, affinché possa comprenderne gli scostamenti rispetto agli obiettivi strategici programmati in materia di prevenzione del rischio ed individuarne le misure correttive.

## IL PANTOUFLAGE

Il termine pantouflage viene utilizzato per indicare il passaggio di dipendenti dal settore pubblico a quello privato. La norma dispone, nello specifico, il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto dell’Azienda, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività dell’Azienda svolta attraverso i medesimi poteri.

La ratio del divieto di pantouflage è volta a garantire l’imparzialità delle decisioni pubbliche e a scoraggiare comportamenti impropri e non imparziali, fonti di possibili eventi corruttivi da parte del dipendente che, nell’esercizio di poteri autorizzativi e negoziali, potrebbe preconstituire situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

Il potere autoritativo della pubblica amministrazione implica l’adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari; pertanto si ritiene che il legislatore consideri tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale.

Si può, pertanto, ricomprendere anche l’adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario quali atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere.

Sono esclusi dal pantouflage gli incarichi di natura occasionale, privi del carattere di stabilità.

In caso di violazione del divieto, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione, sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi non possono contrattare con l’Azienda per i successivi tre anni e hanno l’obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti.

Specifiche misure relative al pantouflage sono inserite nel Codice Etico-comportamentale dell’Azienda (**Allegato 3**).

Inoltre, con il presente atto, si dispone quanto segue:

- negli atti di assunzioni del personale, sia dirigenziale che non dirigenziale, devono essere inserite apposite clausole che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- dichiarazione, a cura delle Risorse Umane, da far sottoscrivere nei tre anni precedenti alla cessazione dal servizio o dall’incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare contestazioni in ordine alla mancata conoscenza della norma;
- comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione dal servizio, dell’eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro nel settore privato;
- dichiarazione, da rendere una tantum all’inizio dell’incarico, con cui l’interessato avente un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato, si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
- obbligo, da inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti dell’Azienda, in violazione del divieto di pantouflage;
- inserimento nei bandi di gara, nonché negli atti di autorizzazione e concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici di qualunque tipo a enti privati, come anche nelle convenzioni, di un richiamato esplicito al divieto di pantouflage;
- inserimento di apposite clausole nel patto di integrità sottoscritto dai partecipanti alle gare;
- attività di formazione specifica in materia di pantouflage per i dipendenti in servizio;

- verifiche del corretto adempimento da parte del RPCT che può avvalersi della collaborazione degli uffici competenti (es. Ufficio gare, ufficio personale, ecc).

L'Azienda procederà alle verifiche, in via prioritaria, nei confronti dell'ex dipendente che non abbia reso la dichiarazione d'impegno. Nel corso dell'anno 2023 la verifica sarà effettuata sul 10% dei dipendenti cessati nel triennio precedente dando priorità ai dipendenti che abbiano rivestito ruoli apicali. Il controllo sarà effettuato attraverso l'interrogazione di banche dati liberamente consultabili in Azienda o cui l'Azienda abbia l'accesso in virtù di convenzioni stipulate per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

Nel corso del 2024 si procederà alle verifiche anche nei confronti dei dipendenti che abbiano reso la dichiarazione con le stesse modalità descritte nel paragrafo precedente.

Nel caso pervengano segnalazioni circa la violazione del divieto del pantouflage da parte di un ex dipendente il RPCT, al fine di scoraggiare segnalazioni infondate, prenderà in considerazione solo quelle ben circostanziate.

#### CONFLITTI DI INTERESSI IN MATERIA DI CONTRATTI PUBBLICI

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. Come noto, si configura conflitto di interessi quando la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa, al fine di favorire l'interesse personale dello stesso funzionario o di terzi con cui sia in relazione.

La gestione del conflitto di interessi assume un rilievo speciale nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti, uno dei settori a maggior rischio corruttivo.

La principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'Azienda e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto.

Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi del PNRR e fondi strutturali, il PNA ritiene che i dipendenti, per ciascuna tipologia di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento. Per i contratti che non utilizzano i fondi del PNRR è sufficiente una dichiarazione solo al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP e dei commissari di gara.

Il RPCT prevede misure di verifica, anche a campione, delle dichiarazioni sul conflitto di interessi rese dai soggetti interessati ed interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi.

Il RPCT, nel corso del 2022, ha proposto l'adozione "Regolamento rotazione incarichi", nel quale è prevista, fra l'altro, quale misura di prevenzione, la rotazione dei RUP; tale misura è finalizzata a prevenire l'insorgenza di "Conflitti di interessi" nello svolgimento delle procedure ad evidenza pubblica ed a limitare il verificarsi di conflitti di interesse in ogni fase del procedimento di gara e, allo stesso tempo, monitorerà eventuali scostamenti rispetto alle misure previste nel PIAO.

## SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Con deliberazione n. 13 del 09/01/20, l'Azienda ha approvato l'Atto Aziendale in vigore, adottato con DCA Regione Lazio n. U00033 dell'11/02/20 e pubblicato sul BURL del 13/02/20.

L'Azienda ispira il proprio modello organizzativo-gestionale a criteri di responsabilizzazione, di delega di sistemi di gestione, di autonomia e responsabilità professionale degli operatori.

L'attribuzione e la delega espressa di poteri e l'assegnazione di obiettivi rendono possibile il coinvolgimento degli operatori nella gestione aziendale, consentendo la valutazione di risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati.

L'Azienda applica, in quanto possibile, il principio della separazione delle responsabilità di governo e di committenza da quelle di produzione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse assegnate.

La struttura organizzativa dell'Azienda è articolata in unità organizzative di tipo produttivo o di supporto e nel cui ambito aggregano risorse professionali, tecniche e finanziarie ed assicurano, attraverso il governo dei processi e delle attività, il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Le articolazioni, sulla base delle correlate responsabilità tecnico professionali e/o di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate, possono essere: Strutture Complesse (UOC) alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Le strutture complesse esercitano funzioni amministrative o assistenziali, chiaramente individuabili, e sono contrassegnate da un significativo valore economico sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane affidate e hanno la responsabilità del *budget* assegnato.

La titolarità della struttura complessa implica l'assunzione di funzioni di Direzione e organizzazione delle risorse e dell'attività da attuarsi nel rispetto degli obiettivi economici, organizzativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione di decisioni volte al corretto espletamento delle attività in termini di appropriatezza. Strutture semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) che assicurano attività riconducibili ad una o più linee di attività, chiaramente individuabili, non ridondanti o riconducibili alle UOC e con responsabilità del budget assegnato. La titolarità della struttura semplice a valenza dipartimentale implica l'assunzione di funzioni di Responsabilità e organizzazione delle risorse assegnate e dell'attività da attuarsi nel rispetto degli obiettivi economici, organizzativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione di decisioni volte al corretto espletamento delle attività in termini di appropriatezza. Strutture semplici (UOS), articolazioni funzionali della struttura complessa. Le strutture semplici assicurano funzioni riconducibili a una o più linee di attività tra loro coerenti, chiaramente individuate nell'ambito della struttura complessa di riferimento. La relativa titolarità implica l'attribuzione di funzioni con responsabilità ed autonomia limitate agli obiettivi assegnati all'interno dei processi di produzione.

L'organizzazione aziendale si articola in Dipartimenti che costituiscono un insieme organizzativo di unità operative complesse, semplici e unità operative semplici a valenza dipartimentale, il cui scopo è la gestione comune, efficace, efficiente e appropriata delle risorse per lo svolgimento delle rispettive attività istituzionali. I dipartimenti hanno la responsabilità gestionale delle risorse loro assegnate e sono caratterizzati dalla omogeneità, affinità o complementarietà sotto il profilo delle attività delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

Al dipartimento competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, di coordinamento, orientamento, consulenza e supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria.

In allegato l'organigramma aziendale così come approvato con la deliberazione 13/2020 (**Allegato 9**).

### 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

#### a) RIFERIMENTI NORMATIVI

Il "*lavoro agile*" è stato identificato dal DPCM del 4 marzo 2020 nonché dalla Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2020 come "*la modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante*

*accordo tra le parti, anche con forma di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luoghi di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.*

*La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno degli spazi aziendali ed in parte all'esterno senza una postazione fissa entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivante dalla legge e dalla contrattazione collettiva”.*

Tale modalità operativa viene realizzata dal lavoratore in forma indipendente ma vincolata sia ai tempi di lavoro che alla reperibilità, pertanto, è una delle modalità di lavoro flessibile capace di conciliare entrambe le esigenze summenzionate. Introdotto nelle amministrazioni pubbliche dall'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, il lavoro agile ha subito una forte spinta proprio a seguito dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, circostanza che ha incentivato tale modalità quale *“modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa”* per salvaguardare la salute del personale e, nel contempo, garantire l'efficienza dell'azione amministrativa.

Ebbene, a livello normativo il passaggio dal processo sperimentale del lavoro agile a modalità ordinaria di prestazione lavorativa è stato segnato sostanzialmente dal D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, denominato *“Decreto Cura Italia”*.

Successivamente, il D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd. Decreto Rilancio) convertito, con modificazioni, nella legge n. 77 del 17 giugno 2020, in particolare, ha introdotto il *“Piano operativo del lavoro agile” (POLA)* con il quale sono state individuate: *“le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”*.

Tale documento di programmazione organizzativa, inizialmente destinatario del D.L. n. 34/2020 il quale ne prescriveva l'adozione per le singole amministrazioni entro il 31 gennaio di ciascun anno, a seguito dell'emanazione del D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in legge n. 113 del 6 agosto 2021, è confluito all'interno del *“Piano Integrato di Attività e di Organizzazione” (PIAO)*.

Come stabilito dal DPCM del 23 settembre 2021 a decorrere dal 15 ottobre 2021 si è previsto un ritorno alla modalità ordinaria in presenza di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Le amministrazioni sono state comunque chiamate ad assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid.19.

Le modalità per il rientro al lavoro dei dipendenti pubblici sono state disciplinate dal Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020, in attuazione del quale sono state adottate le relative linee guida che hanno regolato le modalità di svolgimento del lavoro agile nel settore pubblico integrate con le disposizioni della contrattazione collettiva nazionale relativa al triennio 2019-2021 che disciplina a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale.

Con Delibera del Direttore Generale n. 200 del 14.03.2020, l'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 ha attivato la modalità di lavoro agile dettata dalle misure necessarie per il contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Successivamente, con circolare del 14 ottobre 2021 protocollo 66988, in attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 settembre 2021 e del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 08 ottobre 2021, sono state fornite le indicazioni per il rientro in presenza del personale a far data dal 15 ottobre 2021, in considerazione del ritorno della prestazione lavorativa resa in presenza, a modalità ordinaria di svolgimento della stessa.

## b) DISCIPLINE E MISURE ORGANIZZATIVE

L'insieme delle norme che dettano la materia oggetto della presente sezione regola l'applicazione del lavoro agile per il personale dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 in possesso dei requisiti per lo svolgimento di attività cd. smartizzabili.

I presupposti per l'esecuzione delle prestazioni in modalità agile sono caratterizzati:

- dalla possibilità di delocalizzare in tutto o almeno in parte le attività assegnate al dipendente, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- dalla circostanza che lo svolgimento della prestazione in tale modalità non pregiudichi o riduca la fruizione dei servizi resi a favore degli utenti;

- dall'approvazione di un apposito piano di smaltimento del lavoro arretrato della Struttura di appartenenza, ove sia stato accumulato;
- la possibilità da part
- e del dipendente di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro e l'accesso agli applicativi dell'Ente tramite VPN o connessioni in *cloud*;
- l'autonomia operativa e la possibilità di organizzare l'attività lavorativa;
- la possibilità di monitorare e valutare i risultati conseguiti.

L'accesso al lavoro agile, in primo luogo, è subordinato alla garanzia della presenza in servizio del personale addetto all'attività di sportello, di ricevimento utenti e di erogazione di servizi all'utenza.

Il personale autorizzato ad effettuare lo *smart working* deve comunque garantire la prevalenza dell'esecuzione della prestazione in presenza.

Nel calcolo della prevalenza della presenza in sede si fa riferimento alle giornate lavorative. Più specificamente, per esecuzione della prestazione "prevalentemente" in presenza si intende un numero di giornate lavorative settimanali (o mensili in caso di accordo su un numero di giornate mensili) superiori rispetto a quelle effettuate in modalità agile.

Le giornate settimanali che prevedono un modulo orario "di lunga" devono essere svolte preferibilmente in presenza.

Il principio della prevalenza ha una portata applicativa generale valendo, altresì, nel caso di sottoscrizione di contratti di lavoro flessibile (ad esempio contratti part-time). Restano esclusi dal calcolo della prevalenza in sede, sia l'istituto delle ferie che gli altri istituti normativi e contrattuali quali ad esempio permessi, assenze per malattia e congedi.

L'Azienda individua, per il tramite dei Direttori e dei Dirigenti le attività che sono effettuabili tramite lo *smart working*, fermo restando che sono esclusi i lavori soggetti alla turnazione e quelli che richiedono la predisposizione di strumentazioni o documentazioni non smartizzabili.

Per tale ragione, da un lato, l'obiettivo primario che la ASL Roma 3 si prefigge è quello di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con l'obiettivo di massima efficienza del servizio pubblico. Dall'altro lato i lavoratori, pertanto, sono chiamati a garantire nell'esercizio della loro funzione, i medesimi livelli prestazionali svolti in presenza.

Dalle rilevazioni effettuate dagli uffici delle Risorse Umane in merito all'attivazione di *smart working*, in un periodo compreso tra gennaio e maggio 2022, emergono numeri ridotti (circa 80 usufruenti).

Tale dato assume vitale importanza in considerazione della natura delle attività che vengono offerte da un'Azienda di erogazione di servizi deputata alla tutela della salute.

### c) ACCESSO AL LAVORO AGILE (L'ACCORDO INDIVIDUALE)

Il DPCM 23 settembre 2021 ha previsto, a partire dal 15 novembre 2021, la cessazione del lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Il successivo decreto del Ministro per la pubblica amministrazione dell'8 ottobre 2021 ha previsto che il lavoro agile può essere autorizzato solo attraverso la previsione ed il rispetto delle condizioni stabilite dall'art. 1 comma 3, del citato DM, tra cui la necessaria predisposizione aziendale e sottoscrizione di un accordo individuale.

In attuazione delle summenzionate prescrizioni normative, a decorrere dal 15 ottobre 2021, questa Amministrazione ha programmato il graduale rientro del personale in servizio.

Nelle more di una regolamentazione definitiva dell'istituto da parte della contrattazione collettiva, l'Azienda ha continuato a garantire lo svolgimento dello *smart-working* attraverso l'elaborazione di linee guida e presupponendo la formulazione di una richiesta scritta, da parte dei lavoratori, attraverso la compilazione di un'apposita istanza in cui venivano specificati i termini e le condizioni in condivisione con il Dirigente o Responsabile della Struttura di appartenenza.

Attraverso il presente documento di programmazione, a seguito dell'adozione del C.C.N.L. 2019 – 2021, Comparto Sanità che, in un'apposita sezione, disciplina il Lavoro Agile, l'Azienda conferma il proprio ordinamento a quanto previsto nel contratto.

Il lavoratore che intende svolgere lo *smart – working* deve preventivamente formulare formale richiesta attraverso un modulo (**Allegato 6 – Modulo di richiesta per l'autorizzazione dello *smart-working***) seguito dalla stipulazione di un



accordo individuale con il Dirigente/Responsabile della struttura al quale appartiene, in cui vengono riportati i termini e le modalità di svolgimento della prestazione agile (**Allegato 7 – Accordo individuale**).

Le Linee Guida allegate forniscono ulteriori indicazioni circa la modalità “agile” di svolgimento della prestazione lavorativa (**Allegato 8 – Linee guida per i lavoratori in smart-working**).

Nell'accordo devono essere indicati:

- gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile in coerenza con le competenze attribuite alla struttura di assegnazione;
- le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di reperibilità;
- la durata dell'accordo che, previa richiesta scritta del dipendente al dirigente di riferimento, può essere prorogata;
- il luogo presso il quale il lavoratore svolge l'attività lavorativa agile;
- le giornate e l'articolazione oraria per lo svolgimento delle anzidette attività;
- gli strumenti tecnologici ed informatici eventualmente forniti dall'Azienda;
- le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento dell'attività lavorativa in tale modalità,
- gli adempimenti in materia di sicurezza dei dati trattati secondo le modalità ed i termini previsti nel rispetto del Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali (UE 2016/679).

La prestazione lavorativa è svolta dal dipendente senza precisi vincoli di orario pur sempre nel rispetto dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivante dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Il dipendente, invero, è chiamato ad assicurare un efficace ed efficiente coordinamento con l'ufficio di appartenenza e ad assicurare lo svolgimento ottimale della prestazione lavorativa a cui è deputato garantendo la sua contattabilità sia telefonicamente che via e-mail o con altre modalità similari.

In egual misura, l'Azienda riconosce al lavoratore la fascia di inoperabilità (cd. diritto alla disconnessione), durante la quale non può svolgere alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto, nonché le giornate di sabato, domenica e festivi.

Durante le giornate di *smart-working* il dipendente ha diritto, ove ne ricorrano i relativi presupposti, di fruire dei medesimi istituti previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, eccezion fatta per i permessi brevi ad ore che risultano incompatibili con l'espletamento del lavoro agile.

In tali giornate, tuttavia, non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato o lavoro svolto in condizioni di rischio.

Durante le giornate di *smart-working* non si ha diritto alla erogazione di buoni pasto (Circolare del Ministero della Funzione Pubblica n. 2/2020).

In caso di prolungato malfunzionamento del servizio, in presenza di problematiche tecniche o di sicurezza informatica che rendano impossibile la prosecuzione dell'attività lavorativa attraverso la modalità *smart*, il dipendente potrà essere richiamato in sede per assicurare la continuità della prestazione lavorativa; il rientro in sede avviene, tenuto conto delle esigenze, entro le 24 ore successive.

L'accordo prevede, altresì, il diritto delle parti di recedere con un preavviso non inferiore a 30 giorni con atto motivato. In presenza di un giustificato motivo le parti possono recedere dall'accordo senza preavviso. Fatte salve ulteriori ipotesi, rappresentano un giustificato motivo l'assegnazione a diversa Struttura, sopravvenute ed oggettive esigenze organizzative e produttive, esigenze personali del lavoratore, il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati per cause imputabili al dipendente, comprovati problemi di sicurezza informatica.

In caso di revoca, pertanto, il lavoratore è tenuto a riprendere la propria prestazione lavorativa secondo l'orario ordinario presso la sede di lavoro dal giorno successivo alla comunicazione della revoca.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa cd. “*smart*” il dipendente deve adottare un comportamento improntato ai principi di correttezza e buona fede ed è tenuto all'osservanza delle prescrizioni dettate dalle disposizioni dei CCNL di categoria, di quanto statuito dal Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici e della normativa disciplinare aziendale.

In conclusione, con l'entrata in vigore del nuovo Contratto Collettivo Nazionale del Comparto Sanità, Triennio 2019-2021, del 02 novembre 2022, che ha tra l'altro, differenziato le due diverse tipologie del lavoro da remoto e del lavoro agile, l'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, prevede, di adattare la propria disciplina alle nuove prescrizioni dei CCNL con specifico riferimento a quanto stabilito in merito allo *smart working* e alla collegata formazione del personale.

#### d) SMART-WORKING PER I LAVORATORI FRAGILI E/O CONVIVENTI CON PERSONE FRAGILI

La Legge Finanziaria 2023 in vigore dal 1° gennaio 2023, prevede una nuova proroga fino al 31 marzo 2023 allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori "fragili" secondo la quale: *"Fino al 31 marzo 2023, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministero della salute di cui all'art. 17, comma 2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11, il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro, ove più favorevoli"*.

In virtù di ciò, nell'ambito dell'organizzazione della Asl Roma 3, i lavoratori che ritengono di dover usufruire della modalità agile di prestazione lavorativa devono presentare preventiva domanda di visita medica per l'ottenimento di un giudizio di idoneità alla prestazione in presenza della mansione specifica.

Il medico competente, a seguito della visita, avrà cura di trasmettere il certificato contenente la prescrizione di *"prediligere lavoro agile come previsto dal D.L. n. 24 del 24 marzo 2022"* sia al Direttore della struttura di appartenenza dell'istante, che al dipendente medesimo.

Il dipendente, conseguentemente, dovrà sottoscrivere con il Direttore l'accordo individuale redatto sulla base di un modello predisposto dall'Azienda (Cfr. All. 7).

Il dipendente sarà sottoposto a visita medica a scadenze di 3 o 6 mesi da parte del medico competente aziendale.

#### e) ADOZIONE STRUMENTI TECNOLOGICI PER GARANTIRE LA DIFFUSIONE E L'UTILIZZO DI FORME DI LAVORO AGILE

L'utilizzo della tecnologia è senza dubbio l'elemento chiave per una buona riuscita nell'implementazione di un modello di Smart Working. È proprio attraverso la tecnologia che viene data la possibilità al dipendente non solo di lavorare al di fuori della sede aziendale, svincolandolo dalla postazione lavorativa e dalla necessità della sua presenza fisica in ufficio, ma di permettergli allo stesso tempo di comunicare e collaborare con il proprio team.

È molto importante quindi che vengano scelte le giuste strumentazioni e che queste vengano messe a disposizione del dipendente, che deve poterne usufruire nella maniera più agevole possibile. Due strumenti fondamentali affinché il lavoratore possa lavorare in modo "smart" sono sicuramente un **laptop** (computer ad alta mobilità che può essere usato con qualsiasi tipo di connessione (LAN, Wi-Fi e Radiomobile), che a differenza del computer fisso permette maggiore mobilità e non obbliga il lavoratore ad una postazione fissa; e **una connessione internet efficiente**, tramite rete domestica, Wi-Fi, o rete radiomobile (4G o G) che permetta al lavoratore di poter lavorare ovunque si trovi, mantenendo costante il contatto con l'azienda.

Ci sono poi altri strumenti che possono essere adottati per favorire e facilitare la diffusione e l'utilizzo di forme di lavoro agile:

- gli **smart phone**, strumenti fondamentali per svolgere l'attività lavorativa in quanto permettono di poter accedere oltre alla telefonia e messaggistica classica a diverse funzionalità, quali l'accesso a internet, l'utilizzo della posta elettronica, l'elaborazione e la condivisione di documenti e file multimediali;
- i **tablet** che offrono ulteriori funzioni rispetto agli smart phone e, come per questi ultimi, possono arrivare, in alcuni casi, a sostituirsi all'utilizzo dei computer;
- **applicazioni e tecnologie** che permettano riunioni online e videoconferenze;
- **l'utilizzo di soluzioni VOIP** (Voice over IP);
- **gli strumenti di Cloud Computing**, che consentono di accedere, elaborare, archiviare e condividere dati attraverso internet in qualsiasi luogo e senza la necessità di scaricarli;
- le tecnologie collaborative, o **digital collaboration**, che permettono agli utenti di collaborare in tempo reale sullo stesso documento, chattare, scambiarsi informazioni, organizzare attività, condividere orari, impegni, in uno spazio virtuale condiviso.

L'Azienda, a tal proposito, sta procedendo all'analisi dei fabbisogni ed alla messa a punto del processo organizzativo al fine dell'attuazione dello Smart Working. In parallelo si procederà all'implementazione delle risorse tecnologiche utili alla realizzazione dei processi che verranno identificati.

In particolare:

- sono state già attivate le connessioni **VPN** (Virtual Private Network) per consentire, ai dipendenti autorizzati, il raggiungimento della rete aziendale ove risiedono i software utili alla attività istituzionale.  
Upgrade previsto: la connessione in **VPN** verrà ulteriormente implementata per elevare i livelli di sicurezza con l'accesso a doppio fattore. Realizzazione presunta entro il primo semestre 2023;
- l'Azienda si è dotata di piattaforma per la **gestione delle mail attivata in Cloud** (Microsoft 365) che consente la consultazione delle caselle di posta anche se collegati al di fuori della rete aziendale;
- l'archiviazione di documenti condivisi oggi avviene attraverso cartelle installate su server aziendali (File server) che possono essere raggiunte solo mediante l'accesso alla rete con VPN.
- Upgrade previsto: al fine del miglioramento delle performance e della sicurezza, tali cartelle si possono implementare in Cloud attraverso l'acquisizione di licenze Microsoft Share point. Realizzazione presunta entro il primo semestre 2023;
- con riferimento all'hardware occorrente (**PC portatili, laptop, tablet, etc.**) a seguito della individuazione dei fabbisogni sarà necessario predisporre la relativa acquisizione.

### 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'attuale quadro normativo decreta una modifica nella logica e nella metodologia di programmazione e determinazione dei fabbisogni da parte delle PP.AA., collegando l'organizzazione e la disciplina degli uffici non più alla dotazione organica ma al Piano dei Fabbisogni del Personale (PTFP) che rappresenta lo strumento programmatico gestionale di natura dinamica nell'ambito del *budget* di spesa definito, di previsione dei fabbisogni di risorse umane, sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

Il fabbisogno è definibile come il numero delle unità e di profili che l'Azienda reputa e considera necessarie per il corretto adempimento di tutte le funzioni e le attività che la programmazione statale e regionale assegna all'Azienda e che allo stato non sono presenti all'interno dell'ente. Il fabbisogno pertanto individua il substrato necessario di personale per l'erogazione dei LEA.

In coerenza con le scelte strategiche inerenti l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle *performance*, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e nel rispetto dei criteri rotazionali, l'Azienda ha definito il proprio Piano Triennale dei Fabbisogni (in attesa di approvazione regionale) favorendo la tendenziale copertura del *turn over* del personale deputato all'assistenza con una puntuale valutazione sui reali fabbisogni rispetto alle professionalità in cessazione nel corso del triennio per l'adeguamento dinamico dei profili professionali.

L'elaborazione del Piano è stata effettuata dall'Azienda sia attraverso la rilevazione del Fabbisogno Incrementale rispetto al personale già a disposizione alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, nonché tenendo presente il numero di cessazioni e il numero di assunzioni previste per l'anno di riferimento.

Allo scopo di rimodellare l'effettivo fabbisogno di personale coerente con le risorse economiche definite in fase di assegnazione di *budget* ed in linea con i vincoli e i limiti di spesa imposti a livello regionale, l'Azienda adeguerà il programma assunzionale alle prescrizioni che la Regione Lazio detterà per l'anno 2023.

#### a) RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DEL PERSONALE

I dipendenti che lavorano per l'Azienda costituiscono la principale risorsa della stessa.

L'Azienda è orientata alla definizione di un contesto che miri a valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori.

Allo stesso tempo, l'Azienda chiede il rispetto dei codici deontologici di categoria come contributo pieno e responsabile degli aspetti etici connessi al proprio ruolo e con l'impegno costante nel perseguimento della missione aziendale.

L'Azienda vigila, inoltre, sul rispetto da parte dei suoi operatori del codice etico-comportamentale e dei codici disciplinari.

La tabella seguente presenta la situazione del personale dipendente alla data del 31/12/2022, compresi i comandati in entrata ed esclusi quelli in uscita, suddiviso per ruolo e per genere.

<b>Personale in servizio al 31/12/2022</b>				
<b>Descrizione Dipendente</b>	<b>Personale</b>	<b>donne</b>	<b>uomini</b>	<b>Totale complessivo</b>
<b>COMPARTO</b>	Ruolo Amministrativo	187	73	260
	Ruolo Professionale	0	2	2

	Ruolo Sanitario	898	274	1172
	Ruolo Tecnico	158	109	267
<b>COMPARTO Totale</b>		<b>1243</b>	<b>458</b>	<b>1701</b>
<b>Descrizione Dipendente</b>	<b>Personale</b>	<b>donne</b>	<b>uomini</b>	<b>Totale complessivo</b>
<b>DIRIGENZA</b>	Ruolo Amministrativo	6	6	12
	Ruolo Professionale	3	2	5
	Ruolo Sanitario	278	192	470
	Ruolo Tecnico	3	3	6
<b>Dirigenza Totale</b>		<b>290</b>	<b>203</b>	<b>493</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>1533</b>	<b>661</b>	<b>2194</b>

Il personale convenzionato titolare di incarico ammonta (alla data del 31/12/2022) a n. 234 unità.

#### b) I CRITERI

In ragione di quanto sopra argomentato, e i criteri che hanno sostanzialmente guidato la formulazione del presente Piano e la definizione del fabbisogno quali-quantitativo di risorse umane, sono i seguenti:

- Strategicità delle linee di attività, con specifico riferimento al Piano di efficientamento aziendale
- Situazioni di particolare carenza di risorse, al fine di assicurare l'erogazione dei LEA
- Funzioni tecnico-amministrative imprescindibili
- Vincoli economici (costo del personale e portafoglio cessati/cessandi/*budget* assunzionale)

Prima di definire il PTFP si è verificata la percorribilità degli interventi di revisione organizzativa (mobilità interna ed esterna) per alleggerire le strutture organizzative, eliminando le duplicazioni e razionalizzando gli assetti.

È stato fondamentale definire fabbisogni prioritari o emergenti individuando le professionalità infungibili non fondandole esclusivamente su logiche di sostituzione ma verso nuove professioni necessarie per rendere più efficiente

e al passo con i tempi l'organizzazione del lavoro e le modalità di offerta dei servizi al cittadino attraverso le nuove tecnologie.

La determinazione dei fabbisogni di personale è pertanto coerente con le risorse economiche definite in fase di assegnazione del *budget* ed è garantito il rispetto dei vincoli e dei limiti di spesa assunzionali.

In applicazione della determinazione regionale n. G14499 del 24.11.2021, di presa d'atto dell'Accordo stipulato tra Regione Lazio e le Organizzazioni sindacali in data 30.10.2021, sono state considerate le prosecuzioni del personale a tempo determinato, alle quali seguiranno, nel corso nell'anno 2023, le relative stabilizzazioni nel rispetto delle risorse economiche assegnate.

### c) LA SOSTITUZIONE DI PERSONALE

Com'è noto nelle ordinarie dinamiche di gestione del personale può accadere che in corso di anno si verifichino cessazioni a vario titolo imprevedibili in sede di programmazione (dimissioni, trasferimenti presso altre amministrazioni, decessi).

In merito alla necessità di procedere alle sostituzioni ordinarie derivante dalle cessazioni di personale, i costi per tali tipologie di personale sono stati contemplati nel valore complessivo della spesa annuale. In virtù di ciò l'Azienda procederà direttamente al relativo reintegro della corrispondente figura professionale, come da indicazioni regionali al riguardo emanate, senza nuove richieste di autorizzazione ai competenti organi regionali, atteso che tale circostanza altro non è che una operazione di riequilibrio finanziario dovuto alla sostituzione di un'unità già contemplata nel fabbisogno complessivo annuo.

Per quanto concerne le cessazioni attese per il 2025, non pienamente identificabili a seguito delle variazioni del sistema pensionistico in corso, si rappresenta che comunque saranno integrate negli aggiornamenti annuali del PIAO.

Si rappresenta, comunque, che nel corso del 2022 sono state effettuate le seguenti progressioni verticali ai sensi del D. Lgs. 75/2017 (Madia), rappresentate nella tabella sotto riportata come cessazioni e nelle successive come assunzioni:

- Passaggio da categoria B a categoria C: 23 unità;
- Passaggio da categoria B a B s: 5 unità;
- Passaggio da categoria D a categoria Ds: 32 unità.

In tabella sono riportate, con scopo di sintesi, esclusivamente le cessazioni note a tempo indeterminato.

Disciplina/Qualifica	Cessazioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	10	4	4
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	0	0	2
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	8	2	2
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	23	2	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO	2	0	0
COMMESSO	0	0	1

Disciplina/Qualifica	Cessazioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO	2	2	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - DIETISTA	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB.	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. TERAPISTA OCCUPAZIONALE	2	2	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (LOGOPEDISTA)	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (ORTOTTISTA)	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (RIABILITAZIONE PSICHIATRICA)	0	0	0
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	5	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	49	7	8
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. ESPERTO	7	3	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. (OSTETRICA)	4	2	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. AUDIOMETRISTA	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	4	4	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. PERFUSIONISTA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	12	3	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (EDUCATORE PROFESSIONALE)	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TERAP. NEURO E PSICOM. ETA' EVOL.	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO	3	0	1
TECNICO ANATOMIA PATOLOGICA	0	0	0
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	5	0	1
COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	4	1	0
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	0	0	0
ASSISTENTE TECNICO	0	0	0
OPERATORE TECNICO	5	1	1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	3	0	0
OSS	7	4	0
OTA	1	0	0
PROGRAMMATORE	0	0	0

Disciplina/Qualifica	Cessazioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE ESPERTO	0	0	0
AVVOCATO	1	0	0
VETERINARIA	1	0	0
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	0	1	0
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	0	0	0
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	0	0	0
MEDICO TOSSICOLOGO	0	0	0
SANITÀ ANIMALE	0	2	0
ANATOMIA PATOLOGICA	1	0	0
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	1	1
ANGIOLOGIA	0	0	0
CARDIOCHIRURGIA	0	0	0
CARDIOLOGIA	4	1	4
CHIRURGIA GENERALE	4	1	0
CHIRURGIA VASCOLARE	0	0	0
CURE PALLIATIVE	0	0	0
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	0	0	0
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	0	0	1
EMATOLOGIA	0	0	0
ENDOCRINOLOGIA	0	0	0
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	0	2	0
GASTROENTEROLOGIA	0	0	0
GERIATRIA	0	0	0
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	2	0	3
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	0	0	0
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	0	0	0
MALATTIE INFETTIVE	0	0	0
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	0	0	0
MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	0	0	0
MEDICINA DELLO SPORT	0	0	0
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	2	1	0



Disciplina/Qualifica	Cessazioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	2	0	0
MEDICINA INTERNA	4	1	0
MEDICINA LEGALE	0	2	0
MEDICINA TRASFUSIONALE	0	0	2
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	0	0	0
NEFROLOGIA	1	0	1
NEUROFISIOPATOLOGIA	0	0	0
NEUROLOGIA	0	0	0
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	0	0
ODONTOIATRIA	0	1	0
OFTALMOLOGIA	1	1	0
ONCOLOGIA	1	0	0
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	0	2	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	1	0
OTORINOLARINGOIATRIA	1	0	0
PATOLOGIA CLINICA	0	0	0
PEDIATRIA	0	0	0
PSICHIATRIA	4	2	2
RADIODIAGNOSTICA	6	1	0
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	1	0	0
UROLOGIA	0	0	0
ANALISTA	0	0	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	0	0	0
INGEGNERE INFORMATICO	0	0	0
INGEGNERE	0	0	0
STATISTICA SANITARIA E BIOMETRIA	0	0	0
STATISTICO	0	0	0
FISICO	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	2	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AREA DELLA RIABILITAZIONE	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITRIE OSTETRICHE	0	0	0

Disciplina/Qualifica	Cessazioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI
FARMACISTA	0	0	0
PSICOLOGO	6	1	1
SOCIOLOGO	0	0	0
COLL.PROF.SAN.ESPERTO - TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>209</b>	<b>58</b>	<b>39</b>

#### d) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Le azioni che caratterizzeranno l'anno 2023, dal punto di vista operativo, saranno orientate principalmente alla copertura del turn over.

L'Azienda prevede per il triennio 2023-2025 di procedere gradualmente ad un potenziamento dei servizi, sia di carattere assistenziale sia di prevenzione, tramite l'adeguamento della dotazione organica dei Dipartimenti ospedalieri anche legato all'attuazione del PNRR rispetto alle aree di intervento.

Ponendo l'attenzione ai bisogni dei prossimi anni saranno privilegiate scelte orientate verso un sistema di implementazione delle prestazioni rese presso il POU Grassi procedendo all'acquisizione di professionisti (dirigenti e personale del comparto) per assicurare le prestazioni nelle 24 ore, con l'obiettivo di ridurre le prestazioni aggiuntive, nelle seguenti UU.OO.CC.:

- Ginecologia e Ostetricia,
- Cardiologia,
- Medicina Interna.

Al fine di completare l'attivazione di tutti i posti letto previsti dal DCA 291/2017, è necessario riattivare i posti letto di **Pediatria** e soprattutto di Patologia Neonatale, ridotti per mancanza di personale medico e ad oggi garantiti soltanto grazie al ricorso a Convenzione con Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ed alla presenza di n. 4 pediatri a contratto libero-professionale, ulteriori due posti letto di **Cardiologia**, nonché posti letto di **area chirurgica**, anche al fine sia del recupero delle attività di elezione in fase nel periodo emergenziale Covid-19 sia di garantire quanto richiesto dal Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.); infine è prevista la prossima riattivazione della **MURG** con 12 posti letto di **Terapia Semintensiva** (Posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva previsti nel Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid 19, art. 2 del D.L. 34/2020- DGR 671 del 06/10/2020).

Alla luce di quanto sopra, si rende pertanto necessario acquisire almeno n. 6 dirigenti medici pediatri; n. 10 dirigenti medici disciplina Medicina d'Urgenza e Accettazione e n. 6 OSS per l'attivazione dei 12 posti letto di Terapia Semintensiva; n. 20 dirigenti medici disciplina anestesia e rianimazione, di cui 12 dirigenti medici per la rianimazione e n. 6 OSS da assegnare alla UOSD Rianimazione per garantire l'apertura dei 19 posti letto di Terapia Intensiva e n. 7 dirigenti anestesisti per la UOSD Anestesia.

È inoltre da prevedere per l'attivazione dei 10 posti letto **cod. 28** (Unità Spinale) presso il PO CPO, come da recente autorizzazione della Regione Lazio, l'acquisizione, entro l'anno 2022, di n. 3 dirigenti medici fisiatristi, n. 1 dirigente medico internista, n. 15 CPSI.

Lo sviluppo della struttura deve dare spazio poi a diverse modalità organizzative volte all'ottimizzazione dell'impiego di risorse umane e tecnologiche, quali la riattivazione della **Week Surgery**, quale modello di efficientamento del sistema, e della **Holding Area**, prevedendo per quest'ultima il reclutamento di n. 2 dirigenti specialisti in medicina interna, n. 1 dirigente medico chirurgo e n. 1 dirigente medico ortopedico, per la facilitazione della presa in carico con particolare attenzione alla prevenzione del fenomeno del sovraffollamento del PS.

Si evidenzia poi la necessità per alcune aree (Anatomia Patologica, Radiologia, Gastroenterologia e Ginecologia) di garantire le attività di **screening** svolte presso il Presidio GB Grassi, in particolare lo screening di II livello della mammella, lo screening di II e III livello del colon retto, lo screening di II e III livello della cervice.

Per quanto inerente nello specifico le attività dello screening mammografico di I e II livello, le prestazioni vengono rese nella maggior parte delle agende attive in prestazioni aggiuntive sia da parte dei TSRM che dei dirigenti radiologi dedicati, presenti peraltro soltanto in numero di 2. Al fine di garantire in orario istituzionale tale attività e programmare la dislocazione dell'offerta delle prestazioni di II livello anche sul territorio dei Distretti Municipi XI e XII e presso il territorio di Acilia nel Municipio X, oltre a quelle già attualmente offerte presso il P.O. Grassi, occorre procedere al reclutamento di n. 3 dirigenti radiologi e di n. 6 TSRM.

Analogamente al fine di garantire lo svolgimento nei tempi previsti dell'attività di screening di II livello del colon retto e rispondere alle richieste di colonscopia da parte del Pronto Soccorso e dei reparti ospedalieri, è necessario procedere al reclutamento di n. 4 dirigenti gastroenterologi.

I criteri, pertanto per la determinazione del fabbisogno, fanno riferimento a:

- Indicazioni fornite dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria relativamente ai criteri generali (DM 70 del 02.04.2015 e s.m. e i.) e documento tecnico pianificato dal DCA n. U00257 del 05.07.2017
- DCA 219/2014 e DCA 238/2017 relativamente alla determinazione del personale afferente alla UOC Laboratorio Analisi
- DCA n. 291/2017 e Determina del 18 giugno 2021 n. G07512, relativamente all'attribuzione alle singole UU.OO.CC. della dotazione di posti letto
- Metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno di personale ospedaliero, approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome, in data 20.12.2017.

#### e) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DISTRETTI SANITARI TERRITORIALI

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Al Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- **Funzione di committenza**, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, con la Direzione Generale dell'ASL, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produktive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.
- **Funzione di produzione**, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

- **Funzione di garanzia**, ossia di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale. In particolare, l'organizzazione del distretto, così come indicato nella normativa vigente deve garantire: - l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; - il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate; - l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con i Municipi e il Comune di Fiumicino per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti socio-sanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ) e Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Alla luce di quanto sopra sarà necessario prevedere il reclutamento di n. 20 Dirigenti Medici disciplina O.S.S.B., di n. 3 referenti medici da assegnare ai Distretti Comune di Fiumicino, Municipio X e Municipio XI, n. 3 Medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, 6 Dirigenti Medici disciplina medicina interna e pneumologia, n. 10 CPSI, di n. 8 Collaboratori/Assistenti Amministrativi.

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, come precedentemente descritto, si rende necessario acquisire nel corso dell'anno 2023 n. 19 unità di Assistente Sociale, di cui n. 1 unità da assegnare al P.O. CPO.

Inoltre, al fine di garantire la piena funzionalità delle nuove tecnologie radiologiche acquisite per i presidi territoriali, tra cui n. 1 Cone beam per il Presidio Paolini e n. 3 apparecchi per radiologia tradizionale presso i Poliambulatori di Coni Zugna, Vaiano e Casal Bernocchi, si rende necessario prevedere entro il 2023 l'acquisizione di n. 5 dirigenti medici radiologi e n. 12 TSRM.

Si evidenzia che negli ultimi 5 anni 31 dirigenti medici operanti nei Distretti hanno cessato la loro attività a vario titolo (quiescenza, trasferimento, decesso) e non sono stati sostituiti.

#### f) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Al fine di fornire un quadro esaustivo relativo alla carenza di personale sanitario e non, venutasi a maturare negli ultimi 3 anni presso i Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, si elencano di seguito i LEA previsti per ciascun Servizio, per cui si rende necessario integrare il personale attualmente presente con priorità nel corso dell'anno 2023.

La U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (SISP) risulta coinvolta direttamente, in via esclusiva, nell'erogazione dei seguenti LEA del livello "*Prevenzione collettiva e sanità pubblica*" che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli; in particolare:

A1 – Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive

A2 – Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive

A3 – Vaccinazioni

A4 – Medicina del viaggiatore

A5 - Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva

B3 – Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica

B4 – Tutela della salute e dei fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato

B5 – Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni

B7 – Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo

B8- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria

B10 – Tutela della popolazione dal rischio “amianto”

B11 – Prevenzione e sicurezza nell’utilizzo di gas tossici

B12 – Prevenzione e sicurezza nell’uso delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti

B14 – Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici)

B15 - Tutela della collettività dal rischio radon

Area di intervento F – Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale (con l’esclusione di programmi organizzati di screening e sorveglianza e prevenzione nutrizionale).

Il numero delle unità di personale di ruolo attualmente assegnate al SISP risulta assolutamente inadeguato rispetto alla numerosità delle attività afferenti, sia istituzionali che Covid correlate.

Alla luce di quanto sopra descritto, si rende necessario procedere all’acquisizione, nel corso dell’anno 2023, di n. 3 dirigenti medici, n. 9 Tecnici della Prevenzione, n. 3 CPSI e 2 assistenti sanitari.

Rispetto alle attività Covid – correlate, l’attuale personale assegnato, come di seguito descritto:

1. 8 CPSI (2 dei quali a tempo determinato)
2. 3 assistenti sanitarie (2 delle quali a tempo determinato)
3. 1 assistente sociale (a tempo determinato)
4. 3 medici (a tempo determinato)
5. 1 amministrativo (a tempo determinato – Protezione civile)

per un totale di n. 16 unità, di cui 2 per l’equipe scuola – covid, a fronte delle previsioni, già fatte dalla Regione Lazio nel 2020 e ribadite nella recente nota prot. N. U. 0716202, relative al personale da dedicare esclusivamente alle attività Covid – correlate (con l’esclusione della vaccinazione anti – Covid), in ciascuna ASL, che attribuiscono alla UOC SISP della ASL Roma 3 ben 61 professionisti (di cui n. 12 medici, n. 6 dirigenti medici, n. 3 psicologi, n. 10 infermieri, n. 2 Tecnici della Prevenzione, n. 3 Tecnici Statistici, n. 3 Tecnici Informatici e n. 1 amministrativo) per garantire il rapporto di 1 operatore di sanità pubblica ogni 10.000 abitanti per le attività di contact tracing e ulteriori 21 professionisti per l’equipe scuola – covid (di cui 11 medici e n. 10 CPSI), di cui si prevede l’acquisizione anche a tempo determinato.

La U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SIOA) opera sui Municipio X-XI-XII e sul Comune di Fiumicino, svolgendo le seguenti linee di attività:

- Controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare per un totale di circa 1269 esercizi
- Ispezione post morte sui suini allevati per uso familiare e sulla selvaggina cacciata (cinghiali e daini) per circa n. 33 interventi/anno
- Monitoraggio igienico sanitario acque costiere per classificazione finalizzata alla pesca dei molluschi bivalvi vivi per n. 40 interventi/anno
- Gestione delle tossinfezioni alimentari
- Campionamento alimenti di origine animale come previsto dal PRC regionale con circa n.250 campioni/anno
- Gestione esposti presentati dai cittadini per alimenti alterati per circa n. 65/anno
- Gestione dei sistemi d’allerta europei (RASFF) con media nell’ultimo triennio pari a n. 71
- Controllo su alimenti predisposti dall’UVAC e dai PIF pari a circa 130

L'integrazione di personale di ruolo necessaria per poter adempiere ai LEA regionali in materia di sicurezza alimentare è pari a:

- n. 2 medici veterinari
- n. 2 Tecnici della prevenzione.

Per quanto inerente il fabbisogno di personale per la U.O.C. Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (SAIAPZ), l'incremento per poter adempiere ai LEA regionali, è pari a:

- n. 2 medici veterinari (ex Area C)
- n. 2 medici veterinari (ex Area A)
- n. 2 Tecnici della prevenzione, di cui 1 con il ruolo di coordinatore
- n. 2 Personale Amministrativo
- n. 2 Ausiliari.

La U.O.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPRESAL) è chiamata a svolgere molteplici attività istituzionali per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori operanti presso le aziende insite nel territorio della ASL Roma 3, che si attestano numericamente in circa 17.500 aziende, tra le quali sono ricomprese l'Aeroporto Internazionale di Roma Fiumicino, n. 7 imprese a rischio di incidente rilevante, il sito portuale e i relativi cantieri navali di Ostia, importanti strutture sanitarie, quali l'A.O. San Camillo-Forlanini e l'INMI Spallanzani.

Alle attività tradizionalmente svolte, si sono aggiunte, a causa della pandemia da Covid 19, quelle conseguenti al controllo del contenimento della diffusione dell'infezione da Sars-Co-V2 negli ambienti di lavoro, nonché le indagini, su delega della Procura della Repubblica, degli infortuni per malattia Covid 19 contratta dai lavoratori.

Per soddisfare il LEA attribuito alla suddetta UOC, pari al controllo e vigilanza del 5% delle aziende presenti sul territorio della ASL Roma 3, dovrebbero essere ispezionate circa 850 aziende l'anno. Come indicato nell'ultima nota regionale prot. N. GR 3917-000121 del 19.08.21, ogni Tecnico della prevenzione con qualifica di UPG effettua il controllo in un anno di circa 55 aziende, per cui con il personale dipendente ad oggi presente presso la UOC SPRESAL, è possibile vigilare la metà delle aziende previste.

La pianta organica della U.O.C. SPRESAL è stata recentemente oggetto di revisione da parte della Regione Lazio, definita secondo i parametri già stabiliti dalla DCR 194/1996, e prevede la presenza in organico di n. 77 operatori distribuiti tra n. 12 dirigenti medici, n. 7 dirigenti non medici, n. 44 tecnici della prevenzione, n. 8 amministrativi e n. 6 CPSI.

Alla luce di quanto sopra, al fine di soddisfare i LEA sopra citati, si rende necessario acquisire, nel corso dell'anno 2023, n. 6 dirigenti specialisti in Medicina del Lavoro, n. 2 dirigenti non medici (ingegnere e chimico), n. 9 tecnici della prevenzione e n. 1 amministrativi.

La U.O.S. Vaccinazioni e Immunoprofilassi è deputata al coordinamento delle attività vaccinali sul territorio aziendale delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, all'erogazione del viaggiatore, al monitoraggio delle coperture vaccinali.

In virtù dell'adeguamento del personale necessario per poter adempiere ai LEA ed in virtù dell'apertura di nuove strutture Aziendali, si rende necessario acquisire: n. 9 dirigenti medici, n. 12 CPSI, n. 1 Amministrativo.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione la U.O.S.D. Canile Sovrazonale e Controllo del Randagismo attua interventi volti alla tutela dei diritti degli animali e alla sorveglianza sanitaria e prevenzione del randagismo conformemente alle disposizioni della deliberazione della Giunta Regionale del 18.12.2006, n. 866: *"Recepimento accordo Stato-Regioni sulle disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 06.02.2003"*.

Al fine di soddisfare gli obiettivi prefissati si rende opportuno, pertanto, acquisire, nel corso del 2023, n. 1 dirigente veterinario, n. 1 tecnico della prevenzione, n. 1 amministrativo e n. 2 operatori socio-sanitari.

## g) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale nel corso dell'ultimo triennio ha risentito di un forte depauperamento di personale a vario titolo. Il periodo di pandemia ha determinato una diminuzione delle prestazioni nonostante sia stata assicurata la costante apertura dei servizi. Nel corso dell'anno 2021 si è assistito ad un recupero delle prestazioni non erogate così come previsto dalle raccomandazioni regionali.

Anche nel 2022 il DSM è stato caratterizzato da una condizione di considerevole precarietà, dovuta ad una persistente carenza di personale. Nonostante la Direzione Strategica abbia attivato procedure di mobilità per psichiatri e bandito manifestazioni di interesse per tossicologi, non è stato possibile garantire il turn over di tutto il personale che nell'anno precedente è stato collocato in quiescenza.

Si sono riscontrate difficoltà nell'ambito dell'accessibilità alle visite presso il TSMREE a causa della carenza di neuropsichiatri infantili, per l'aumento dei nuovi compiti certificativi relativi ai piccoli pazienti affetti da Disturbi dell'Apprendimento ed ancora a causa dell'elevato contenzioso posto in essere dai familiari per i trattamenti ABA.

Il risultato inevitabile di tale assenza di personale incide inesorabilmente sull'offerta dei servizi relativi ad un dipartimento caratterizzato dalla gestione di continue emergenze. Si riscontra infatti una riduzione degli orari di apertura del servizio per la distribuzione di metadone, difficoltà a garantire la copertura di tutti i turni per l'attività dei *Day Hospital*.

Al tal fine è opportuno sottolineare come nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale si è assistito all'impovertimento dei servizi territoriali, con conseguente difficoltà a mantenere la continuità assistenziale e l'accessibilità dei servizi. Inoltre tra le varie patologie emergenti si assiste all'incremento di nuove richieste riguardanti:

- Disturbi dello Spettro Autistico
- Disturbi del Comportamento Alimentare
- Disturbi della Condotta
- Disturbi Antisociali di Personalità
- Disturbi da gioco d'azzardo

Pertanto, per la programmazione del fabbisogno quali quantitativo del Dipartimento di Salute Mentale si è tenuto conto:

- complessità e numerosità delle linee di attività
- carenze di personale
- attivazione di linee di attività innovative, come "La Casa di Alice" relativa alla gestione e risoluzione dei disturbi del Comportamento Alimentare
- progetti di implementazione linee di attività specifiche (GAP, Autismo, PDTA ecc.)

Tale modalità ha permesso una definizione del fabbisogno coerente. Sono state ipotizzate azioni di miglioramento delle performance, del potenziamento dell'attività territoriale sia in termini di presa in carico precoce che in termini di integrazione con l'attività ospedaliera.

Nel corso dell'anno 2022 si è assistito ad un recupero delle prestazioni erogate rispetto alla fase pandemica, così come previsto dalle raccomandazioni regionali sul mantenimento delle prestazioni dei Servizi.

Si segnala, inoltre, la grave criticità di personale sanitario presso le sedi aziendali della UOC SERD con necessità di reclutamento di n. 4 dirigenti medici con disciplina in Tossicologia.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l'incremento di personale da prevedere negli anni 2023/25, consiste in n. 19 dirigenti psicologi, n. 22 dirigenti psichiatri, n. 17 dirigenti neuropsichiatri, n. 7 Amministrativi e n. 4 medici tossicologi.

Per quanto inerente il fabbisogno delle professioni sanitarie della riabilitazione, si elencano di seguito le unità di personale da acquisire entro il 2025, pari a n. 34:

- n. 7 CPS Fisioterapista
- n. 6 CPS Terapista Occupazionale
- n. 8 CPS tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- n. 11 CPS Terapisti della Neuropsicomotricità Età Evolutiva
- n. 4 CPS Educatore Professionale.

#### h) STIMA DEL FABBISOGNO PER LE ESIGENZE DEL PNRR

Con Determinazione n. G18206 20/12/2022, ed in applicazione del DM 77/2022, la regione Lazio ha definito il fabbisogno di personale necessario alla piena funzionalità della riorganizzazione territoriale dell’Azienda.

Tenuto conto della necessaria progressività nella attivazione delle diverse funzioni/strutture secondo il cronoprogramma indicato dalla predetta Determinazione regionale, e della potenziale riallocazione del personale conseguente alla dismissione/rimodulazione delle tipologie di servizi, attualmente in fase di riorganizzazione nonché, considerata la necessità di prevedere il reclutamento di ulteriore personale per l’attivazione delle strutture previste dalla programmazione sanitaria regionale (DGR 1005/2021), ma non destinatarie delle risorse del PNRR perché oggetto di specifico finanziamento regionale, nella successiva tabella è riportato il fabbisogno di personale previsto per il triennio 2022-2024 con riferimento alle seguenti strutture/servizi:

- Casa della Comunità c/o Poliambulatorio di Palidoro (*non ricompresa nel PNRR*);
- Casa della Comunità c/o Polimbulatorio di via Ramazzini (*non ricompresa nel PNRR*);
- Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A)
- 6 Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT-D) (*di cui 1 non ricompresa nel PNRR*)
- Unità di continuità Assistenziale
- Funzione di infermieristica di famiglia e/o comunità (IFeC)

Nel piano è ipotizzata l’immissione in servizio del personale sotto riportato a partire da gennaio 2024.

Strutture/Servizi	Medico	Personale Infermieristico **	Assistente Sociale	Personale amministrativo	OSS
<b>Casa della Comunità</b>					
Fiumicino – Palidoro *		11	1	6	6
Municipio XII – Via Ramazzini *		11	1	6	6



<b>Centrali Operative Territoriali</b>					
1 Centrale Operativa Territoriale Aziendale * *		6		2	
6 Centrali Operativa Territoriale Distrettuale		36		12	
<b>Unità di continuità Assistenziale</b>	6	6			
<b>IFeC</b>		198			
<b>TOTALE</b>	<b>6</b>	<b>268</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>12</b>

\* non finanziate da PNRR

\*\* include il coordinatore infermieristico

Le valutazioni inerenti il fabbisogno per l'anno 2025 verranno sviluppate sulla base delle indicazioni regionali anche sulla base delle risorse economiche da prevedere.

#### i) SINTESI DEL FABBISOGNO 2023-2025

Come ampiamente rappresentato nelle pagine sopra riportate, ogni acquisizione prevista è strettamente legata all'erogazione dei LEA nonché al potenziamento della rete ospedaliera in applicazione della Determinazione Regione Lazio 18 giugno 2021, n. G07512 e allo sviluppo dei servizi collegati con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza le cui assunzioni sono rappresentate nella tabella seguente nel 2024.

La mancanza degli operatori previsti determinerà inevitabilmente ricadute con impatti sull'erogazione dei servizi programmati e dovuti.

Si rappresenta che nel corso del 2022 sono state effettuate le seguenti progressioni verticali ai sensi del D. Lgs. 75/2017 (Madia), rappresentate nella tabella sotto riportata come assunzioni:

- Passaggio da categoria B a categoria C: 23 unità;
- Passaggio da categoria B a Bs: 5 unità;
- Passaggio da categoria D a categoria Ds: 32 unità.

Si richiama infine che l'azienda ha in corso le procedure di stabilizzazione di cui al comma 268 lett. b) dell'art.1 della Legge n. 234/2021 e che tali stabilizzazioni sono valorizzate come cessazioni di tempi determinati e assunzioni a tempo indeterminato. In ogni caso, il rimanente personale a tempo determinato è previsto in continuità a garanzia dei servizi.

In tabella sono riportate, con scopo di sintesi, esclusivamente le procedure assunzionali a tempo indeterminato. Per il 2025, in attesa delle valutazioni di cui sopra inerenti il PNRR, si considera esclusivamente la sostituzione del personale cessato.

Disciplina/Qualifica	Assunzioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	0	12	4
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	0	0	2
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	20	69	28

Disciplina/Qualifica	Assunzioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	21	22	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO	12	0	0
COMMESSO	0	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - DIETISTA	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB.	0	8	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (FISIOTERAPISTA-TERAPISTA OCCUPAZIONALE)	6	16	10
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (LOGOPEDISTA)	1	6	4
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (ORTOTTISTA)	2	2	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (RIABILITAZIONE PSICHIATRICA)	0	9	1
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	49	103	306
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. ESPERTO	15	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. (OSTETRICA)	1	2	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. AUDIOMETRISTA	0	2	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	11	17	15
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA	0	1	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. PERFUSIONISTA	3	1	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	9	18	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (EDUCATORE PROFESSIONALE)	0	7	3
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TERAP. NEURO E PSICOM. ETA' EVOL.	0	19	3
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO	6	6	1
TECNICO ANATOMIA PATOLOGICA	0	0	0
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0	7	1
COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	3	4	2
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	0	6	0
ASSISTENTE TECNICO	0	5	0
OPERATORE TECNICO	1	8	1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	5	0	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI
OSS	0	54	42
OTA	0	0	0
PROGRAMMATORE	0	0	0
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE ESPERTO	0	0	0
AVVOCATO DIRIGENTE	1	0	0
VETERINARIA	3	8	0
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	0	1	0
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	0	0	0
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	0	0	0
MEDICO TOSSICOLOGO	0	0	0
SANITÀ ANIMALE	0	0	0
ANATOMIA PATOLOGICA	2	0	0
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	24	1
ANGIOLOGIA	0	0	0
CARDIOCHIRURGIA	0	0	0
CARDIOLOGIA	1	7	4
CHIRURGIA GENERALE	1	3	0
CHIRURGIA VASCOLARE	0	0	0
CURE PALLIATIVE	0	0	0
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	0	1	0
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	0	3	1
EMATOLOGIA	0	0	0
ENDOCRINOLOGIA	0	0	0
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	0	4	0
GASTROENTEROLOGIA	2	2	0
GERIATRIA	0	0	0
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	4	3
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	1	15	0
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	0	1	0
MALATTIE INFETTIVE	0	1	1
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	0	0	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI
MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	0	6	0
MEDICINA DELLO SPORT	0	1	0
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	0	12	0
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	2	3	0
MEDICINA INTERNA	1	12	0
MEDICINA LEGALE	0	2	0
MEDICINA TRASFUSIONALE	0	2	2
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	0	0	0
NEFROLOGIA	0	3	1
NEUROFISIOPATOLOGIA	0	0	0
NEUROLOGIA	0	4	0
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1	12	0
ODONTOIATRIA	0	1	0
OFTALMOLOGIA	5	1	1
ONCOLOGIA	1	2	0
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	0	10	7
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	8	0
OTORINOLARINGOIATRIA	1	1	0
PATOLOGIA CLINICA	1	0	0
PEDIATRIA	0	7	0
PSICHIATRIA	1	13	2
RADIODIAGNOSTICA	0	14	0
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	0	0	0
UROLOGIA	0	0	0
ANALISTA	1	1	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	3	3	0
INGEGNERE INFORMATICO	0	0	0
DIRIGENTE INGEGNERE	0	1	0
STATISTICA SANITARIA E BIOMETRIA	0	0	0
STATISTICO	0	1	0
FISICO	0	1	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni stimate per fabbisogno 2022 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	2	3	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AREA DELLA RIABILITAZIONE	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITRIE OSTETRICHE	0	0	0
FARMACISTA	2	3	0
PSICOLOGO	19	8	1
SOCIOLOGO	0	0	0
COLL.PROF.SAN.ESPERTO - TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>219</b>	<b>617</b>	<b>455</b>

#### j) SOSTENIBILITA' ECONOMICA

Come noto, l'art. 11 del DL 56/2019 (Decreto Calabria) prevede che il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 sia incrementato "annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno.". Il medesimo articolo prevede inoltre che "Tale importo (il costo sostenuto dalle ASL) include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018".

Ai fini del calcolo della sostenibilità finanziaria del presente fabbisogno, sono state seguite le indicazioni di cui alla nota regionale n. U1213534 del 30.11.2022, e sono stati compilati i relativi modelli (allegati al presente piano) con i dettagli delle assunzioni/cessazioni per mese, tipologia contrattuale, procedura di reclutamento. È stato considerato il valore annuale della retribuzione per ciascuna assunzione programmata e per ciascuna cessazione attesa, nonché gli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, l'IRAP, e come previsto dal citato Decreto Calabria l'incremento delle risorse per i Fondi relativi al trattamento accessorio del personale connesso con le assunzioni programmate. Le stime di impatto sono state calcolate sulla base delle mensilità effettive di presenza del personale valorizzate al costo medio sostenuto in azienda (il valore regionale proposto nella documentazione risulta divergere notevolmente dai valori riscontrati). Il 2025 viene stimato pari al 2024 essendo al momento previste esclusivamente le sostituzioni del personale cessato.

<b>Rappresentazione Costi - Metodo Trascinamento</b>		
	Stima da Costi Medi	Stime CE
<b>Presenti al 31 dicembre 2021</b>	<b>114.435.223</b>	<b>118.180.377</b>
Cessazioni 2022	-10.727.303	
Assunzioni 2022	11.545.798	
<b>Previsione 2022</b>	<b>115.278.119</b>	<b>117.682.551</b>
Trascinamento Cessazioni 2022	-6.173.116	
Trascinamento Assunzioni 2022	7.838.024	
Assunzioni/Cessazioni 2023	9.027.462	
<b>Previsione 2023</b>	<b>125.970.490</b>	<b>128.374.921</b>
Trascinamento assunti/cessati 2023 su 2024	21.358.933	
Assunzioni/Cessazioni 2024	14.124.805	
<b>Previsione 2024</b>	<b>161.454.228</b>	<b>163.858.659</b>

Si rappresenta che le stime basate sui costi medi, determinano una proiezione di CE per il 2023 pari a 128,4 €/mln, superiore ai 124,1 €/mln di cui al concordamento 2022. Al riguardo si ribadisce l'improcrastinabile necessità assunzionale.

I valori di costo stimati, sono stati confrontati con il tetto di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 non incrementato degli importi previsti nel citato Decreto Calabria in quanto ad oggi non noti. Come si evince dalla tabella sotto riportata, la spesa attesa per il 2024 sarà superiore rispetto al tetto del 2004 di 15,3 €/mln. La maggiore spesa prevista rispetto al tetto è tuttavia presumibile che possa essere ampiamente riassorbita dagli incrementi spettanti nonché dai finanziamenti specifici per l'attivazione dei servizi di cui al PNRR.

Rispetto tetto finanziaria 2022	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.22	115.278.119,35
Inail	750.000,00
IRAP	9.031.004,74
<b>Totale anno 2022</b>	<b>125.059.124,09</b>
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	21.059.375,73
Costo 2022 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	103.999.748,35
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.000,00
<b>Residuo disponibile</b>	<b>11.735.251,65</b>

Rispetto tetto finanziaria 2023	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.23	125.946.088,49
Inail	750.000,00
IRAP	9.866.744,26
<b>Totale anno 2023</b>	<b>136.562.832,75</b>
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	23.008.234,47
Costo 2023 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	113.554.598,28
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.000,00
<b>Residuo disponibile</b>	<b>2.180.401,72</b>

Rispetto tetto finanziaria 2024	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.24	161.429.826,99
Inail	750.001,00
IRAP	12.646.576,31
<b>Totale anno 2024</b>	<b>174.826.404,30</b>
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	29.490.517,37
Costo 2024 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	131.011.614,16
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.001,00
<b>Residuo disponibile</b>	<b>-15.276.613,16</b>

### 3.4 FORMAZIONE

Con deliberazione n.ro 1138 del 2.12.2022 è stato adottato il "Piano Formativo Aziendale biennio 2023-2024". Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il documento annuale, o pluriennale, di programmazione delle attività di formazione e aggiornamento aziendali e si configura come il risultato di un percorso articolato che coinvolge una pluralità di attori istituzionali.

Il PFA rappresenta, altresì, uno strumento per raggiungere gli obiettivi strategici aziendali e di cui al presente Piano, nonché gli obiettivi emersi dall'analisi del fabbisogno formativo dei singoli professionisti (**allegato 10**).

## 3.5 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE E COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI – CUG

Con delibera n. 1290 del 2023 sono stati nominati i nuovi componenti del CUG dell’Azienda, già costituito nel 2011. Il CUG si è insediato ed ha definito un proprio regolamento di funzionamento che è stato approvato dall’Azienda con deliberazione n. 249 del 2023.

Il CUG si occupa di pari opportunità, benessere nei luoghi di lavoro e contrasto alle discriminazioni, sommando i compiti di due precedenti comitati, rispettivamente il comitato pari opportunità e il comitato antimobbing.

In aggiunta, il CUG ha anche compiti riguardanti il benessere organizzativo e la lotta alle discriminazioni di ogni tipo, comprese le molestie.

La norma istitutiva, l’art.21 della legge 183/2010, oltre a dar vita ai CUG, ha modificato vari articoli del decreto legislativo 165/2001 che regola i rapporti di lavoro in buona parte del settore pubblico.

Una di queste modifiche afferma espressamente che va garantita l’assenza di “ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all’età, all’orientamento sessuale, alla razza, all’origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell’accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro”.

In tema di pari opportunità, benessere organizzativo e contrasto alle discriminazioni, il CUG dell’Azienda avanza proposte, esprimendo pareri preventivi (es. in materia di avanzamento di carriere, valutazione della performance, orario di lavoro, lavoro agile, etc.) ed effettuando verifiche sulle condizioni del personale e proposte di azioni positive al fine di adottare quanto prima una serie di azioni che rientreranno nel presente piano triennale.

Nell’ambito di tali azioni, accanto alle azioni finalizzate a favorire la parità di genere, potranno essere previste l’effettuazione di indagini di clima per verificare il livello di benessere organizzativo e/o la presenza di discriminazioni, seminari o corsi di formazione sui temi della parità, del mobbing, della disabilità, iniziative volte a favorire la diffusione della cultura e quantità della prestazione lavorativa, nonché il diversity management.

Il compito di verifica, oltre che su progetti specifici, è esercitato dal CUG tramite una relazione annuale sulle condizioni del personale che deve affrontare, tra i vari aspetti, la distribuzione dei generi nei vari livelli gerarchici e le iniziative di contrasto alle discriminazioni, il benessere organizzativo, al fine di consentire all’Azienda di realizzare il piano di azioni positive.

Nell’ambito delle Politiche di sviluppo e benessere del personale la predisposizione di un Piano Azioni Positive costituisce specifico obiettivo.

Il predetto Piano, approvato dal CUG in data 20.03.2023, è di seguito riportato:

### PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

#### 1. PREMESSA

Il presente **Piano di azioni positive** rappresenta una visione programmatica e strategica diretta a promuovere nella **ASL Roma 3**, all’interno delle dinamiche organizzative e relazionali, l’attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità, la conciliazione tra vita privata e lavoro, le condizioni di benessere lavorativo, la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione.

Il vertice strategico, nella consapevolezza dell’importanza di dotarsi di uno strumento volto a portare a compimento le azioni sopra richiamate, adotta il presente Piano Triennale, in linea con i contenuti del **Piano della performance** e del **Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza**.

#### 2. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO



Nel corso degli anni, il legislatore ha fornito una serie di strumenti volti a garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, con l'obiettivo di contrastare le discriminazioni e promuovere l'occupazione femminile, in attuazione dei principi sanciti a livello costituzionale ed europeo.

Nell'elaborazione del Piano assumono particolare rilievo le **"azioni positive"**, introdotte nel nostro ordinamento dalla **legge 10 aprile 1991, n. 125** e ora disciplinate dagli **artt. 44 e ss.** del "Codice delle pari opportunità", recante *"Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro"*. L'**art. 7** del **d.lgs. 23 maggio 2000, n. 196** recante "Disciplina delle attività delle consigliere e consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive" introduce per la pubblica amministrazione i piani di azioni positive al fine di assicurare la rimozione di eventuali ostacoli che di fatto possono impedire la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne.

Il **d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165** recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" - "Testo Unico del Pubblico Impiego" (TUPI), ha esteso anche alle pubbliche amministrazioni il compito di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro.

Il **d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198** "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'**art. 6** della **legge 28 novembre 2005, n. 246**" prevede all'**art. 48** che ciascuna Pubblica Amministrazione predisponga un Piano Triennale di azioni positive volto a *"assicurare [...] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne"* volto a favorire il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche.

Ai sensi dell'**art. 42** del sopra citato Decreto viene definita la nozione giuridica di **"azioni positive"**, intese come misure dirette alla rimozione degli ostacoli per la realizzazione delle pari opportunità nel lavoro.

Sono da intendersi inoltre, come misure *"speciali"* in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, atte ad intervenire in contesti determinati per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta, e *"temporanee"*, in quanto necessarie fino al momento in cui permane una disparità di trattamento.

La **Direttiva 23 maggio 2007** "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche", che richiama la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, indica come sia di estrema importanza il ruolo ricoperto dalle amministrazioni pubbliche nello svolgere una funzione propositiva e propulsiva, per la promozione e l'attuazione dei principi fondamentali delle pari opportunità e delle valorizzazioni delle differenze nelle politiche rivolte al personale.

La direttiva citata si pone come obiettivo l'attuazione delle disposizioni normative vigenti, facilitando e promuovendo l'aumento della presenza di donne nelle posizioni apicali, sviluppando iniziative di *best practices* volte alla valorizzazione dell'apporto fattivo da parte di lavoratrici e lavoratori, orientando a questo obiettivo le politiche di gestione delle risorse umane.

Nell'ambito di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, il **d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150**, nell'introdurre il ciclo di gestione della performance, richiama espressamente i principi della normativa in materia di pari opportunità, prevedendo che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa comprenda anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

L'**art. 21** della **legge 4 novembre 2010, n. 183** (cd. "Collegato Lavoro") in tema di pari opportunità, benessere dei lavoratori e assenza di discriminazioni nella P.A., si esprime apportando modifiche rilevanti agli **artt. 1, 7 e 57** del **d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165**.

In particolare, è utile evidenziare il novellato **art. 7** che introduce l'ampliamento delle garanzie, oltre che per le discriminazioni legate al genere, anche per ogni altra forma di discriminazione. L'art. 7 recita che *"le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta relativa all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua"*, estendendo il campo di applicazione all'accesso al lavoro, al trattamento economico, alle condizioni di lavoro, alla formazione professionale. *"Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno."*

La legislazione in materia si basa su evidenze, ormai senza dubbi interpretativi, che negli ambienti di lavoro in grado di poter garantire pari opportunità, salute e sicurezza si migliorano, in termini di produttività e di appartenenza, i risultati raggiunti. A questo proposito si inserisce l'**art. 28, comma 1** del **d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81** (c.d. Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), che rende esplicito l'obbligo di valutare il rischio in un'ottica di genere e di porre in essere, se necessari, i correttivi nell'ambito del rischio da stress lavoro-correlato.

La normativa specifica a riguardo prevede, infatti, che *"La valutazione di cui all'art. 17, comma 1, lettera a), [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, [...] tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, [...] quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, [...] nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro"*.

La **legge 4 novembre 2010, n. 183** ha introdotto, ex novo, l'obbligo di promuovere nella P.A. il benessere organizzativo, prevedendo all'**art. 7 comma 1** del **d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165**, così come modificato dall'**art. 21**, che *"Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo"*.

Le integrazioni all'**art. 57** del **d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165**, contemplate dall'**art. 21** sopracitato, prevedono l'istituzione di un Comitato unico di garanzia (CUG) che sostituisce, assorbendone le competenze, il Comitato pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing.

La **Direttiva** della **Presidenza del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2011** ha completato il quadro normativo di riferimento specifico, enunciando dettagliatamente le Linee guida sulle modalità di funzionamento del CUG.

Il **d.lgs. 15 giugno 2015 n. 80** - "Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro in attuazione dell'art. 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183" introduce le misure volte alla tutela della maternità, rendendo più flessibile la fruizione dei congedi parentali, favorendo le misure di conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro.

Il **d.lgs. 12 maggio 2016, n. 90, all'art. 38 septies**, introduce il "Bilancio di genere" nella legge di contabilità e finanza pubblica. In base a tale articolo, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ha avviato un'apposita sperimentazione dell'adozione di un bilancio di genere, per la valutazione del diverso impatto della politica di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di denaro, servizi, tempo e lavoro non retribuito, con l'intento di determinare la valutazione del diverso impatto delle politiche di bilancio sul genere.

La **Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo** - "Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale", auspica l'innesco di un processo di riorganizzazione dell'impegno lavorativo nell'ambito di un equilibrio tra vita privata e vita professionale di donne e uomini in Europa, mirando a contribuire al conseguimento dei livelli più elevati di parità di genere, rispetto allo stato di fatto.

La recente **Direttiva 2/19** - "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" adottata dal **Ministero per la pubblica**

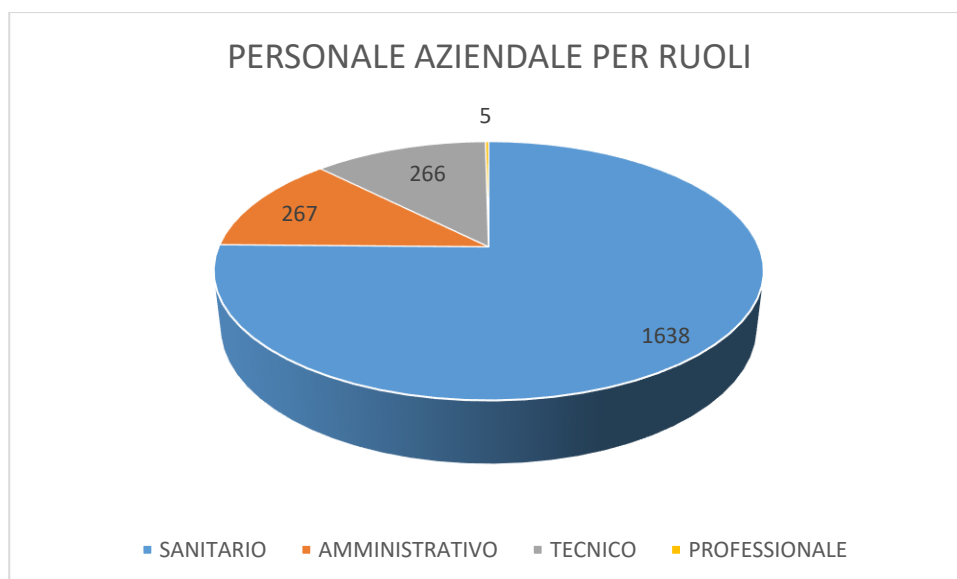
**amministrazione**, definisce le nuove linee di indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni in materia di promozione della parità e delle pari opportunità.

Seguono rispettivamente in ordine di tempo, in materia di lavoro agile nella P.A., la **legge 22 maggio 2017, n. 81**, la **Direttiva 3/17 del Ministro per la pubblica amministrazione**, nonché le disposizioni che, nel corso del 2020, hanno disciplinato nel complesso normativo l'utilizzo dell'istituto del lavoro agile in fase emergenziale, quale misura di prevenzione e di tutela della salute dei lavoratori.

### 3. SITUAZIONE DEL PERSONALE\*

PERSONALE AZIENDALE				
RUOLI	TOTALE	ETA' MEDIA	SESSO	TOTALE
SANITARIO	1638	49	F	1172
			M	466
AMMINISTRATIVO	267	50	F	190
			M	77
TECNICO	266	49	F	157
			M	109
PROFESSIONALE	5	48	F	3
			M	2

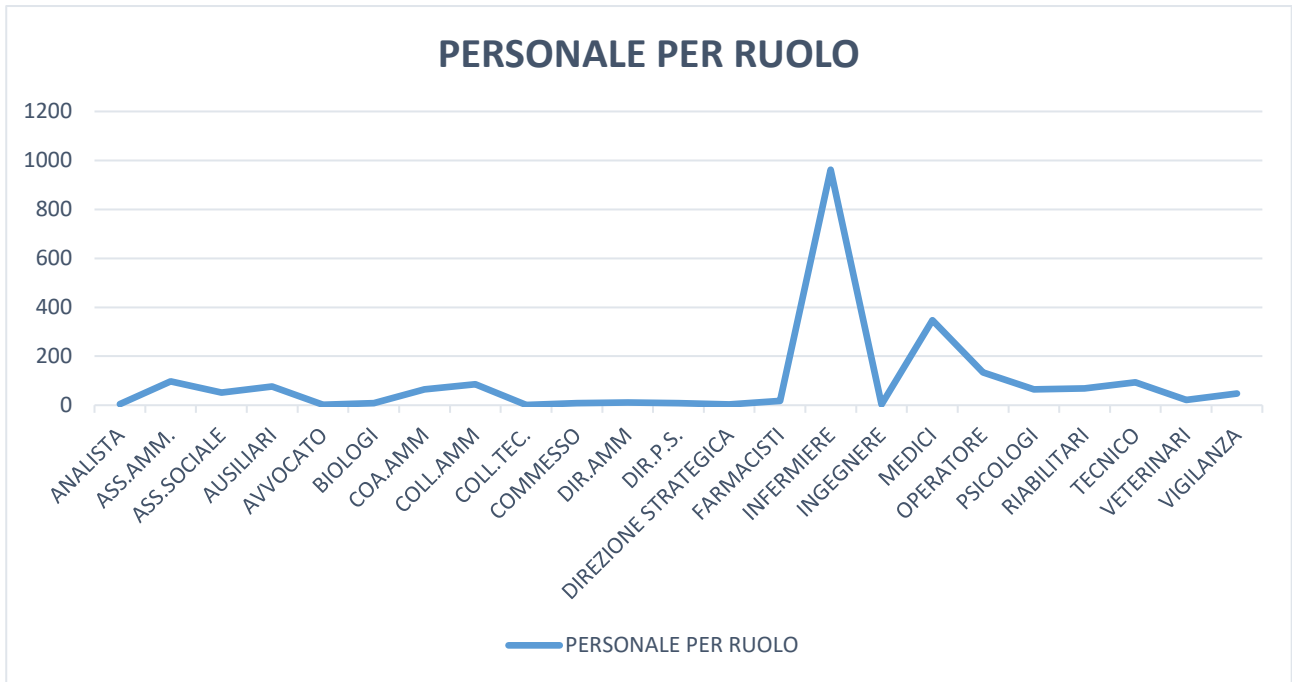
PERSONALE AZIENDALE	TOTALE
SANITARIO	1638
AMMINISTRATIVO	267
TECNICO	266
PROFESSIONALE	5





<b>PERSONALE PER RAPPORTO DI LAVORO DETERMINATO/INDETERMINATO</b>			
		<b>INDETERMINATO</b>	<b>DETERMINATO</b>
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	253	3
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	0
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	1142	31
COMPARTO	RUOLO TECNICO	208	54
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>1603</b>	<b>88</b>
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	353	15
DIRIGENZA SANITARIA	RUOLO SANITARIO	79	18
DIRIGENZA PTA	RUOLO PROFESSIONALE	5	0
DIRIGENZA PTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	11	0
DIRIGENZA PTA	RUOLO TECNICO	4	0
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>452</b>	<b>33</b>

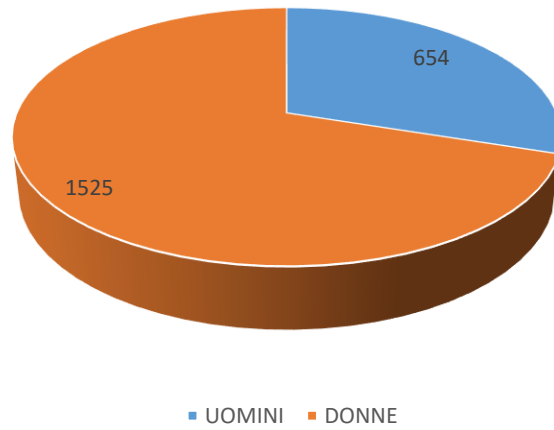
<b>SITUAZIONE PERSONALE PER GENERE</b>			
		<b>F</b>	<b>M</b>
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	184	72
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	0
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	898	275
COMPARTO	RUOLO TECNICO	156	106
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>1238</b>	<b>453</b>
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	203	165
DIRIGENZA SANITARIA	RUOLO SANITARIO	71	26
DIRIGENZA PTA	RUOLO PROFESSIONALE	3	2
DIRIGENZA PTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	6	5
DIRIGENZA PTA	RUOLO TECNICO	1	3
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>284</b>	<b>201</b>



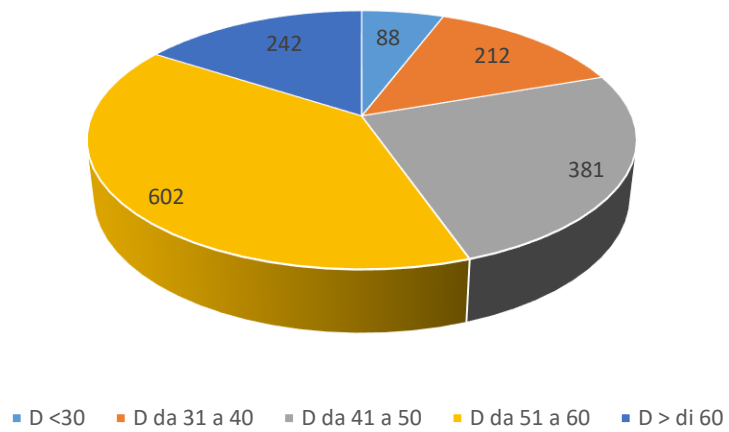
PERSONALE AZIENDALE	
RUOLI	ETA' MEDIA
SANITARIO	49
AMMINISTRATIVO	50
TECNICO	49
PROFESSIONALE	48



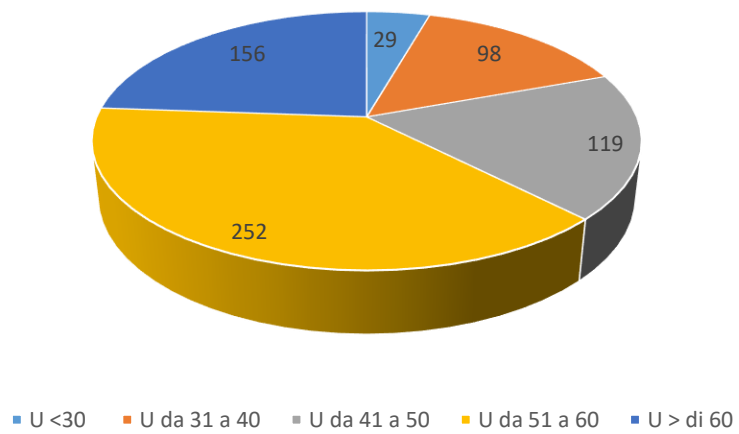
### PERSONALE PER SESSO



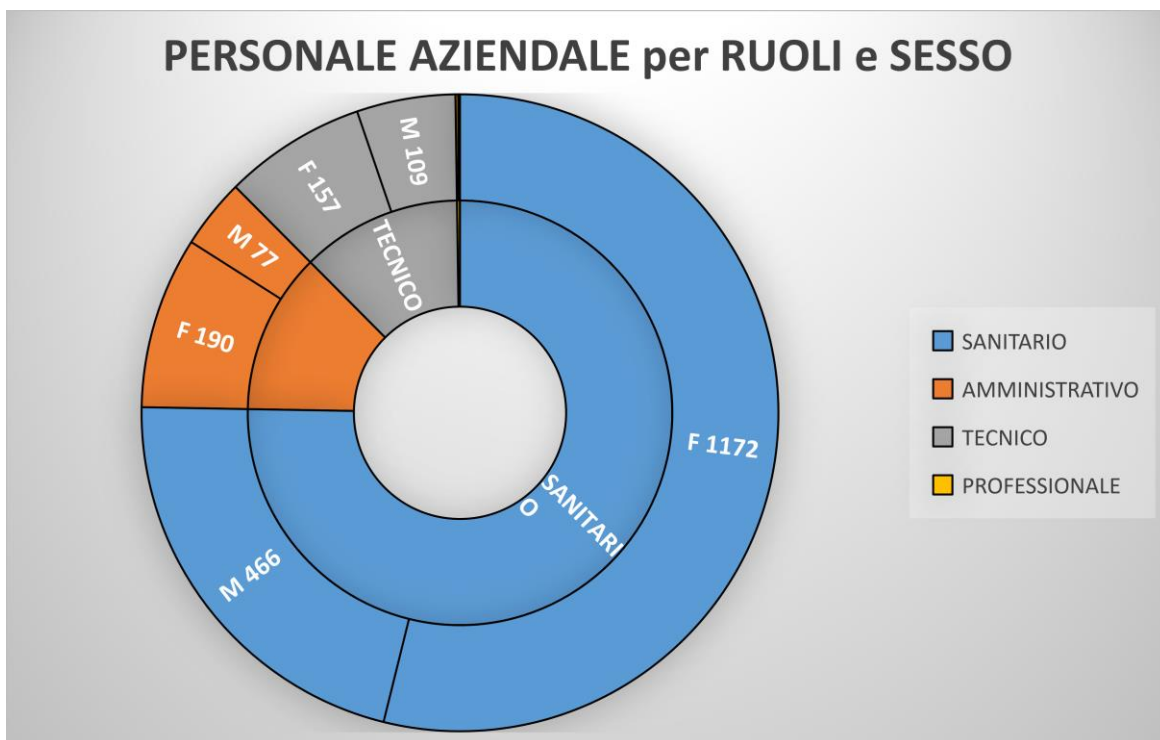
### DONNE per Classi di Età



### UOMINI per Classi di Età

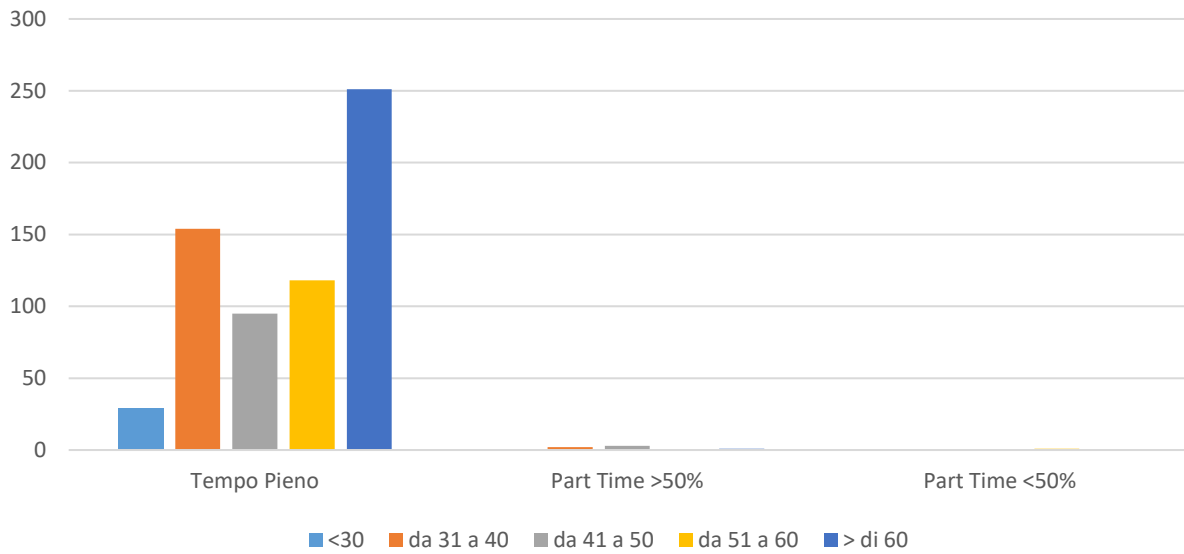


PERSONALE AZIENDALE		
RUOLI	SESSO	TOTALE
SANITARIO	F	1172
SANITARIO	M	466
AMMINISTRATIVO	F	190
AMMINISTRATIVO	M	77
TECNICO	F	157
TECNICO	M	109
PROFESSIONALE	F	3
PROFESSIONALE	M	2

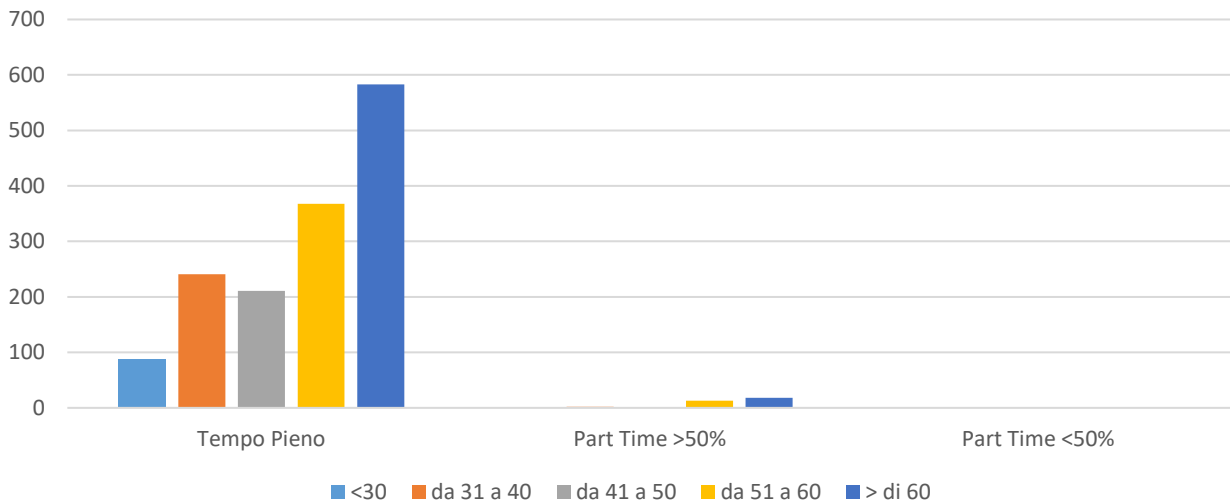




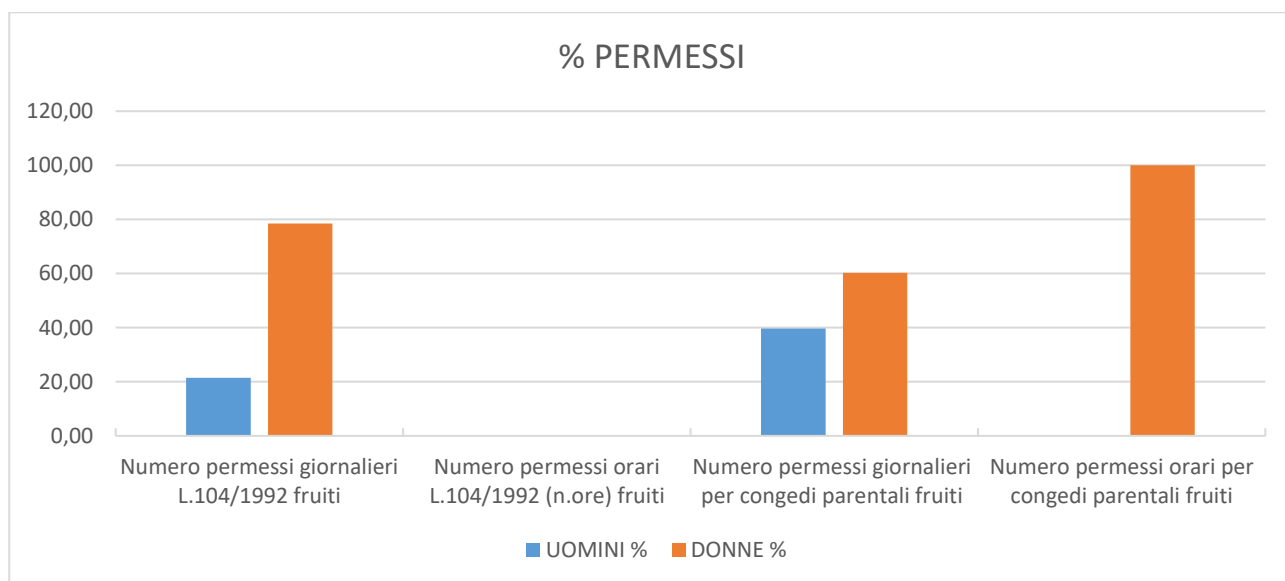
### Tempo pieno/part-time: UOMINI per Classi di Età



### Tempo pieno/part-time: DONNE per Classi di Età

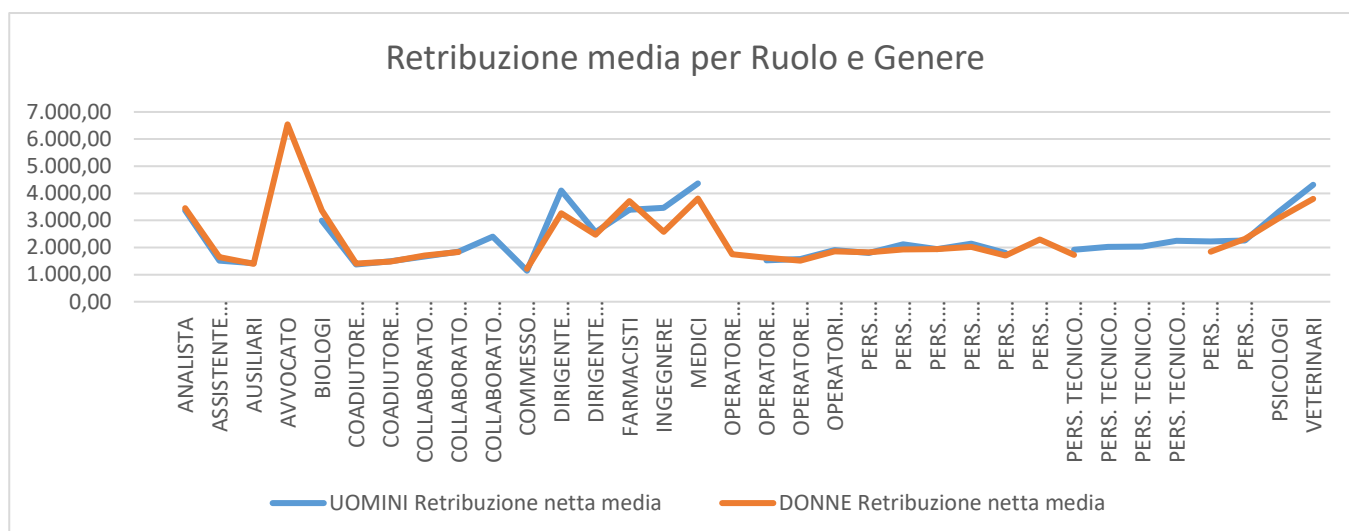


	UOMINI %	DONNE %	Valori	%
			assoluti	
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	21,50	78,50	11.535,00	100,00
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	0,00	0,00	0,00	0,00
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	39,70	60,30	6.246,50	100,00
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	0,00	100,00	7,00	100,00



Inquadramento	UOMINI	DONNE
	Retribuzione netta media	Retribuzione netta media
<b>ANALISTA</b>	<b>3.370,65</b>	<b>3.447,32</b>
<b>ASSISTENTE AMMINISTRATIVO CAT C</b>	<b>1.517,05</b>	<b>1.642,53</b>
<b>AUSILIARI</b>	<b>1.420,05</b>	<b>1.398,56</b>
<b>AVVOCATO</b>		<b>6.542,62</b>
<b>BIOLOGI</b>	<b>2.994,75</b>	<b>3.367,12</b>
<b>COADIUTORE AMMINISTRATIVO CAT B</b>	<b>1.368,86</b>	<b>1.409,06</b>

COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR CAT BS	1.489,51	1.482,10
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO CAT D	1.670,38	1.698,29
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO CAT DS	1.847,15	1.832,59
COLLABORATORE TECNICO PROF. SENIOR CAT DS	2.397,24	
COMMESSE CAT A	1.142,16	1.214,92
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	4.103,75	3.259,24
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	2.569,15	2.472,19
FARMACISTI	3.389,75	3.709,39
INGEGNERE	3.464,87	2.574,13
MEDICI	4.364,11	3.811,15
OPERATORE PROFESSIONALE II CATEGORIA CAT BS		1.754,73
OPERATORE TECNICO CAT B	1.524,19	1.626,81
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO CAT BS	1.577,25	1.515,73
OPERATORI TECNICI	1.909,63	1.861,67
PERS. DELL'ASSISTENZA SOCIALE CAT D	1.797,18	1.817,32
PERS. DELL'ASSISTENZA SOCIALE CAT DS	2.116,05	1.933,93
PERS. INFERMIERISTICO CAT D	1.942,54	1.938,08
PERS. INFERMIERISTICO CAT DS	2.139,86	2.018,28
PERS. RIABILITAZIONE CAT D	1.800,56	1.706,25
PERS. RIABILITAZIONE CAT DS		2.291,34
PERS. TECNICO CAT C	1.917,25	1.724,27
PERS. TECNICO CAT D	2.028,27	
PERS. TECNICO SANITARIO CAT D	2.039,05	1.867,23
PERS. TECNICO SANITARIO CAT DS	2.248,15	
PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE CAT D	2.218,05	1.850,25
PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE CAT DS	2.259,13	2.313,61
PSICOLOGI	3.324,26	3.088,59
VETERINARI	4.316,69	3.793,57



\*Fonte UOC Risorse Umane marzo 2023

#### 4. LINEE GENERALI DI INTERVENTO

Al fine di assicurare la coerenza con gli obiettivi strategici e operativi previsti dalla normativa vigente, si delineano di seguito gli *obiettivi generali* che il presente Piano intende perseguire:

- a) *Valorizzazione* delle risorse umane, garantendo l'accrescimento professionale dei lavoratori, assicurando iniziative formative coerenti tra le evidenziate necessità e le aspettative personali delle lavoratrici e dei lavoratori nel contesto professionale e nella vita privata extra-lavorativa.
- b) *Promuovere* un miglioramento continuo dell'organizzazione del lavoro e del conseguente auspicato benessere organizzativo che, ferma restando la priorità di garantire la funzionalità degli uffici, persegua contemporaneamente il raggiungimento dell'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata.
- c) *Assicurare*, con modalità condivise, la garanzia della trasparenza dell'azione amministrativa, con il fine espresso di promuovere in tutto il personale, la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione.
- d) *Assicurare* una particolare attenzione alla formazione degli operatori, volta alla gestione di situazioni conflittuali con l'utenza che potrebbero esitare in episodi di violenza

- e) *Implementare* i servizi psicologici volti alla comunicazione con fasce di utenza in condizioni di particolari fragilità
- f) *Porre attenzione* alle dinamiche relazionali che si possono creare all'interno dei servizi tra le diverse figure professionali orientando le azioni verso la cura dei contesti.
- g) *Implementare* l'armonizzazione del contesto amministrativo sanitario.

## 5. INIZIATIVE

### 5.1 **Obiettivo: PROMOZIONE DEL BENESSERE INDIVIDUALE E CONSEGUENTE BENESSERE**

#### **LAVORATIVO**

Promozione di stili di vita salutari, e di aggregazione

- Iniziativa: ***Se sali le scale ti mantieni in forma*** (Produzione e diffusione di materiale informativo formato poster con descrizione degli effetti salutari ottenuti nell'evitare l'utilizzo dell'ascensore, e realizzazione di giornate promozionali).
- 
- Iniziativa: ***Respirazione & relax*** (Corso di tecniche di rilassamento da adottare sul luogo di lavoro, in ogni momento ritenuto necessario, ed in ogni luogo di svolgimento della propria attività es. ginnastica posturale).
- Iniziativa: Corso di formazione alle tecniche di risposta controllata alle molestie ed alle offese verbali.
- Iniziativa: ***No al fumo*** (Corso di accompagnamento al contrasto della dipendenza dal fumo di tabacco. Opportunità offerta di coinvolgimento volontario dei colleghi di lavoro e familiari del tabagista).

### 5.2 **Obiettivo: AZIONI COORDINATE DI PROMOZIONE DELLA PERSONA ATTRAVERSO L'OBIETTIVO DELL' ACCRESCIMENTO PROFESSIONALE DEI DIPENDENTI (FORMAZIONE) E CONSEGUENTE VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE**

5.2.1. ***Ricerca di iniziative formative innovative***, multidisciplinari e multimodali, sulle dinamiche relazionali, e sullo sviluppo attivo di rapporti interpersonali/collaborativi atti a favorire il benessere all'interno dei luoghi di lavoro, attraverso l'attivazione di percorsi formativi avanzati:

- Strategie di comunicazione attiva, di ascolto, di pari opportunità e di contrasto alle discriminazioni e alle violenze di genere;
- Strumenti di gestione delle priorità;
- Team working e le modalità di gestione dei gruppi di lavoro;
- Perfezionamento della comunicazione efficace per il personale al contatto con l'utenza;
- Intelligenza emotiva.

### **5.3 Obiettivo: AZIONI DI CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI VITA PRIVATA (Famiglia, Amici, Passatempo, Impegno sociale ecc.)**

5.3.1 *Creazione e promozione di iniziative partecipate (anche con i propri familiari) di aggregazione fuori dall'orario di servizio (dopo il termine dell'orario diurno pomeridiano es. dopo le 17.00, oppure nel fine settimana sabato/domenica):*

- Iniziativa: **Gruppo di cammino** (Corso di presentazione delle opportunità offerte di stimolo e di aggregazione salutista, nel programmare delle uscite in gruppo dove percorrere insieme strade ricche di stimoli visivi e culturali in ogni stagione dell'anno, con colleghi di lavoro ed eventualmente anche con i rispettivi familiari).
  
- Iniziativa: **Con le mani...** (Corsi monotematici di insegnamento delle tecniche manuali necessarie per realizzare oggetti di uso comune ed artistico, con l'obiettivo finale di proporre i manufatti più meritevoli in vendita a fini di beneficenza con iniziative specifiche es. mostre periodiche aziendali).

5.3.2 *Implementazione di convenzioni con realtà territoriali, per l'offerta scontata (riservata al personale dipendente e familiari) del costo offerto al pubblico di beni e/o prestazioni- erogazioni di servizi, come forma di supporto psichico e fisico alla "persona" e relativi familiari:*

- Prestazioni private professionali/artigianali
- Banche e Finanziarie
- Noleggio
- Negozi
- Viaggi
- Hotel
- Ristoranti
- Università/Scuole/Asili/Nidi d'infanzia
- Corsi di lingue straniere
- Circoli sportivi
- Centri Estivi (per minori ed anziani)
- Stabilimenti balneari

### **5.4 Obiettivo: PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO IN UN'OTTICA DI GENERE, ANCHE IN RELAZIONE ALLO STRESS LAVORO CORRELATO**

5.4.1. Implementazione della figura del **Disability Manager** con l'obiettivo di porre in essere particolare attenzione alle situazioni di fragilità ed ai soggetti portatori di disabilità, promuovendo azioni (formazione e occasioni di incontro/ascolto) tese a tutelare i bisogni delle lavoratrici e dei lavoratori portatori di disabilità fisiche e psichiche. In tale ambito, si

intende promuovere iniziative finalizzate alla promozione della **cultura dell'inclusione**, con la collaborazione delle associazioni delle varie categorie di disagio (Associazioni non vedenti, non udenti, ecc.):

- Iniziativa: **Formazione all'uso e dotazione nelle postazioni di computer di schermi video e software specifici di sintesi vocale** (es. per le disabilità visive) per la lettura di quanto presente sullo schermo, nell'ottica generale di rendere realizzabili tutte le iniziative utili a favorire l'inclusione lavorativa e a rimuovere ogni tipo di discriminazione.
- Iniziativa: **Implementazione progressiva dell'offerta di un percorso tattile** con priorità negli edifici dove è impiegato personale ipo-vedente e non-vedente, e successivamente negli ambiti di prestazioni erogate ai cittadini con disabilità visiva.

5.4.2. Nella prevenzione dei rischi trasversali e nell'interesse di promuovere la diffusione del principio di protezione della salute individuale e collettiva anche sui luoghi di lavoro, attenzione viene posta ai rischi di arresto cardiaco improvviso:

- Promozione di iniziative di formazione, rivolte ai dipendenti, su tecniche di rianimazione cardiopolmonare e conseguente idoneità all'uso del **defibrillatore semiautomatico**.
- Fornitura progressiva di un defibrillatore semiautomatico presso realtà lavorative extra-ospedaliere aziendali, con un congruo numero di lavoratori impiegati.

5.4.3. In continuità con le iniziative già poste in essere in materia di pari opportunità e benessere organizzativo, dall'estate scorsa è stato dedicato alle necessità del personale del Pronto soccorso dell'ospedale aziendale G.B. Grassi di Ostia (Roma) per poi progressivamente interessare tutto il personale aziendale, un **Servizio di ascolto psicologico per la prevenzione del disagio lavorativo**.

Partendo dall' *"analisi della domanda"* oltre all'orientamento offerto ai lavoratori interessati, si sono ottenute proposte utili alla risoluzione delle problematiche rappresentate sia dalle lavoratrici che dai lavoratori, sia dall'Amministrazione stessa nell'ambito d'interessamento organizzativo/gestionale.

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
5.1 PROMOZIONE DEL BEN-ESSERE INDIVIDUALE E CONSEGUENTE BENESSERE LAVORATIVO	5.1.1 Creazione e promozione di iniziative partecipate					
		<b>“Se sali le scale ti mantieni in forma”</b> (Produzione e diffusione di materiale informativo formato poster con descrizione degli effetti salutari ottenuti nell’evitare l’utilizzo dell’ascensore, e realizzazione di giornate promozionali).	SPP  UOC Sviluppo Organizzativo e della “competence” individuale  URP/ Comunicazione	X	X	X
		<b>“Respirazione &amp; relax”</b> (Corso di tecniche di rilassamento da adottare sul luogo di lavoro, in ogni momento ritenuto necessario, ed in ogni luogo di svolgimento della propria attività es. ginnastica posturale).	SPP  UOC Sviluppo Organizzativo e della “competence” individuale  URP/ Comunicazione	X	X	X
		Corso di formazione alle tecniche di risposta controllata alle molestie ed alle offese verbali.	SPP  UOC Sviluppo Organizzativo e della “competence” individuale  URP/ Comunicazione	X	X	X
		<b>“No al fumo”</b> (Corso di accompagnamento al contrasto della dipendenza dal fumo di tabacco. Opportunità offerta di coinvolgimento volontario dei colleghi di lavoro e familiari del tabagista).	SPP  UOC Sviluppo Organizzativo e della “competence” individuale  URP/ Comunicazione	X	X	X



OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
5.2 AZIONI COORDINATE DI PROMOZIONE DELLA PERSONA ATTRAVERSO L'OBIETTIVO DELL' ACCRESIMENTO PROFESSIONALE DEI DIPENDENTI (FORMAZIONE) E CONSEQUENTE VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE		5.2.1. <b>Ricerca di iniziative formative innovative</b> , multidisciplinari e multimodali, sulle dinamiche relazionali, e sullo sviluppo attivo di rapporti interpersonali/collaborativi atti a favorire il benessere all'interno dei luoghi di lavoro, attraverso l'attivazione di percorsi formativi avanzati	UOC Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale  UOS Formazione	X	X	X

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
5.3 AZIONI DI CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI VITA PRIVATA ( <i>Famiglia, Amici, Passatempi, Impegno sociale ecc.</i> )	5.3.1 Creazione e promozione di iniziative partecipate (anche con i propri familiari) di aggregazione fuori dall'orario di servizio (dopo il termine dell'orario diurno pomeridiano es. dopo le 17.00, oppure nel fine settimana sabato/domenica)			X	X	X
		<b>"Gruppo di cammino"</b> (Corso di presentazione e visibilità social)	URP/ Comunicazione	X	X	X
		<b>"Con le mani"</b> (Corsi di insegnamento delle tecniche manuali per realizzare oggetti di uso comune ed artistico e vendita per beneficienza in mostre aziendali)	URP/ Comunicazione	X	X	X
5.3 AZIONI DI CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI VITA PRIVATA ( <i>Famiglia, Amici, Passatempi, Impegno sociale ecc.</i> )	5.3.2 Implementazione di convenzioni con realtà territoriali, per l'offerta scontata (riservata al personale dipendente e familiari) del costo offerto al pubblico di beni e/o prestazioni-erogazioni di servizi, come forma di supporto psichico e fisico alla "persona" e relativi familiari:		Uffici Amministrativi	X	X	X

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
5.4 PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO IN UN'OTTICA DI GENERE, ANCHE IN RELAZIONE ALLO STRESS LAVORO CORRELATO	5.4.1. Implementazione della figura del <i>Disability Manager</i>		UOC Personale	X	X	X
		Formazione all'uso e dotazione nelle postazioni di computer di schermi video e software specifici di sintesi vocale	ITC  UOS Formazione	X	X	X
		Implementazione progressiva dell'offerta di un percorso tattile	SPP  Ufficio Tecnico	X	X	X
5.4. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO IN UN'OTTICA DI GENERE, ANCHE IN RELAZIONE ALLO STRESS LAVORO CORRELATO	5.4.2. Attenzione ai rischi di arresto cardiaco improvviso	Fornitura progressiva di un defibrillatore semiautomatico presso realtà lavorative extra-ospedaliere aziendali, con un congruo numero di lavoratori impiegati.	SPP	X	X	X
		Iniziative di formazione su tecniche di rianimazione cardiopolmonare e conseguente idoneità all'uso del defibrillatore semiautomatico.	SPP	X	X	X

	5.4.3. In continuità con le iniziative già poste in essere in materia di pari opportunità e benessere organizzativo, dall'estate scorsa è stato dedicato alle necessità del personale del P. S. dell'ospedale G.B. Grassi di Ostia per poi estenderlo a tutto il personale aziendale	Servizio di ascolto psicologico per la prevenzione del disagio lavorativo	UOC Sviluppo Organizzativo e della "competence" individuale	X	X	X
--	--	---	---	---	---	---

## SEZIONE 4: MONITORAGGIO

### a) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI

L'URP dell'Asl Roma 3 effettua monitoraggi periodici tesi a verificare la qualità percepita dei servizi erogati all'utenza. Con cadenza trimestrale l'Urp predispone per la Direzione della Asl Roma 3 un report delle attività di tutela e un ulteriore report annuale inviato sempre alla Direzione aziendale e pubblicato sul Sito aziendale al seguente link: <http://www.aslroma3.it/urp/>.

Per la gestione, il monitoraggio e l'estrapolazione dei dati l'Urp utilizza un programma dedicato dove sono registrate tutte le segnalazioni ricevute dall'utenza.

Su richiesta specifica per esempio per la valutazione di un Dirigente, l'Urp predispone un report per l'Area Risorse Umane.

L'Urp al fine di effettuare un monitoraggio sulla qualità percepita, effettua almeno un'indagine di *Customer satisfaction* all'anno.

La **Customer satisfaction** è un insieme di metodi e modelli di ricerca per la rilevazione del grado di soddisfazione del cliente/utente, assunta come misura della qualità di un servizio.

Il concetto di soddisfazione rappresenta uno stato derivante dalle aspettative esplicite o latenti dell'utente e la percezione che egli ha del complesso dei fattori di qualità incorporati nel servizio fruito/erogato. Le indagini sulla Qualità percepita sono adottate in molti servizi dell'Asl Roma 3 in quanto rappresentano il segno di una cultura diffusa di orientamento al cliente/utente e di consapevolezza dell'importanza del suo giudizio per orientare le scelte di vertice e valutare la qualità dei servizi offerti.

La Asl Roma 3 si avvale dei risultati rilevati nelle relazioni trimestrali/annuali e delle indagini di *Customer satisfaction* per predisporre azioni di miglioramento che hanno la finalità di erogare servizi all'utenza sempre più efficaci ed efficienti.

All'uopo, si sta predisponendo l'acquisizione di un programma operativo che registra le segnalazioni, permette di analizzare le criticità evidenziate dagli utenti al fine di supportarne la lettura e, ancora, attraverso l'elaborazione dei dati si può condividere con i responsabili dei servizi la definizione delle azioni di miglioramento da attuare.

### b) MONITORAGGIO RELATIVO ALLE PERFORMANCE

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle strutture Negoziatrici, verrà effettuato dalla UOS Controllo di Gestione.

I Direttori di Dipartimento, ove presenti, cureranno il monitoraggio degli obiettivi e il coordinamento trasversale delle attività. A loro compete l'analisi di coerenza della performance raggiunta dai negoziatori afferenti il Dipartimento e la

trasmissione al Controllo di Gestione della relazione trimestrale sintetica e puntuale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento e ai Negoziatori.

Le relazioni dovranno essere corredate di tutti gli allegati idonei alla verifica del raggiungimento degli obiettivi stessi. In sede di valutazione complessiva si terrà conto del mancato rispetto delle tempistiche previste per l'invio delle suddette relazioni, nonché la non rispondenza delle stesse rispetto a quanto richiesto nelle schede di budget.

I Direttori di Dipartimento parteciperanno altresì alle riunioni che si renderanno necessarie per la valutazione degli eventuali ritardi nel raggiungimento degli obiettivi.

Con periodicità almeno trimestrale, vengono fornite ai responsabili di budget le necessarie informazioni in termini di attività e di utilizzo di risorse, per consentire un confronto tra i risultati raggiunti e quelli programmati, al fine di realizzare le opportune azioni correttive.

Qualora le condizioni interne lo impongano, il Dirigente responsabile di budget può richiedere, di concerto con il Direttore di Dipartimento, alla Direzione Generale di riformulare gli obiettivi assegnati, adattandoli ai nuovi contesti.

Il Controllo di Gestione, elaborerà un prospetto semplificato in ordine allo stato di raggiungimento degli obiettivi che rappresenta lo strumento per definire le azioni correttive o la rimodulazione degli obiettivi.

I negoziatori, se lo ritengono utile e opportuno, potranno inviare una relazione in cui motivano/giustificano il mancato perfezionamento di alcuni obiettivi, per le valutazioni della Direzione Strategica e dell'OIV.

## **VERIFICA DEI RISULTATI**

Per i Negoziatori di struttura, la verifica preliminare conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Controllo di Gestione, validata dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per la parte di rispettiva competenza e successivamente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Qualora un obiettivo si ritenesse non valutabile per modifiche delle normative di riferimento o per cause esterne sopraggiunte che ne impediscano la realizzazione, sarà cura del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di propria competenza, rideterminare il valore del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

## **CRITERI DELLE VERIFICHE**

Per assicurare la migliore e più trasparente azione di verifica sarà necessario seguire i seguenti criteri:

- le verifiche saranno condotte in base a documentazione e numeri oggettivi e comprovabili;
- le verifiche non dovranno essere generiche ma specifiche per ogni struttura;
- nel caso in cui il Direttore sovraordinato non raggiungesse un obiettivo, il mancato raggiungimento dovrà trovare corrispondenza anche in una o più delle strutture sotto ordinate;
- Per i Dirigenti delle UOS la verifica conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Direttore/Responsabile della UOC, vistata dal Negoziatore della macrostruttura di afferenza e da questi successivamente trasmessa alla UOC Risorse Umane (Verifiche e Sistemi premianti) che la trasmetterà successivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- il Controllo di Gestione verificherà la completezza dei risultati raggiunti e la coerenza tra i risultati delle strutture sovra ordinate con quelli delle strutture sotto ordinate;
- Concluso il controllo di coerenza e congruità, il Controllo di Gestione trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

In merito alle risorse economiche disponibili, le stesse sono definite sulla base di quanto previsto nella delibera di adozione del Bilancio preventivo anno 2022 (delibera n°243 del 30/12/2021) e della delibera di budget economico per i negoziatori assegnatari di budget (delibera n°8 del 13/01/2022) ed eventuali successive modificazioni.

## **c) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ANTICORRUZIONE**

### **MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE**

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. Il presente piano tende a rafforzare l'impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato.

L'attività di monitoraggio vedrà coinvolti anche i Referenti dell'anticorruzione; in una prima fase l'attività di monitoraggio sarà effettuata su un campione pari al 30% dei dati pubblicati a partire dai dati segnalati dall'ANAC come da verificare.

Il monitoraggio sarà effettuato quadrimestralmente/trimestralmente.

Il monitoraggio non riguarderà esclusivamente la trasparenza amministrativa ma il controllo sul se e come le misure di trattamento del rischio vengono attuate dando anche una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contestare.

L'attività di monitoraggio può avere ad oggetto anche attività non preventivamente pianificate ma emerse a seguito di segnalazioni pervenute tramite il canale del whistleblowing.

Strumenti operativi utili per una buona attuazione dell'attività di monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure sono:

- predisporre una check-list;
- realizzare incontri periodici con i responsabili delle misure;
- utilizzare strumenti informatici volti a facilitare l'attività di monitoraggio.

#### MONITORAGGIO SULLA TRASPARENZA

Il monitoraggio sulla trasparenza è volto a verificare se l'amministrazione ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente; se siano stati individuati i responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

Il monitoraggio è, altresì, volto a verificare la corretta attuazione della disciplina dell'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la capacità dell'Azienda di censire le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione è un controllo successivo, si riferisce a tutti i dati pubblicati su Amministrazione Trasparente.

Spetta all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni fornite annualmente dall'ANAC. L'OIV attesta, oltre alla presenza/assenza del dato o documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi sulla completezza del dato.

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione dell'OIV a all'invio ad ANAC, assume le iniziative finalizzate all'implementazione delle misure di trasparenza e/o ne adotta ulteriori.

Strumento operativo utile alla corretta pubblicazione dei dati è il ricorso all'utilizzo di strumenti informatici.

Altro possibile strumento è quello di predisporre report – anche attraverso griglie excel di compilazione) specifici da parte dei responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati; tale strumento realizza un controllo e un monitoraggio continuo.

Il RPCT comunica all'Ufficio Disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione segnalandone i nominativi anche al vertice dell'Azienda e all'OIV.

#### MONITORAGGIO INTEGRATO DELLE SEZIONI DEL PIAO

Oltre alle attività di monitoraggio sopra specificate, il legislatore ha introdotto il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO.

Monitoraggio integrato:

Fattispecie	Criticità	Ruolo pro-attivo del RPCT
Mancata programmazione da parte del responsabile delle Risorse Umane di assunzioni di personale qualificato idoneo a ricoprire i posti da ruotare	Difficoltà di attuare la misura della rotazione ordinaria del personale	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle Risorse Umane per capire le ragioni/cause di tale difficoltà per poi disporre le necessarie iniziative in materia di Risorse Umane volte anche a consentire di attuare la rotazione

Mancata previsione in bilancio di adeguate risorse finanziarie per procedere alla informatizzazione della strategia di prevenzione della corruzione	Impossibilità dell'Azienda di adeguare i sistemi informatici per una migliore programmazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle risorse finanziarie/Sistemi informativi per capire le ragioni/cause della mancata previsione di risorse in bilancio affinché vengano intraprese le necessarie iniziative

Ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e), l'Azienda deve monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e i dipendenti. In fase di prima applicazione e nelle more della definizione di un sistema di monitoraggio supportato da strumenti informatici, i Responsabili delle strutture interessate e i dirigenti e i dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie attestano, nel provvedimento di competenza, l'insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento medesimo. In caso di conflitto di interesse, dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della legge 241/90. I Responsabili di struttura presentano, entro il 30 novembre di ogni anno, al Responsabile della prevenzione una relazione riportante l'elenco dei provvedimenti per i quali è stata riscontrata una situazione di conflitto di interessi e delle misure adottate.

Ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e), l'Azienda deve monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e i dipendenti.

In fase di prima applicazione e nelle more della definizione di un sistema di monitoraggio supportato da strumenti informatici, i Responsabili delle strutture interessate e i dirigenti e i dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie attestano, nel provvedimento di competenza, l'insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento medesimo.

In caso di conflitto di interesse, dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della legge 241/90.

I Responsabili di struttura presentano, entro il 30 novembre di ogni anno, al Responsabile della prevenzione una relazione riportante l'elenco dei provvedimenti per i quali è stata riscontrata una situazione di conflitto di interessi e delle misure adottate.

#### d) MONITORAGGIO RELATIVO AL LAVORO AGILE

La Asl Roma 3 è chiamata a svolgere un monitoraggio capillare riguardo la completa implementazione del lavoro agile attraverso l'individuazione di specifici obiettivi, compatibili e misurabili rispetto al contesto organizzativo esistente.

Come già specificato, infatti, l'impegno sarà quello di conciliare le pretese di responsabilizzazione del personale circa il raggiungimento degli obiettivi individuali e di struttura e, dall'altro, di monitorare e valutare la prestazione lavorativa e i risultati effettivamente raggiunti.

Lo strumento del conseguimento dei risultati, a prescindere dal fatto che la prestazione lavorativa sia resa in presenza o in un luogo differente, funge da mezzo necessario a disposizione di Dirigenti e Direttori per riuscire in tale attività.

A questi spetterà, pertanto, verificare e monitorare l'attività giornaliera del proprio dipendente anche sulla base, ove sia possibile, di un apposito rendiconto.

## ELENCO ALLEGATI

ALLEGATO 1 – DISCIPLINARE PER IL CORRETTO UTILIZZO DEGLI STRUMENTI INFORMATICI E TELEMATICI, INTERNET E POSTA ELETTRONICA

ALLEGATO 2 – ELENCO UPGRADE PER CIASCUNA SEDE AZIENDALE

ALLEGATO 3 – CODICE ETICO 2023

ALLEGATO 4 – REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) 2023

ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITA' 2023

ALLEGATO 6 – MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO *SMART-WORKING*

ALLEGATO 7 - PROPOSTA DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' IN *SMART-WORKING*

ALLEGATO 8 - LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN *SMART-WORKING*

ALLEGATO 9 - ORGANIGRAMMA

ALLEGATO 10 - PIANO FORMAZIONE AZIENDALE 2023-2024





## Sommario

<b>1.1. DEFINIZIONI</b>	<b>4</b>
1.2. Premessa	5
1.3. Campo di applicazione	6
1.4. Utilizzo dei dispositivi aziendali	7
1.5. Titolarità dei device e dei dati	7
1.6. Restituzione dei device	8
1.7. Esclusione all'uso degli strumenti informatici	8
<b>2. SEZIONE II – CREDENZIALI</b>	<b>8</b>
2.1. Le credenziali di autenticazione	8
2.2. Le password	9
2.3. Regole per la corretta gestione delle password	9
<b>3. SEZIONE III - OPERAZIONI A PROTEZIONE DELLA POSTAZIONE DI LAVORO</b>	<b>10</b>
3.1. Login e Logout	10
3.2. Obblighi	10
<b>4. SEZIONE IV – USO DEI DISPOSITIVI DELL'AZIENDA</b>	<b>10</b>
4.1. Modalità d'uso del computer aziendale	10
4.2. Corretto utilizzo del computer aziendale	11
4.3. Divieti espressi sull'utilizzo dei computer	12
4.4. Antivirus	12
<b>5. SEZIONE V – RETE LOCALE AZIENDALE</b>	<b>13</b>
<b>6. SEZIONE VI – INTERNET</b>	<b>13</b>
6.1. Internet è uno strumento di lavoro	13
6.2. Misure preventive per ridurre navigazioni illecite	13
6.3. Divieti espressi concernenti Internet	13

6.4. Divieti di manomissione dei sistemi di sicurezza -----	14
6.5. Diritto d'autore -----	14
<b>7. SEZIONE VII – POSTA ELETTRONICA-----</b>	<b>15</b>
7.1. La Posta Elettronica -----	15
7.2. Divieti espressi-----	16
7.3. Posta Elettronica in caso di assenze o cessazione -----	16
<b>8. SEZIONE VIII – USO DI ALTRI DEVICE (PERSONAL COMPUTER PORTATILE, TABLET, CELLULARE, SMARTPHONE ED ALTRI DISPOSITIVI ELETTRONICI) -----</b>	<b>17</b>
8.1. L'utilizzo del notebook, tablet o smartphone.-----	17
8.2. Memorie esterne (chiavi usb, hard disk, memory card, cd-rom, dvd, ecc.)-----	17
8.3. Device personali-----	18
8.4. Distruzione dei Device-----	18
<b>9. SEZIONE IX – SISTEMI IN CLOUD -----</b>	<b>18</b>
<b>10. SEZIONE X – VPN-----</b>	<b>18</b>
<b>11. SEZIONE XI – APPLICAZIONE E CONTROLLO -----</b>	<b>19</b>
11.1. Il controllo -----	19
11.2. Modalità di verifica -----	19
11.3. Modalità di conservazione-----	20
<b>12. SEZIONE XII – VALIDITÀ E PUBBLICAZIONE-----</b>	<b>20</b>
12.1. Validità -----	20
12.2. Pubblicazione-----	20

## 1.1. Definizioni

**Antivirus:** programma che individua, previene e disattiva o rimuove programmi dannosi, come virus e worm.

**Backup:** copia di riserva di un disco, di una parte del disco o di uno o più file su supporti di memorizzazione diversi da quello in uso.

**Chat:** servizio offerto da Internet, che permette mediante apposito software una 'conversazione' fra più interlocutori costituita da uno scambio di messaggi scritti che appaiono in tempo reale sul monitor di ciascun partecipante.

**Chiave USB:** o unità flash USB o penna USB (anche in inglese USB flash drive, o pendrive) è una memoria di massa portatile di dimensioni molto contenute che si collega al computer mediante la porta USB.

**Client:** Computer o programma collegato ad un altro (computer o programma) a cui inoltra le richieste dell'incaricato.

**Cloud computing:** In informatica con il termine inglese cloud computing (in italiano nuvola informatica) si indica un paradigma di erogazione di risorse informatiche, come l'archiviazione, l'elaborazione o la trasmissione di dati, caratterizzato dalla disponibilità on demand attraverso Internet a partire da un insieme di risorse preesistenti e configurabili.

**Dati:** l'insieme di informazioni di cui un dipendente o un collaboratore (a prescindere dal rapporto contrattuale con l'Azienda) può venire a conoscenza e di cui deve garantire la riservatezza e la segretezza e non solo i "dati personali" intesi a norma di legge.

**Dati personali:** qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale (art. 4 GDPR).

**Device (dispositivo):** personal computer e altra unità hardware quale periferica/dispositivo elettronico, anche ad alta tecnologia e di piccole dimensioni (smartphone, e-book reader, tablet, PC, stampanti, ecc.).

**Dipendente:** personale dell'ente assunto con qualsiasi tipo di forma contrattuale, anche in stage o tirocinio.

**File:** porzione di memoria (fissa o mobile) che contiene un insieme organizzato di informazioni omogenee.

**File sharing:** condivisione di file all'interno di una rete di calcolatori e tipicamente utilizza una delle seguenti architetture: client-server, peer-to-peer (rete informatica in cui i nodi sono gerarchizzati sotto forma di nodi equivalenti o paritari (in inglese peer) che possono cioè fungere sia da client che da server verso gli altri nodi della rete).

**GDPR:** General Data Protection Regulation - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

**Incaricato:** ogni dipendente, come sopra identificato, ed ogni consulente esterno che, nell'ambito dell'attività assegnatagli, tratta dati (nell'accezione del capitolo seguente) riferiti all'Azienda ed è autorizzato dal titolare o dal responsabile al trattamento dei dati personali.

**Indirizzo IP** (Internet Protocol Address): codice numerico usato dai dispositivi per navigare in Internet e per comunicare in una rete locale.

**LAN:** è l'acronimo del termine inglese Local Area Network, in italiano rete locale. Identifica una rete costituita da computer collegati tra loro, dalle interconnessioni e dalle periferiche condivise in un ambito fisico delimitato.

**Malware:** abbreviazione per malicious software (che significa letteralmente software malintenzionato, ma di solito tradotto come software dannoso), indica un qualsiasi programma informatico usato per disturbare le operazioni svolte da un computer, rubare informazioni sensibili, accedere a sistemi informatici privati, o mostrare pubblicità indesiderata.

**Postazione di lavoro:** luogo attrezzato per svolgere un'attività lavorativa dotato di personal computer ed eventuali altre unità hardware.

**Phishing:** tipo di truffa effettuata su Internet attraverso la quale un malintenzionato cerca di ingannare la vittima convincendola a fornire informazioni personali, dati finanziari o codici di accesso, fingendosi un ente affidabile in una comunicazione mail.

**Ransomware:** tipo di malware che limita l'accesso del dispositivo che infetta richiedendo un riscatto (ransom) da pagare per rimuovere la limitazione.

**Repository:** In un repository sono raccolti dati e informazioni in formato digitale, valorizzati e archiviati sulla base di metadati che ne permettono la rapida individuazione, anche grazie alla creazione di tabelle relazionali. Grazie alla sua peculiare architettura, un repository consente di gestire in modo ottimale anche grandi volumi di dati.

**Rete locale:** una Local Area Network (LAN) (in italiano rete locale) è una rete informatica di collegamento tra più computer, estendibile anche a dispositivi periferici condivisi, che copre un'area limitata, come un'abitazione, una scuola, un'azienda o un complesso di edifici adiacenti.

**Server:** computer o programma a cui altri (computer o programmi) si collegano per l'elaborazione delle richieste dell'incaricato.

**Autorizzato:** ogni incaricato, come sopra identificato che, nell'ambito dell'attività assegnatagli, utilizza credenziali di accesso a strumenti informatici per il trattamento di dati.

**Virus:** programma appartenente alla categoria dei malware che, una volta eseguito, infetta dei file in modo da arrecare danni al sistema, rallentando o rendendo inutilizzabile il dispositivo infetto.

## 1.2. Premessa

Il presente disciplinare nasce dall'esigenza dell'Azienda di garantire il miglioramento della qualità e della trasparenza delle attività amministrative e dei collegamenti, tutelando nel contempo il trattamento dei dati personali così come previsto dalla normativa vigente. Con l'entrata in vigore delle Misure Minime per la Sicurezza Informatica della Pubblica Amministrazione (CIRCOLARE AGID 18 aprile 2017, n. 2/2017) e la definitiva applicazione del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (GDPR), l'Azienda ha la necessità di innalzare e rafforzare la tutela e la protezione dei dati personali dei propri dipendenti e dei cittadini che usufruiscono dei servizi erogati dall'Azienda stessa.

Ai fini di questo disciplinare si specifica, pertanto, che con il termine **"dati"** deve intendersi l'insieme più ampio di informazioni di cui un dipendente o un collaboratore (a prescindere dal rapporto contrattuale con l'Azienda) può venire a conoscenza e di cui deve garantire la riservatezza e la segretezza e non solo i "dati personali" intesi a norma di legge.

In linea generale, ogni dato, nell'accezione più ampia sopra descritta, di cui l'incaricato viene a conoscenza, nell'ambito della propria attività lavorativa, è da considerarsi riservato e non deve essere comunicato o diffuso a nessuno (anche una volta interrotto il rapporto di collaborazione con l'Azienda stessa o qualora le informazioni siano di pubblico dominio), salvo specifica autorizzazione esplicita dell'Azienda.

Anche tra colleghi, oppure tra dipendenti e collaboratori esterni, è necessario adottare la più ampia riservatezza nella comunicazione dei dati conosciuti, limitandosi solo a quei casi che si rendono necessari per espletare al meglio l'attività lavorativa richiesta.

La progressiva diffusione delle nuove tecnologie informatiche ed in particolare l'accesso alla rete internet dal computer aziendale espone l'Azienda a possibili rischi di un coinvolgimento di rilevanza sia civile, sia penale, sia amministrativa, creando problemi alla sicurezza e all'immagine dell'Azienda stessa.

Premesso che i comportamenti che normalmente si adottano nell'ambito di un rapporto di lavoro, tra i quali rientrano l'utilizzo delle risorse informatiche e telematiche, devono sempre ispirarsi al principio di diligenza e correttezza, l'Azienda ha adottato il presente Disciplinare diretto ad evitare che condotte inconsapevoli possano innescare problemi o minacce alla sicurezza dei dati o delle attrezzature aziendali.

Un uso dei device nonché dei servizi di accesso alle rete aziendale o alla rete internet (di seguito internet), alle applicazioni aziendali e/o della posta elettronica difforme dalle regole contenute nel presente Disciplinare potrebbe esporre l'Azienda ad un incremento della minaccia di accessi non autorizzati ai dati e/o al sistema informatico aziendale, furti o divulgazioni di informazioni riservate nonché furti o danneggiamenti del sistema informatico e/o malfunzionamenti in generale dell'intero sistema informatico.

L'Azienda Sanitaria Asl Roma 3 si ispira ai principi fissati dall' articolo 5 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed opera in modo tale che ogni trattamento di dati personali avvenga nel rispetto dei seguenti principi:

- liceità, correttezza e trasparenza del trattamento, nei confronti dell'interessato;
- limitazione della finalità del trattamento, compreso l'obbligo di assicurare che eventuali trattamenti successivi non siano incompatibili con le finalità della raccolta dei dati;
- minimizzazione dei dati: ossia, i dati devono essere adeguati pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento;
- esattezza e aggiornamento dei dati, compresa la tempestiva cancellazione dei dati che risultino inesatti rispetto alle finalità del trattamento;
- limitazione della conservazione: ossia, è necessario provvedere alla conservazione dei dati per un tempo non superiore a quello necessario rispetto agli scopi per i quali è stato effettuato il trattamento e nel rispetto della normativa vigente;
- integrità e riservatezza: occorre garantire la sicurezza adeguata dei dati personali oggetto del trattamento.
- principio di *necessità*, secondo cui i sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l'utilizzo di dati personali e di dati identificativi in relazione alle finalità perseguite e che i dati personali sono trattati solo se la finalità del trattamento non è ragionevolmente conseguibile con altri mezzi;
- principio di *pertinenza* e *non eccedenza*. I trattamenti sono effettuati per finalità *determinate, esplicite e legittime* L'Azienda tratta i dati "*nella misura meno invasiva possibile*"; le attività di monitoraggio sono svolte solo da soggetti preposti e sono *mirate sull'area di rischio, tenendo conto della normativa sulla protezione dei dati e, se pertinente, del principio di segretezza della corrispondenza*".
- principio di trasparenza che impone che le informazioni e le comunicazioni relative al trattamento di tali dati personali siano facilmente accessibili e comprensibili e che sia utilizzato un linguaggio semplice e chiaro.

Il presente Disciplinare si applica agli incaricati, formalmente designati al trattamento dei dati, che si trovino ad operare con dati o strumenti dell'Azienda. La mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente disciplinare può comportare gravi danni all'Azienda. Tale evento costituisce pertanto un grave inadempimento dei compiti assegnati e potrebbe avere gravi conseguenze sia sotto il profilo disciplinare che penale.

**Per quanto riguarda il personale sanitario, essendo di per sé vincolato al segreto professionale, qualora la necessità di curare il paziente sia in contrasto con le misure di sicurezza specificate nel presente regolamento, la finalità di cura è da considerarsi comunque prioritaria rispetto alla tutela dei sistemi informatici.**

### 1.3. Campo di applicazione

Il disciplinare si applica a tutti i dipendenti, senza distinzione di ruolo o livello, nonché a tutti i collaboratori dell'Azienda Sanitaria ASL Roma 3 a prescindere dal rapporto contrattuale con la stessa intrattenuto (es. collaboratori esterni, Co.Co.Co., collaboratori a progetto, stagisti, medici in formazione, borsisti, dipendenti di ditte esterne, ecc.), di seguito "utenti".

Le disposizioni del presente disciplinare che non siano espressamente destinate ai soli dipendenti o collaboratori sono estese a tutti coloro che utilizzano attrezzature informatiche dell'Azienda Sanitaria ASL Roma 3, nonché ad ogni utente autorizzato ad accedere alla sua rete telematica.

## 1.4. Utilizzo dei dispositivi aziendali

I dispositivi affidati agli utenti (PC, notebook, tablet, telefoni cellulari, ...) sono strumenti di lavoro e devono essere considerati esclusivamente un "bene strumentale" disponibile per le attività autorizzate in funzione del ruolo, delle mansioni e dei compiti svolti. Ogni utilizzo non inerente le attività autorizzate dal presente disciplinare può determinare sanzioni disciplinari, fatto salvo quanto previsto dalle norme civili e penali in materia. Qualsiasi eventuale tolleranza da parte di questa Azienda, apparente o effettiva, non potrà, comunque, legittimare comportamenti contrari alle istruzioni contenute nel presente Disciplinare.

Si ricorda che, nell'uso degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda, il dipendente è tenuto ad usare la massima diligenza, nel rispetto degli obblighi di cui all'art. 2104 c.c. (Diligenza del prestatore di lavoro) e di cui all'art. 2105 c.c. (Obbligo di fedeltà), utilizzandoli esclusivamente per ragioni di servizio.

L'accesso al personal computer, ai programmi applicativi e alle varie funzionalità messe a disposizione degli utenti per lo svolgimento della loro attività avviene previa autenticazione, che consiste nella verifica dell'identità degli stessi attraverso l'uso di un codice identificativo (username) e di una parola chiave (password). La password è, per definizione, personale, segreta e non cedibile a terzi, deve essere pertanto custodita dall'utente con la massima diligenza e non divulgata.

Non è consentita l'attivazione della password di accensione (bios) da parte degli utenti, senza preventiva autorizzazione scritta del Dirigente della U.O.C. Sistemi ICT.

Solo il personale che opera presso la U.O.C. Sistemi ICT o tecnici (anche esterni) dalla stessa Struttura, sono autorizzati a compiere interventi tecnici hardware e software sia per l'installazione che per la manutenzione su tutti gli apparati informatici di proprietà dell'Ente. Gli stessi tecnici (anche esterni) sono altresì autorizzati, ai fini della funzionalità e sicurezza del sistema, ad intervenire sui PC senza necessità di ulteriore autorizzazione.

I tecnici dei Sistemi Informatici, in caso di necessità, possono collegarsi e visualizzare in remoto il desktop delle singole postazioni (PC) al fine di garantire l'assistenza tecnica e la normale attività operativa, comunicandolo preventivamente all'utente, il quale, comunicando il numero identificativo del PC (riportato in basso a destra nel desktop), ne permette il collegamento. In caso di oggettiva urgenza, a seguito della rilevazione di problemi nel sistema informatico, informativo e telematico, è consentito l'accesso al PC da parte dei tecnici della stessa Struttura anche senza la presenza dell'utente cui è assegnato e senza preventiva comunicazione a quest'ultimo. In questo caso verrà data tempestiva comunicazione all'utente dell'avvenuto accesso e delle ragioni che lo hanno causato.

**Salvo preventiva espressa autorizzazione del Dirigente della U.O.C. Sistemi ICT, non è consentito all'utente modificare le caratteristiche di configurazione hardware e software impostate sul proprio PC né procedere ad installare programmi e/o dispositivi di memorizzazione, comunicazione o altro (modem, masterizzatori, pendrive, access point, switch, ecc.).**

## 1.5. Titolarità dei device e dei dati

L'Azienda è esclusiva titolare dei device messi a disposizione degli Incaricati ai soli fini dell'attività lavorativa. L'assegnazione, la gestione, la custodia e la dismissione di detti beni è disciplinata dai Regolamenti sulla gestione dei beni mobili ai quali integralmente si rimanda.

L'Azienda è l'unica esclusiva titolare e proprietaria di tutte le informazioni, le registrazioni ed i dati contenuti e/o trattati mediante i propri device digitali.

Eventuali dati personali dell'incaricato non devono essere salvati nei device messi a disposizione dall'Azienda (vedi dettaglio pag. 12).

I device assegnati agli Incaricati possono essere, per esigenze organizzative, riassegnati ad altre persone all'interno dell'Azienda. In questi casi il device viene formattato e ripristinato alle configurazioni iniziali. Eventuali dati, anche di carattere personale (inclusi i messaggi di posta elettronica inviati o ricevuti, i file di immagini o video ed altre tipologie di file) devono essere rimossi dall'incaricato prima della restituzione del device. L'Azienda non assume

responsabilità circa la perdita di dati personali dell'incaricato contenuti nei device aziendali.

## 1.6. Restituzione dei device

A seguito di una cessazione del rapporto lavorativo o di consulenza dell'Incaricato con l'Azienda o, comunque, al venir meno, ad insindacabile giudizio dell'Azienda, della permanenza dei presupposti per l'utilizzo dei device aziendali, gli incaricati hanno i seguenti obblighi:

1. Procedere alla restituzione dei device in uso alla U.O.C. Sistemi ICT;
2. Divieto assoluto di formattare o alterare o manomettere o distruggere i device assegnati o rendere inintelligibili i dati in essi contenuti tramite qualsiasi processo.

Le stesse regole si applicano anche in caso di restituzione del device in seguito a richiesta di manutenzione per guasto del device o in caso di controlli che l'Azienda è tenuta ad effettuare sul device stesso.

## 1.7. Esclusione all'uso degli strumenti informatici

Nell'affidamento di mansioni o incarichi nel rapporto lavorativo o di consulenza, l'Azienda valuta la presenza dei presupposti per l'autorizzazione all'uso dei vari device aziendali, dell'accesso ad internet, della posta elettronica e più in generale di tutti i servizi informatici e di telecomunicazioni da parte degli incaricati.

Al venir meno delle esigenze per detto utilizzo dei device aziendali, delle applicazioni aziendali, di internet e della posta elettronica, l'Azienda provvede a revocare l'autorizzazione.

È fatto esplicito divieto ai soggetti non autorizzati di accedere agli strumenti informatici aziendali.

Le eventuali esclusioni sono strettamente connesse al principio della natura aziendale e lavorativa degli strumenti informatici nonché al principio di necessità precedentemente citato. Più specificatamente hanno diritto all'utilizzo degli strumenti e ai relativi accessi solo gli incaricati che, per funzioni lavorative, ne abbiano un effettivo e concreto bisogno.

## 2. SEZIONE II – Credenziali

### 2.1. Le credenziali di autenticazione

Le credenziali di autenticazione per l'accesso alla rete, ai PC ed alle applicazioni, vengono assegnate dal personale della U.O.C. Sistemi ICT, previa formale richiesta del Responsabile della Struttura, o suo delegato, nella quale è inserito o opera l'incaricato.

La Direzione del Personale è tenuta a comunicare alla U.O.C. Sistemi ICT l'attivazione e la cessazione del rapporto di lavoro, nonché l'eventuale trasferimento ad altro servizio e/o mansione del dipendente/collaboratore. La comunicazione può avvenire anche con modalità automatiche.

Le richieste vengono inoltrate attraverso l'apposito sistema informatico o procedura di richiesta delle credenziali individuata dalla Azienda.

Le credenziali di autenticazione al dominio aziendale vengono disattivate dopo 6 mesi di disuso, eccetto quelle preventivamente autorizzate per scopi di gestione tecnica.

Le credenziali di autenticazione consistono in un codice per l'identificazione dell'utente (nome utente) assegnato dalla U.O.C. Sistemi ICT, associato ad una parola chiave (password) riservata, che dovrà essere custodita dall'incaricato con la massima diligenza e non divulgata. In tal senso costituiscono lo strumento di associazione dell'utente con le operazioni svolte.

In particolare il nome utente e la password costituiscono una firma elettronica (debole) che, in assenza di denuncia di smarrimento o richiesta di blocco, fanno presumere che le attività svolte con tale utenza siano riconducibili all'assegnatario.



## 2.2. Le password

Le password quale metodo di autenticazione assegnato dall'Azienda, hanno lo scopo di garantire l'accesso protetto ad uno strumento hardware oppure ad un applicativo software.

La prima caratteristica di una password è la segretezza, e cioè il fatto che non venga svelata ad altri soggetti. La divulgazione delle proprie password o la trascuratezza nella loro conservazione può causare gravi danni al proprio lavoro, a quello dei colleghi e dell'Azienda nel suo complesso.

Nel tempo anche la password più sicura perde la sua segretezza. Per questo motivo è buona norma cambiarle con una certa frequenza e comunque ogni qualvolta si ritiene che la stessa abbia perso la caratteristica di segretezza.

L'Azienda ha implementato alcuni meccanismi che permettono di aiutare e supportare gli utenti autorizzati in una corretta gestione delle password definendo, laddove tecnicamente possibile, una lunghezza minima delle password, la loro complessità e le politiche di cambiamento delle stesse in funzione di quanto richiesto dalle normative vigenti.

È vietato trascrivere o memorizzare la password su supporti facilmente intercettabili da altre persone.

In qualsiasi momento, per motivi tecnici o di sicurezza, l'Azienda si riserva il diritto di revocare all'Incaricato il permesso di accedere ad un sistema hardware o software a cui era precedentemente autorizzato, rimuovendo il nome utente o modificando/cancellando la password ad esso associata, se possibile, previa comunicazione all'utente.

In particolare la password relativa ad un sistema può essere reimpostata dagli amministratori di sistema per le seguenti esigenze:

- Richiesta dell'utente per smarrimento/dimenticanza della password
- Richiesta di accesso al sistema con il profilo dell'utente per risoluzione di problematiche di carattere tecnico (es: malfunzionamento del software)
- Rischio imminente di compromissione dei dati per attacco informatico
- Richiesta dell'autorità giudiziaria
- Interventi urgenti a protezione della rete aziendale e del funzionamento dei sistemi

## 2.3. Regole per la corretta gestione delle password

L'Incaricato, per una corretta e sicura gestione delle proprie password deve rispettare le regole seguenti:

1. Obbligo di sostituire la password assegnata al primo accesso;
1. Le password sono assolutamente personali e non vanno mai comunicate ad altri;
2. Occorre sostituire immediatamente una password non appena si abbia il dubbio che sia diventata poco "sicura" indipendentemente dalla data dell'ultimo cambio;
3. Le password devono essere lunghe almeno 8 caratteri e devono soddisfare almeno 3 dei seguenti requisiti: contenere lettere minuscole, maiuscole, caratteri speciali (ad esempio: { } [ ], . < > ; : ! " £ \$ % & / ( ) = ? A \ | ` \* - + \_ ) e numeri.
4. Le password non devono essere memorizzate su alcun tipo di supporto, quali, ad esempio, Post-It (sul monitor o sotto la tastiera) o agende (cartacee, posta elettronica, telefono cellulare);
5. Le password devono essere sostituite almeno ogni 90 giorni a prescindere dall'esistenza di un sistema automatico di richiesta di aggiornamento password;
6. Si raccomanda di non digitare la propria password in presenza di altri soggetti che possano vedere la tastiera, anche se collaboratori o dipendenti dell'Azienda;
7. In alcuni casi, sono implementati meccanismi che consentono all'autorizzato fino ad un numero limitato di tentativi errati di inserimento della password oltre ai quali il tentativo di accesso viene considerato un attacco al sistema e l'account viene bloccato.

8. La password ideale quindi deve essere complessa, senza alcun riferimento, ma facile da ricordare.

Al fine di una corretta gestione delle password, l'Azienda stabilisce il divieto di utilizzare come propria password:

1. Nome e/o cognome e loro parti;
2. Lo username assegnato;
3. Un indirizzo di posta elettronica (e-mail);
4. Parole comuni (in Inglese e in Italiano);
5. Date, mesi dell'anno e giorni della settimana, anche in lingua straniera;
6. Parole banali e/o di facile intuizione, ad es. pippo, password e palindromi (simmetria: radar);
7. Ripetizioni di sequenze di caratteri o numeri (es. abcabcabc 123456);
8. Password già impiegate in precedenza.

### **3. SEZIONE III - Operazioni a protezione della postazione di lavoro**

In questa sezione vengono trattate le operazioni a carico dell'Incaricato e il quadro di riferimento generale per l'esecuzione di operazioni a protezione della propria postazione di lavoro, nel rispetto della sicurezza e dell'integrità del patrimonio aziendale.

#### **3.1. Login e Logout**

Il "Login" è l'operazione con la quale l'Incaricato si autentica all'interno della propria postazione di lavoro e si connette al sistema informatico aziendale o ad una parte di esso, dichiarando il proprio nome utente e password, aprendo una sessione di lavoro. In molti casi è necessario effettuare più login, tanti quanti sono gli ambienti di lavoro (ad es. applicativi web, intranet), ognuno dei quali richiede un username e una password.

Il "Logout" è l'operazione con cui viene chiusa la sessione di lavoro. Al termine dell'attività, tutte le applicazioni devono essere chiuse secondo le regole previste dall'applicazione stessa.

#### **3.2. Obblighi**

L'utilizzo dei dispositivi assegnati e la gestione dei dati ivi contenuti devono svolgersi nel rispetto della sicurezza e dell'integrità del patrimonio dati aziendale.

L'incaricato deve eseguire le operazioni seguenti:

1. Bloccare il suo dispositivo prima delle pause e, in generale, ogni qualvolta abbia bisogno di allontanarsi dalla propria postazione o in caso di prolungato inutilizzo dello stesso, preferibilmente impostando il logout automatico del Sistema Operativo;
2. Chiudere la sessione (Logout) alla fine del proprio turno di lavoro;
3. Controllare sempre che non vi siano persone non autorizzate che possano prendere visione delle schermate del device (soprattutto all'atto dell'inserimento delle password).

Le politiche di sicurezza aziendali prevedono comunque, dove possibile, la disattivazione automatica della sessione (blocco del device) dopo un determinato intervallo di inattività.

### **4. SEZIONE IV – Uso dei dispositivi dell'Azienda**

#### **4.1. Modalità d'uso del computer aziendale**

Il sistema informatico aziendale è composto da un insieme di unità server centrali e

macchine client (Postazione di lavoro) connesse o meno ad una rete aziendale, comunque messe a disposizione dall'Azienda agli Incaricati per lo svolgimento dei compiti istituzionali affidati e che utilizzano diversi sistemi operativi e applicativi.

Il contenuto di tutti i dischi o di altre unità di memorizzazione locali (es. disco C: D: interni al PC) non è soggetto a salvataggio da parte della U.O.C. Sistemi ICT. La responsabilità del salvataggio dei dati ivi contenuti è pertanto esclusivamente a carico del singolo utente

I file creati, elaborati o modificati sul device assegnato e di cui risulta necessario assicurare l'integrità dei dati in caso di rottura del device stesso, devono essere salvati nei server aziendali messi a disposizione dall'Azienda. E' necessario prevedere il salvataggio dei dati con frequenza almeno settimanale. Per effettuare tale richiesta occorre aprire un ticket di supporto informatico.

Le cartelle condivise presenti nei server dell'Azienda sono aree di condivisione di informazioni strettamente professionali e non possono in alcun modo essere utilizzate per scopi diversi. Pertanto qualunque file che non sia legato all'attività lavorativa non può essere dislocato, nemmeno per brevi periodi, in queste unità. Si ricorda che tutti i dischi o altre unità di memorizzazione locali (es. disco C: interno PC) non sono soggette a salvataggio da parte del personale incaricato dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT. Tutti i documenti per cui si renda necessaria la garanzia della conservazione devono essere posizionati sui server o copiati sugli stessi periodicamente.

L'accesso alle cartelle e aree di condivisione aziendali deve avvenire esclusivamente con credenziali di accesso personali e, pertanto, ogni operazione di copia, cancellazione, visualizzazione e modifica può essere tracciata per risalire all'utente che l'ha effettuata. Non è consentito utilizzare aree di scambio per inviare/ricevere file se non autorizzate della U.O.C. Sistemi ICT e se non protette in lettura/scrittura con le opportune credenziali di accesso.

Il personale dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT può in qualunque momento procedere alla rimozione di ogni file o applicazione che riterrà essere pericolosi per la sicurezza sia sui personal computer degli incaricati sia sulle unità di rete.

Risulta opportuno che, con regolare periodicità (almeno ogni mese), ciascun utente provveda alla pulizia degli archivi, con cancellazione dei file obsoleti o inutili. Particolare attenzione deve essere prestata alla duplicazione dei dati, essendo infatti necessario evitare un'archiviazione ridondante in ossequio al principio della minimizzazione del trattamento dei dati.

## 4.2. Corretto utilizzo del computer aziendale

Il device consegnato all'incaricato è uno strumento di lavoro e contiene tutti i software necessari a svolgere le attività affidate. Ogni utilizzo non inerente all'attività lavorativa può contribuire ad innescare disservizi, rallentamenti del sistema, costi di manutenzione e, soprattutto, minacce alla sicurezza.

L'accesso all'elaboratore è protetto da password che deve essere custodita dall'incaricato con la massima diligenza e non divulgata. Previa comunicazione al dipendente, gli addetti all'assistenza tecnica informatica, potranno accedere ai computer, anche in remoto per attività di manutenzione, assistenza ed eventuale rimozione di software non autorizzato.

In particolare l'Incaricato deve adottare le seguenti misure:

1. Utilizzare solo ed esclusivamente le aree di archiviazione dati messe a disposizione dall'Azienda, senza pertanto creare altri file fuori di esse;
2. In caso di allontanamento anche temporaneo dalla postazione di lavoro (personal computer fisso o portatile), il dipendente non deve lasciare il sistema operativo aperto con la propria password inserita. Lasciare un PC incustodito connesso alla rete può essere infatti causa di utilizzo da parte di terzi senza che vi sia la possibilità di provarne in seguito l'indebito uso. Al fine di evitare che persone non autorizzate effettuino accessi non permessi, il dipendente deve attivare il salvaschermo con password o deve bloccare il computer (utilizzando i tasti CTRL+ALT+CANC);

3. Il personal computer deve sempre essere spento dall'utente al termine dell'orario di lavoro o in caso di assenze prolungate dall'ufficio. In caso di PC di reparto in cui lavorano più utenti in più turni differenti, si raccomanda di spegnere comunque il dispositivo, anche per breve tempo nelle ore notturne. L'accensione prolungata dei computer, soprattutto portatili, aumenta notevolmente l'usura e la possibilità che il sistema presenti problemi, blocchi o rallentamenti;
4. Installare sul computer esclusivamente i dispositivi di memorizzazione, comunicazione o altro (come ad esempio masterizzatori, access point WiFi, Hard Disk etc..), assegnati dall'Azienda;
5. Non dare accesso al proprio computer ad altri utenti, a meno che siano incaricati con cui si condivide l'utilizzo dello stesso computer o a meno di necessità stringenti e sotto il proprio costante controllo.

### 4.3. Divieti espressi sull'utilizzo dei computer

All'incaricato è **vietato**:

1. La gestione, la memorizzazione (anche temporanea) o il trattamento di file, documenti e/o informazioni personali dell'incaricato o comunque non afferenti alle attività lavorative in nessun strumento informatico aziendale.
2. Modificare le configurazioni già impostate sul personal computer.
3. Utilizzare e/o installare programmi e/o sistemi senza la preventiva autorizzazione dell'Azienda.
4. Installare alcun software, né alcuna versione diversa, anche più recente, rispetto alle applicazioni o al sistema operativo presenti sul personal computer consegnato. Né è, peraltro, consentito fare copia del software installato al fine di farne un uso personale.
5. Caricare sui dispositivi di memorizzazione messi a disposizione dall'Azienda alcun documento, gioco, file musicale o audiovisivo o immagine diversi da quelli necessari allo svolgimento delle mansioni affidate.
6. Aggiungere o collegare dispositivi hardware (ad esempio hard disk, driver, ecc.) o periferiche (telecamere, macchine fotografiche, smartphone, chiavi USB ecc.) diversi da quelli consegnati, senza l'autorizzazione espressa dell'Azienda.
7. Creare o diffondere, intenzionalmente o per negligenza, programmi idonei a danneggiare il sistema informatico dell'Azienda, quali per esempio virus, malware, trojan horses ecc.
8. Accedere, rivelare o utilizzare informazioni per le quali non si è autorizzati o comunque non necessarie per le mansioni svolte.
9. Effettuare in proprio attività manutentive.
10. Permettere attività manutentive da parte dei soggetti non espressamente autorizzati dell'Azienda.

### 4.4. Antivirus

I virus possono essere trasmessi tramite scambio di file via internet, via mail, scambio di supporti removibili, file sharing, chat ecc.

L'Azienda impone su tutte le postazioni di lavoro l'utilizzo di un sistema antivirus correttamente installato, attivato continuamente e aggiornato automaticamente con frequenza almeno quotidiana.

L'incaricato, da parte sua, deve rispettare le regole seguenti:

1. È vietato disattivare l'antivirus senza l'autorizzazione espressa dell'Azienda;

2. Porre massima attenzione alle e-mail di dubbia provenienza evitando di aprirne gli allegati e segnalarle tempestivamente all'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT.
3. Non utilizzare chiavette USB personali sui personal computer aziendali, se non strettamente necessario all'attività lavorativa e previa scansione con antivirus, in quanto possono essere veicolo di virus che vengono così introdotti nella rete aziendale.

E' necessario contattare l'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT prima di procedere a qualsiasi attività potenzialmente in conflitto con quanto sopra ed anche qualora si sospetti che il device assegnato risulti infettato da un virus informatico (ad esempio perché presenta un comportamento anomalo).

## 5. SEZIONE V – Rete locale aziendale

La rete aziendale è una risorsa a disposizione di tutti gli utenti ed è l'infrastruttura critica per l'erogazione di tutti i servizi informatici e di telecomunicazione (compresa la telefonia fissa).

Un corretto utilizzo di questa risorsa da parte di tutti gli utenti contribuisce al buon funzionamento dei servizi erogati.

Per questo motivo è fatto divieto di collegare alla rete aziendale (rete cablata o rete Wi-Fi) dispositivi personali o computer non assegnati dal competente servizio aziendale, salvo motivata richiesta da parte del Dirigente responsabile del richiedente ed autorizzazione da parte dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT.

Gli armadi di rete contengono apparati fondamentali che distribuiscono le informazioni sulla rete informatica fisica dell'Azienda. E' proibito a chiunque, escluso il personale della U.O.C. Sistemi ICT o personale da essa autorizzato, l'accesso agli armadi di rete, la modifica delle connessioni o la manomissione di qualunque impianto o cavo vi sia contenuto.

In caso di malfunzionamenti è necessario, per il personale tecnico, poter accedere agli apparati tempestivamente. E' quindi vietato depositare materiale nelle vicinanze degli armadi di rete e nel raggio d'azione della porta di accesso all'armadio, con particolare riferimento a sostanze infiammabili.

E' responsabilità di ogni utente prestare attenzione a non alterare le connessioni a muro e i cavi che le collegano ai PC con sedie e arredi.

## 6. SEZIONE VI – Internet

### 6.1. Internet è uno strumento di lavoro

La connessione alla rete internet dal device avuto in dotazione è ammessa esclusivamente per motivi attinenti allo svolgimento dell'attività lavorativa.

### 6.2. Misure preventive per ridurre navigazioni illecite

L'Azienda adotta idonee misure tecniche preventive volte a ridurre navigazioni a siti non correlati all'attività lavorativa attraverso filtri e black list (liste di siti vietati).

### 6.3. Divieti espressi concernenti Internet

E' fatto espresso divieto all'incaricato:

1. di accedere a siti internet che abbiano un contenuto contrario a norme di legge e a norme a tutela dell'ordine pubblico, rilevante ai fini della realizzazione di una fattispecie di reato o che siano in qualche modo discriminatori sulla base della razza, dell'origine etnica, del colore della pelle, della fede religiosa, dell'età, del sesso, della cittadinanza,

dello stato civile.

2. di salvare o installare sul proprio device programmi o archivi informatici (anche gratuiti) prelevati da siti internet o da strumenti peer to peer.
3. l'utilizzo di dispositivi personali di accesso alla rete quali modem, router 3G/4G/5G ecc. se non nei casi espressamente e formalmente autorizzati della U.O.C. Sistemi ICT.
4. l'effettuazione di ogni genere di transazione finanziaria ivi comprese le operazioni di remote banking, acquisti on-line, mining di cripto valuta e simili salvo i casi direttamente autorizzati dall'Azienda e con il rispetto delle normali procedure di acquisto.
5. ogni forma di registrazione e accesso a siti i cui contenuti non siano legati all'attività lavorativa.
6. l'utilizzo dei social network, se non espressamente autorizzati, la partecipazione a forum non professionali, l'utilizzo di chat line, di bacheche elettroniche o partecipare a gruppi di discussione o lasciare commenti ad articoli o iscriversi a mailing list spendendo il marchio o la denominazione dell'Ente, salvo specifica autorizzazione dell'Ente stesso.
7. la navigazione nei siti con contenuti pornografici e pedo-pornografici. È vietata la navigazione nei siti di giochi online.
8. la memorizzazione di documenti informatici di natura oltraggiosa, diffamatoria e/o discriminatoria per sesso, lingua, religione, razza, origine etnica, opinione e appartenenza sindacale e/o politica.
9. accedere dall'esterno alla rete interna dell'Azienda, salvo con le specifiche procedure previste dall'Azienda stessa.
10. creare siti web personali sui sistemi dell'Azienda nonché acquistare beni o servizi su Internet a meno che l'articolo acquistato non sia stato approvato a titolo di spesa professionale.

L'Azienda al fine di rinforzare tali divieti utilizza degli strumenti informatici a protezione delle risorse aziendali.

Ogni eventuale utilizzo illegittimo di Internet, è posto sotto la personale responsabilità dell'Incaricato inadempiente. A seguito di ripetute e significative anomalie, l'Azienda può svolgere verifiche sui dati inerenti l'accesso alla rete dei propri dipendenti. Le navigazioni saranno tracciate e conservate per il tempo strettamente limitato al perseguimento delle suddette finalità.

#### 6.4. Divieti di manomissione dei sistemi di sicurezza

È vietato accedere ai siti internet mediante azioni inibenti dei filtri, sabotando o comunque superando o tentando di superare o disabilitando i sistemi adottati dall'Azienda per bloccare accessi non conformi. In ogni caso è vietato utilizzare software o altri strumenti che consentano la navigazione anonima o di bypassare tali filtri.

#### 6.5. Diritto d'autore

È vietato utilizzare l'accesso ad Internet in violazione delle norme in vigore nell'ordinamento giuridico italiano a tutela del diritto d'autore (es. legge 22 aprile 1941, n. 633 e successive modificazioni, d.lgs. 6 maggio 1999, n. 169 e legge 18 agosto 2000, n. 245). In particolare, è vietato il download di materiale soggetto a copyright (software, testi, immagini, musica, filmati, file in genere).

## 7. SEZIONE VII – Posta elettronica

### 7.1. La Posta Elettronica

L'utilizzo della posta elettronica aziendale è connesso allo svolgimento dell'attività lavorativa.

È fatto divieto di utilizzare le caselle di posta elettronica aziendali per motivi diversi da quelli strettamente legati all'attività Istituzionali. In questo senso, a titolo puramente esemplificativo, l'utente non potrà utilizzare la posta elettronica per:

- l'invio e/o il ricevimento di allegati contenenti fotografie, filmati o brani musicali (es.mp3) non legati all'attività lavorativa;
- l'invio e/o il ricevimento di messaggi personali o per la partecipazione a dibattiti, aste on line, concorsi, forum o mailing-list, catene telematiche, ecc. non legati all'attività lavorativa;
- Utilizzare l'indirizzo e-mail aziendale per iscriversi a siti non attinenti alle attività istituzionali;+
- l'invio di dati particolari (sensibili), ad esempio dati sanitari, nei casi in cui questo sia eccedente o non necessario;

Nei casi in cui, per esigenze lavorative, sia necessario l'invio di dati sensibili attraverso la posta elettronica a caselle esterne all'azienda (es. comunicazioni a Distretti, RSA o MMG), l'interessato deve essere in ogni caso informato e consapevole delle ragioni di tale comunicazione. La trasmissione deve avvenire comunque in sicurezza (es. cifratura dei dati), per cui la U.O.C. Sistemi ICT può fornire il supporto necessario.

La casella di posta deve essere mantenuta in ordine, cancellando documenti inutili e soprattutto allegati di dimensioni rilevanti.

Prima di aprire i file allegati ai messaggi di posta elettronica, è necessario identificare il mittente e porre particolare attenzione alla tipologia del file stesso, in caso in cui non si conosca il mittente è consigliabile contattare il supporto informatico per una ulteriore verifica. Ciò al fine di evitare infezioni da virus, compromissione della propria postazione di lavoro, perdita di dati sensibili, ecc. Non si dovrà in alcun caso procedere all'apertura degli allegati a tali messaggi, questo per evitare l'infezione da virus informatici.

In tutti i casi sospetti, invece di aprire o cancellare i messaggi di posta, si raccomanda di avvisare tempestivamente i tecnici della U.O.C. Sistemi ICT i quali, grazie all'accordo tra Azienda sanitaria e Polizia Postale, possono procedere ai controlli necessari ad identificarne la provenienza e mettere in sicurezza i sistemi da eventuali ulteriori messaggi dannosi dello stesso tipo.

Al fine di garantire la funzionalità del servizio di posta elettronica aziendale e di ridurre al minimo l'accesso ai dati, nel rispetto del principio di necessità e di proporzionalità, il sistema, in caso di assenze programmate (ad es. per ferie o attività di lavoro fuori sede dell'assegnatario della casella) invierà automaticamente messaggi di risposta contenenti le "coordinate" di posta elettronica di un altro soggetto o altre utili modalità di contatto del Servizio di appartenenza. Tale funzionalità deve essere attivata dall'utente.

Gli Incaricati, di norma, hanno in utilizzo indirizzi nominativi di posta elettronica strutturati con il format: [nome.cognome@aslroma3.it](mailto:nome.cognome@aslroma3.it)

La casella di posta elettronica assegnata viene utilizzata dall'Azienda per l'invio di tutte le comunicazioni istituzionali ai propri dipendenti (circolari, informazioni, avvisi, convocazioni, attestati di partecipazione a corsi di formazione, ecc..). Gli utenti sono pertanto tenuti a controllarla periodicamente.

Le caselle e-mail possono essere assegnate con natura impersonale (con nomenclatura del tipo: info, amministrazione, fornitori, direttore, direttore sanitario). La nomenclatura sarà attribuita d'ufficio della U.O.C. Sistemi ICT su richiesta degli interessati e sulla base della

destinazione di utilizzo della casella. Queste caselle impersonali saranno in ogni caso assegnate ad una persona fisica, che sarà anche responsabile del corretto utilizzo delle stesse.

## 7.2. Divieti espressi

E' espressamente **vietato**:

1. Comunicare le proprie informazioni personali o codici di accesso (nome utente e password) in risposta a richieste pervenute via e-mail (phishing).
2. Utilizzare l'indirizzo di posta elettronica contenente il dominio dell'Azienda per iscriversi in qualsivoglia sito per motivi non attinenti all'attività lavorativa, senza espressa autorizzazione scritta dell'Azienda, nonché utilizzare il dominio dell'Azienda per scopi personali.
3. Creare, archiviare o spedire, anche solo all'interno della rete aziendale, messaggi pubblicitari o promozionali o comunque allegati (filmati, immagini, musica o altro) non connessi con lo svolgimento della propria attività lavorativa, nonché partecipare a richieste, petizioni, mailing di massa di qualunque contenuto, "catene di Sant'Antonio" o in genere a pubblici dibattiti utilizzando l'indirizzo aziendale.
4. Trasmettere messaggi a tutti i dipendenti senza l'autorizzazione necessaria.
5. Sollecitare donazioni di beneficenza, propaganda elettorale o altre voci non legate al lavoro.
6. Simulare l'identità di un altro utente, ovvero utilizzare credenziali di posta, non proprie, per l'invio di messaggi.
7. Inviare, tramite la posta elettronica, anche all'interno della rete aziendale, materiale a contenuto violento, sessuale o comunque offensivo dei principi di dignità personale, di libertà religiosa, di libertà sessuale o di manifestazione del pensiero, anche politico.

## 7.3. Posta Elettronica in caso di assenze o cessazione

Ciascun assegnatario di un account di posta elettronica aziendale, dovrà, in caso di assenza prolungata dal servizio, attivare la funzione di risposta automatica presente nel programma di gestione della posta elettronica aziendale.

In tutti i casi in cui sia necessario un presidio della casella di e-mail per ragioni di operatività aziendale, l'assegnatario deve richiedere alla U.O.C. Sistemi ICT la configurazione dell'inoltro automatico ad altra casella di posta elettronica aziendale.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro o contrattuale con l'Azienda, la casella di posta verrà immediatamente disattivata e successivamente eliminata (compresi tutti i messaggi in essa contenuti) da tutti i sistemi aziendali, entro 6 mesi dalla comunicazione della cessazione del rapporto di lavoro.

Eventuali dati personali contenuti nei messaggi di posta elettronica vanno salvati dall'utente prima della cessazione del rapporto di lavoro.

In caso di prolungata assenza imprevista o imprevedibile dell'Incaricato, (per indifferibili esigenze esclusivamente correlate alla attività lavorativa), l'Azienda potrà accedere alla casella di posta elettronica dell'incaricato solo qualora sia stata preventivamente rilasciata formale autorizzazione e nominato un fiduciario da parte dello stesso.

L'eventuale richiesta di accesso alla casella di posta elettronica dell'Incaricato, in caso di assenza prolungata ed imprevista e per documentate ed urgenti esigenze lavorative, deve essere fatta dal Responsabile dell'Incaricato al fiduciario.

Dell'accesso, che deve essere fatto in presenza del fiduciario, deve essere redatto un verbale che deve essere controfirmato da un amministratore di sistema (che attesta che l'accesso è stato effettuato nei termini richiesti) e dal fiduciario. Copia del verbale viene



trasmessa all'Incaricato.

## 8. **SEZIONE VIII – Uso di altri device (personal computer portatile, tablet, cellulare, smartphone ed altri dispositivi elettronici)**

### 8.1. L'utilizzo del notebook, tablet o smartphone.

Il computer portatile, il tablet e il cellulare (di seguito generalizzati in "dispositivi mobili") possono venire concessi in uso dall'Azienda agli Incaricati che durante gli spostamenti necessitano di disporre di archivi elettronici, supporti di automazione e/o di connessione alla rete dell'Azienda.

L'Incaricato è responsabile dei dispositivi mobili assegnatigli dall' Azienda e deve custodirli con diligenza sia durante gli spostamenti sia durante l'utilizzo nel luogo di lavoro, non lasciarlo incustodito o a vista dentro l'auto.

Ai dispositivi mobili si applicano le regole di utilizzo previste per i computer connessi in rete e comunque tutte le policy di sicurezza previste dall'Azienda.

I dispositivi mobili che permettono l'attivazione di una procedura di protezione (PIN) devono sempre essere abilitabili solo con la digitazione del PIN stesso e non possono essere lasciati privi di PIN.

L'incaricato dovrà provvedere a trasferire tutti i files creati o modificati sui dispositivi mobili sulle memorie di massa aziendali al rientro in ufficio e cancellarli in modo definitivo dai dispositivi mobili. Sui dispositivi mobili è vietato installare applicazioni (anche gratuite) se non espressamente autorizzate dall'Azienda. In caso di smarrimento o furto dei dispositivi mobili deve far seguito la denuncia alle autorità competenti. Allo scopo si deve avvisare immediatamente l'Azienda che provvederà - se del caso - ad occuparsi delle procedure connesse alla tutela dei dati.

L'incaricato è tenuto comunque alla rimozione di eventuali file elaborati sui dispositivi mobili prima della riconsegna del bene.

### 8.2. Memorie esterne (chiavi usb, hard disk, memory card, cd-rom, dvd, ecc.)

Agli Incaricati può essere assegnata una memoria esterna solo in casi di effettiva e motivata necessità.

Questi dispositivi devono essere gestiti con le stesse accortezze di cui all'articolo precedente e devono essere utilizzati esclusivamente dalle persone a cui sono state affidate e, in nessun caso, devono essere consegnate a terzi.

1. I supporti di memorizzazione rimovibili contenenti dati sensibili o giudiziari, se non più utilizzati, devono essere distrutti o resi inutilizzabili, ovvero possono essere riutilizzati da altri utenti, solo se le informazioni precedentemente in essi contenute non sono intelligibili e tecnicamente in alcun modo ricostruibili.
2. I supporti di memorizzazione rimovibili contenenti dati sensibili e/o giudiziari devono essere custoditi in idonei archivi chiusi a chiave, a cura dell'utente che li gestisce abitualmente, e sotto sua diretta ed esclusiva responsabilità.
3. L'utente è responsabile della custodia dei supporti e dei dati aziendali in essi contenuti.

Qualora le memorie esterne utilizzate per ragioni legate all'attività lavorativa contengano dati particolari (sensibili) è responsabilità del possessore averne custodia e cancellarne il contenuto appena possibile. Sarebbe preferibile cifrare il contenuto in maniera tale che lo smarrimento accidentale della memoria non comporti il rischio di diffusione dei dati in essa contenuti.

### 8.3. Device personali

Ai dipendenti non è permesso svolgere la loro attività lavorativa con strumentazione personale (PC fissi, portatili, tablet, smartphone) connessa alla rete aziendale.

Gli Incaricati non dipendenti (ovvero i consulenti, collaboratori esterni e fornitori), possono utilizzare i propri device personali per memorizzare dati inerenti l'attività dell'Azienda solo se espressamente autorizzati dall'Azienda stessa e assumendone formalmente e personalmente l'intera responsabilità del trattamento.

Tali device dovranno essere preventivamente valutati dall'ente, per la verifica della sussistenza di misure minime ed idonee di sicurezza. A tale fine della U.O.C. Sistemi ICT predispone un documento contenente i requisiti minimi di sicurezza che dovrà essere consegnato all'incaricato prima dell'inizio del trattamento dei dati stessi. L'incaricato non dipendente deve richiedere della U.O.C. Sistemi ICT l'autorizzazione all'utilizzo dei device personali in assenza della quale l'utilizzo deve considerarsi vietato.

### 8.4. Distruzione dei Device

Ogni Device ed ogni memoria esterna affidati agli incaricati, (computer, notebook, tablet, smartphone, memory card, chiavi usb, hard disk, dvd, cd-rom, ecc.), al termine del loro utilizzo dovranno essere restituiti all'Azienda che provvederà a distruggerli o a ricondizionarli seguendo le norme di legge in vigore al momento.

In particolare l'Azienda provvederà a cancellare o a rendere inintelligibili i dati negli stessi memorizzati.

E' responsabilità dell'incaricato salvare eventuali dati personali contenuti nel device prima della riconsegna dello stesso della U.O.C. Sistemi ICT. L'Azienda non potrà essere ritenuta responsabile per la perdita di dati personali contenuti in device aziendali.

## 9. SEZIONE IX – Sistemi in cloud

Utilizzare un servizio di cloud computing per memorizzare dati personali o sensibili, espone l'Azienda a potenziali problemi di violazione delle regole sulla riservatezza dei dati personali.

E' vietato agli incaricati l'utilizzo di sistemi cloud (es. Dropbox, Google Drive, Microsoft OneDrive, Apple iCloud, etc.) non espressamente approvati dall'Azienda, in particolare è vietato condividere o registrare su sistemi cloud dati sanitari.

L'Azienda si riserva di identificare tecnologie e/o servizi cloud conformi alla normativa in materia di trattamento dei dati personali da mettere a disposizione degli Incaricati.

## 10. SEZIONE X – VPN

L'Azienda permette di accedere alla propria infrastruttura tecnologica, mediante canali di comunicazione protetti **VPN** (*Virtual Private Network*), a determinate categorie di utenti previa valutazione della richiesta e/o di accordi contrattuali.

Per accedere all'infrastruttura, ogni Utente VPN per ottenere le credenziali/abilitazioni necessarie, dovrà compilare in ogni sua parte e sottoscrivere un modulo messo a disposizione dalla U.O.C. Sistemi ICT. Lo stesso modulo dovrà essere validato per l'autorizzazione dal proprio Dirigente di struttura.

In particolare dovranno essere specificate le motivazioni per le quali si può richiedere un accesso dall'esterno in VPN:

- reperibilità tecnica
- firma atti (dirigenti apicali)

- attività sanitarie effettuabili a distanza specificamente autorizzate dal Direttore Sanitario

Possono accedere all'infrastruttura tecnologica tramite VPN, gli utenti a cui sono state assegnate le credenziali di accesso personali, esclusivamente per il periodo di tempo necessario all'espletamento dei propri compiti.

## 11. SEZIONE XI – Applicazione e controllo

### 11.1. Il controllo

L'Azienda, in qualità di Titolare degli strumenti informatici, dei dati ivi contenuti e/o trattati, si riserva la facoltà di effettuare i controlli che ritiene opportuni, in conformità alla vigente normativa per le seguenti finalità:

1. Garantire il funzionamento dei sistemi e dei servizi informatici e di telecomunicazioni
2. Tutelare la sicurezza e preservare l'integrità degli strumenti informatici e dei dati;
3. Evitare che siano commessi illeciti o per esigenze di carattere difensivo anche preventivo;
4. Verificare la funzionalità del sistema e degli strumenti informatici.

Le attività di controllo potranno avvenire tramite monitoraggio, audit e/o ispezioni del sistema informatico e di tutti i device aziendali o comunque collegati alla rete aziendale. Per tali controlli l'Azienda si riserva di avvalersi anche di soggetti esterni.

Tutti i controlli saranno effettuati in conformità alla normativa vigente con particolare riferimento alla normativa in materia di trattamento dei dati e dello Statuto dei Lavoratori.

### 11.2. Modalità di verifica

Le attività sull'uso del servizio di accesso a internet e in generale dei servizi informatici più critici sono automaticamente conservate in registri informatici (comunemente chiamati file log) che riportano dettagli della navigazione, i siti e i documenti consultati e le operazioni verificatesi.

I file di log contengono tipicamente:

- Data ed ora dell'operazione effettuata
- Utente che ha effettuato l'operazione
- Tipologia dell'operazione effettuata
- Dati associati all'operazione effettuata

In applicazione di quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (GDPR), l'Azienda promuove ogni opportuna misura organizzativa e tecnologica volta a prevenire il rischio di utilizzi impropri e, comunque, a "minimizzare" l'uso di dati riferibili agli Incaricati e a tale scopo adotta, compatibilmente con le risorse disponibili, strumenti tecnici, organizzativi e fisici, volti a prevenire trattamenti illeciti sui dati trattati con strumenti informatici.

L'Azienda non adotta sistemi che determinano interferenza ingiustificata sui diritti e sulle libertà fondamentali di lavoratori, come pure di soggetti esterni che ricevono o inviano comunicazioni elettroniche di natura personale o privata.

In particolare eventuali sistemi atti a monitorare eventuali violazioni di legge o comportamenti anomali da parte degli Incaricati avvengono nel rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, con esclusione di registrazioni o verifiche con modalità sistematiche.

Qualora venga rilevato un non corretto utilizzo degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda da parte degli utenti, si procederà all'invio di un avviso all'utente ed al Responsabile del Servizio interessato. Sarà cura del Responsabile del Servizio interessato segnalare eventualmente l'evento all'Ufficio per i procedimenti disciplinari per l'adozione degli atti di rispettiva competenza. Per il personale Dirigente il comportamento verrà comunicato alla

### 11.3. Modalità di conservazione

I sistemi software sono stati programmati e configurati in modo da registrare nei log di sistema i dati relativi agli accessi ad internet, al traffico telematico ed alle operazioni effettuate sui sistemi informatici più critici per un arco temporale la cui durata sarà definita nel registro dei trattamenti in funzione delle caratteristiche tecniche degli apparati e dei sistemi disponibili.

Possono essere implementati tempi di conservazione più lunghi in relazione a:

1. esigenze tecniche o di sicurezza, valutate a cura della U.O.C. Sistemi ICT e documentate in forma scritta;
2. indispensabilità del dato rispetto all'esercizio o alla difesa di un diritto in sede giudiziaria;
3. obbligo di custodire o consegnare i dati per ottemperare ad una specifica richiesta dell'autorità giudiziaria o della polizia giudiziaria.

In questi casi, il trattamento dei dati personali è limitato alle sole informazioni indispensabili per perseguire finalità preventivamente determinate ed essere effettuato con logiche e forme di Azienda strettamente correlate agli obblighi, compiti e finalità già esplicitati.

L'accesso ai dati avviene attraverso le figure tecniche istituzionalmente autorizzate ed in possesso delle opportune credenziali di accesso (a titolo esemplificativo: amministratori di sistema, tecnici di società esterne contrattualizzate per servizi di assistenza e manutenzione).

## 12. SEZIONE XII – Validità e pubblicazione

### 12.1. Validità

Il presente Disciplinare ha validità a decorrere dalla data stabilita nella Delibera di adozione del Direttore Generale.

Con l'entrata in vigore del presente disciplinare tutte le disposizioni in precedenza adottate in materia, in qualsiasi forma comunicate, devono intendersi abrogate e sostituite dalle presenti. Copia del Disciplinare sarà pubblicata sulla rete Intranet aziendale.

L'Azienda promuove la conoscenza del presente Disciplinare da parte degli incaricati anche tramite apposite sessioni di formazione.

### 12.2. Pubblicazione

Il presente Disciplinare verrà pubblicato sulla intranet aziendale e diffuso a tutti i dipendenti ai sensi dell'art. 7 della legge 300/70 e del CCNL di settore.

INDIRIZZO SEDE	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DI UPGRADE DI BANDA PER CIASCUNA SEDE
Via Casal Bernocchi, 73 - Roma	Upgrading Accesso Internet+Infranet da profilo STDO-5 - 200 M a STDO-8 - 1G + Upgrading tecnologico da SPUN5 (Fortigate 200E) a SPUN-6 (Fortigate 1200D)
Via Casal Bernocchi, 73 - Roma	Upgrading da 'STDO-5 - 200 M' a 'STDO-8 - 1 G' + aumento SBRI MM da 3.280 a 4360 e RT da 991 a 991
Via Gian Carlo Passeroni, 28 - Roma	Upgrading da 'STDO-5 - 200 M' a 'STDO-8 - 1 G' + aumento SBRI MM da 3.170 a 4360 e RT da 991 a 991
Viale Vega, 3 - Roma	
Via Pineta di Fregene, 66 - Fregene	
Via del Poggio di Acilia, 65/83 - Roma	
Via della Magliana, 856 - Roma	
Via Ozanam, 126 - Roma	Upgrading tecnologico da profilo STDE-S5 - 4096/4096 a profilo STDO-1 - 10 M
L.go Emilio Quadrelli, 5 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Via del Trullo, 421 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 16 a 108 e RT da 8 a 48
Lungomare Paolo Toscanelli, 230 - Roma	SEDE ELIMINATA
Lungomare Paolo Toscanelli, 230 - Roma	Ampliamento SBRI Real Time da 79 a 157
Via Paolini, 34 - Roma	
Via del Casaletto, 400 - Roma	
Via dei Buonvisi, 50 - Roma	SEDE ELIMINATA
Via Giorgio Giorgis, 56 - Fiumicino	
Via Ramazzini, 31 - Roma	
Via Colautti, 28 - Roma	
Via Antonio Forni, 39 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Via Vasco de Gama, 142 - Roma (SIAN)	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 64 e RT da 16 a 48
Via del Fontanile di Mezzaluna, 401 - Roma	variazione per mancanza rame in ADSL2+ e backup LTE
Via Crescenzo del Monte, 13 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-1 - 10 M + aumento SBRI MM da 16 a 63 e RT da 8 a 32
Via Giovanni Volpato, 18 - Roma	
Via dell'Imbrecciato, 71b - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Portuense, 571 - Roma	
Largo Girolamo di Montesarchio, 21 - Roma	Upgrading tecnologico da profilo STDE-S6 - 8192/8192 a profilo STDO-1 - 10 M
Via del Poggio di Acilia, 62/81 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 16 a 216 e RT da 8 a 96
Via Marino Mazzacurati 23 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 16 a 108 e RT da 8 a 48
Via Brisse, 20/e - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-1 - 10 M + aumento SBRI MM da 16 a 63 e RT da 8 a 32
Via Portuense, 1397 - Roma (ponte Galeria)	
Via Catacombe di Generosa, 5 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Largo Ludovico Quaroni, 4 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Via della Consolata, 52 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Largo dello Spinarello, 12/14 - Fiumicino	
Via degli Orti, 10 - Fiumicino	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 16 a 108 e RT da 8 a 48
Via Serafino Belfanti, 76 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Via S. Carlo a Palidoro, 10 - Fiumicino	SEDE ELIMINATA
Via delle Quinqueremi, 112 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Tagaste, 2/4 - Roma (no 53)	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-1 - 10 M + aumento SBRI MM da 16 a 63 e RT da 8 a 32
Viale Vasco de Gama, 140 (SISP)	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Repubbliche Marinare, snc - Roma (ad. civico 118)	in 2.0 era cessazione servizio in 3.2 è riattivazione servizio su indirizzo diverso profilo STDO-2 - 20 M con backup LTE
Via Repubbliche Marinare, snc - Roma (ad. civico 118)	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-1 - 10 M + aumento SBRI MM da 16 a 63 e RT da 8 a 32
Via delle Saline, 2 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Coni Zugna, 173 - Fiumicino	Upgrading profilo da STDO-1 - 10M a STDO-3 - 40 M + aumento SBRI MM da 63 a 157 e RT da 32 a 79
Via Vaiano, 53 - Roma	Upgrading tecnologico da profilo STDE-S6 - 8192/8192 a profilo STDO-3 - 40 M + aumento SBRI MM da 63 a 157 e RT da 32 a 79
Via delle Sirene, 1 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Virginia Agnelli, 11 - Roma	
Via Portuense, 292 - Roma	Trasloco da "Spallanzani - Via Portuense, 292"
Via Aurelia, 3060	Nuova sede con accesso STDO-3 - 40 M
VIA UMBERTO CAGNI, 50 - ROMA	Nuova sede con accesso STDO-1 - 10 M



## **CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE**

**ASL ROMA 3**

**2021/2023**

***CURA DI:***

***DR.SSA CRISTINA VIO***

***DR.SSA CHIARA COLAIACOMO***

# CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE ASL ROMA 3

## 1. PREMESSA

Ai sensi del comma 5 dell'art. 54 del decreto legislativo n. 165 del 2001, come sostituito dall'articolo 1, comma 44, della legge 6 novembre 2012, n. 190, le previsioni del presente Codice etico-comportamentale, qui di seguito denominato "codice", integrano e specificano quanto disposto dal DPR n. 62 del 16 aprile 2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" che ha emanato il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni al fine di assicurare 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.

Il presente codice esprime gli impegni e le responsabilità etiche comportamentali nella conduzione delle attività fatte proprie dai collaboratori, a tutti i livelli, di questa Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA 3, di seguito denominata Azienda.

Il codice assume, come principi ispiratori, il rispetto della legge e della normativa vigente, nonché delle norme interne, in un quadro di integrità, correttezza e riservatezza.

Tali principi concorrono alla realizzazione di un modello organizzativo orientato al controllo preventivo nell'impegno congiunto di tutte le parti coinvolte.

L'Azienda, con il presente codice etico-comportamentale, intende regolamentare i seguenti ambiti:

- ❖ gli impegni aziendali,
- ❖ i criteri di condotta, verso ciascuna categoria, che forniscono le linee guida e le norme alle quali i collaboratori dell'Azienda sono tenuti ad attenersi per il rispetto dei principi generali e per prevenire il rischio di comportamenti non etici,
- ❖ le comunicazioni e i rapporti con gli utenti,
- ❖ le comunicazioni e i rapporti con i Terzi,
- ❖ i meccanismi e le modalità di attuazione che descrivono il metodo di controllo per l'osservanza del codice.

L' Azienda si impegna ad operare in piena conformità a quanto previsto nel Codice e a fare in modo che sia pienamente applicato da tutti i destinatari, affinché non commettano reati o illeciti che contrastino con l'interesse pubblico e/o danneggino l'immagine e la credibilità dell'Azienda medesima.

L'Azienda si impegna a non utilizzare strumenti di persuasione, di natura scientifica o di altro tipo, i cui contenuti siano ingannevoli o non veritieri.

L'Azienda si impegna a diffondere, ai destinatari, agli utenti, e ai terzi, i contenuti del Codice e a verificare che tutti i destinatari conoscano il codice e ne abbiano compreso il significato.

## **2. AMBITO DI APPLICAZIONE**

La buona reputazione è una risorsa immateriale essenziale per l'Azienda. Favorisce gli investimenti delle istituzioni e dei partner, la fedeltà dei cittadini-utenti, l'attrazione delle migliori risorse umane e professionali. All'interno dell'organizzazione contribuisce a prendere e attuare decisioni senza tensioni e a migliorare il clima lavorativo.

Un clima lavorativo sereno contribuisce a sviluppare il senso di appartenenza all'Azienda.

Con l'adozione del presente Codice l'Azienda intende creare le condizioni per favorire un benessere lavorativo e consentire, quindi, a tutti coloro che lavorano per l'Azienda di sentirsi parte di un gruppo.

Le disposizioni del codice devono considerarsi valide nei confronti di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali (dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato, interinali, rapporti di lavoro flessibili, specializzandi, tirocinanti, volontari, collaboratori esterni ivi compresi consulenti, fornitori di beni e servizi, il personale a rapporto convenzionale) e che da ora in avanti vengono denominati "destinatari".

## **3. PRINCIPI GENERALI E REGOLE MORALI**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Servizio Sanitario Nazionale sostengono la centralità dell'approccio globale alla persona malata introducendo il concetto di "umanizzazione dell'assistenza" che richiama il principio in forza del quale la "qualità dell'assistenza sanitaria dipende anche dalla persona che la presta". E' di tutta evidenza che nelle aziende sanitarie il rapporto operatore-utente si concretizza per le pregnanti esigenze di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni. Nella produzione di servizi alla persona il fattore umano è un elemento di importanza fondamentale che influisce direttamente sulla qualità e sulla quantità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione degli utenti.

Alla luce dei principi enunciati viene adottato il presente codice più adatto alla peculiarità delle diverse categorie di persone operanti all'interno di un'azienda sanitaria, considerate la specificità e la particolare delicatezza del servizio offerto, al fine di costruire un solido rapporto di fiducia e collaborazione tra i cittadini e l'Azienda.

L'Azienda non inizia o prosegue alcun rapporto con alcun destinatario interno o esterno che non si attiene al rispetto dei seguenti principi generali.

### **3.1 Onestà**

Tutti i collaboratori, a qualunque titolo, dell'Azienda sono tenuti a rispettare, nello svolgimento delle loro mansioni la normativa e i regolamenti interni.

Nessuna evenienza, anche il perseguimento dell'interesse dell'Azienda, può giustificare una condotta non coerente con le norme previste dal presente codice e con la normativa vigente.

Il destinatario, nell'esercizio della propria attività di servizio, si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere, direttamente o



indirettamente interessi finanziari o non finanziari propri o del coniuge ovvero di suoi parenti entro il quarto grado o conviventi.

Nei confronti delle ditte concorrenti a gare d'appalto o fornitura, il destinatario non segue comportamenti collusivi di qualsiasi natura o forma e si attiene unicamente al rispetto delle leggi vigenti e delle corrette pratiche commerciali.

### **3.2 Trasparenza**

Tutte le operazioni devono avvenire nel rispetto della massima trasparenza, correttezza, chiarezza e completezza: ogni operazione deve essere legittima, coerente e congrua, supportata da adeguata documentazione al fine di poter procedere ad opportuni controlli finalizzati alla tracciabilità del processo e delle responsabilità.

Tutti i destinatari sono tenuti a dare informazioni complete, trasparenti, comprensibili ed accurate, in modo tale che, nell'impostare i rapporti con l'Azienda, i portatori di interessi (destinatari, utenti, terzi) siano in grado di prendere decisioni autonome e consapevoli degli interessi coinvolti, delle alternative e delle conseguenze rilevanti.

### **3.3 Correttezza**

Devono essere assolutamente evitati conflitti di interesse, sia di collaboratori che si avvantaggino personalmente attraverso opportunità offerte dal proprio ruolo nell'Azienda, sia di fornitori che agiscano in contrasto con gli interessi della stessa.

In materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e di incarichi, l'Azienda si attiene alle Discipline contenute nell'art. 53 D.Lgs 165/2001 e s.m.i., fatte salve le eccezioni stabilite da fonti normative o contrattuali.

Il destinatario non può assumere altro impiego pubblico o privato né esercitare attività industriali, commerciali, artigianali; non può, inoltre, svolgere attività lavorative che comportino conflitto d'interesse con l'Azienda.

Sono ritenute per tale motivo incompatibili, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le attività svolte:

- presso ditte fornitrici dell'Azienda,
- a favore di soggetti nei confronti dei quali l'Azienda svolge funzioni di controllo o sorveglianza,
- in collaborazione con studi di consulenza e professionisti che abbiano o meno rapporti di lavoro in corso con l'Azienda.

### **3.4 Imparzialità**

In tutti gli ambiti di attività (gestione del personale, selezione dei fornitori, ecc) l'Azienda non discrimina i propri interlocutori in base a sesso, età, credenze politiche e religiose, nazionalità, razza, stato di salute, sessualità, ecc. Nei rapporti con gli utenti il destinatario fornisce tutte le informazioni cui abbia titolo nel rispetto delle disposizioni in materia di accesso all'attività amministrativa, previste dalla L.241/1990 e dai regolamenti aziendali (nonché nel rispetto delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2001, assicurando, nell'adempimento

della propria attività, la parità di trattamento tra gli utenti che vengono in contatto con l'Azienda.

### **3.5 Tutela della privacy**

Le informazioni che hanno carattere di riservatezza, relative a dati o conoscenze che appartengono all'Azienda non devono essere acquisite o comunicate se non dalle persone autorizzate, generalmente o specificatamente.

Inoltre, anche nel rispetto della legislazione a tutela della privacy (D.Lgs 196/2003 e s.m.i.), i dipendenti devono impegnarsi a proteggere le informazioni generate o acquisite e ad evitarne ogni uso improprio o non autorizzato.

L'Azienda ha approvato il documento programmatico sulla sicurezza, che contiene una ricognizione di tutti gli archivi cartacei ed informatici delle strutture afferenti alla stessa, con l'indicazione delle misure di tutela e sicurezza adottate per la conservazione dei dati sensibili.

### **3.6 Il whistleblower (segnalante) e tutela del whistleblowing (segnalazione)**

Il whistleblower (segnalante) è chi testimonia un illecito o una irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni e decide di segnalarlo.

La segnalazione (whistleblowing) può essere inoltrata al diretto superiore o, in alternativa, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.), ovvero al responsabile dell'anticorruzione.

Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, il segnalante non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Inoltre, qualora dalla segnalazione scaturisca un procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione di addebito sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile alla difesa.

## **4. NORME DI COMPORTAMENTO**

### **4.1 Principi generali**

Il destinatario osserva la Costituzione, servendo la Nazione e l'Azienda con disciplina ed onore e conformando la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa.

Il destinatario fa propri i valori fondamentali riconosciuti nella Carta Europea dei diritti del malato e che costituiscono l'essenza del rapporto di fedeltà e diligenza impegnandosi a:

- prestare la propria opera professionale per garantire al paziente servizi appropriati al suo bisogno di salute personalizzandone, laddove possibile, il piano clinico assistenziale;

- fornire per il proprio ambito di competenza ogni utile informazione inerente lo stato di salute, i servizi sanitari disponibili e come utilizzarli, nonché sulle innovazioni tecnologiche che la ricerca scientifica rende disponibili;
- informare la persona che deve essere sottoposta ad indagine e/o intervento sui rischi e i disagi associati, gli effetti collaterali e le alternative disponibili;
- riconoscere il diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della persona;
- a non sottoporre nessuno a trattamenti degradanti;
- non operare nessun tipo di illegittima discriminazione basata sull'età, sul ceto sociale, sul sesso, sullo stato di salute, sulla nazionalità, sulla razza, sulle credenze religiose, opinioni politiche e stili di vita diversi;
- mantenere la riservatezza e la confidenzialità delle informazioni delle persone al fine di tutelarle da interferenze arbitrarie nella loro vita privata;
- rispettare gli standard qualitativi relativi alle prestazioni tecniche, di comfort e di relazioni umane nel rispetto degli standard di qualità fissati dall'Azienda e dalle comunità scientifiche di riferimento;
- offrire servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza al fine di liberare la persona da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari e della malpractice;
- tutelare il diritto della persona di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia;
- attivare ogni utile iniziativa, anche investendo istituzioni esterne all'uopo preposte, atta a tutelare la persona che presenti fragilità sociali e/o familiari;
- accettare le responsabilità derivanti dalle azioni e dalle scelte operate;
- esercitare la funzione di advocacy al fine di promuovere e sostenere attivamente i diritti della persona;
- promuovere l'immagine della Azienda attraverso l'adozione di comportamenti, azioni, ed appropriate modalità di comunicazione verbale e non verbale.

Il destinatario svolge i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui è titolare.

Il destinatario rispetta, altresì, i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi.

Il destinatario non usa a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio, evita situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine dell'Azienda. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per le finalità di interesse generale per le quali sono stati conferiti.

Il destinatario esercita i propri compiti orientando l'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi, che non pregiudichi la qualità dei risultati.

Il destinatario dimostra la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre pubbliche amministrazioni, assicurando lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati in qualsiasi forma anche telematica, nel rispetto della normativa vigente.

Il destinatario si adopera affinché l'immagine e il buon nome dell'Azienda siano sempre tutelate e per questo si esime dal rendere pubbliche dichiarazioni, anche sui social networks, offensive e denigratorie nei riguardi dell'Azienda medesima. In caso di grave nocimento all'immagine e al buon nome dell'Azienda, l'infrazione, qualora sia commessa da un dipendente, può comportare anche l'irrogazione della sanzione disciplinare del licenziamento senza preavviso, ai sensi della normativa vigente e delle regolamentazioni aziendali in materia.

Allo stesso modo, il destinatario si astiene dal diffondere notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione all'attività e ai dipendenti dell'Azienda, notizie che danneggino l'immagine di quest'ultima o di colleghi/altri destinatari.

#### **4.2 Regali, compensi e altre utilità**

Il destinatario non chiede, né sollecita, per sé o per altri, regali o altre utilità.

Il destinatario non accetta, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle consuetudini internazionali. In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il destinatario non chiede, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio, da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti l'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è, o sta per essere chiamato a svolgere, o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto.

Il destinatario non accetta, per sé o per altri, da un proprio subordinato, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore. Il destinatario non offre, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità a un proprio sovraordinato, salvo quelli d'uso di modico valore.

I regali e le utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente codice, a cura dello stesso destinatario cui siano pervenuti, sono immediatamente messi a disposizione dell'Azienda per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali.

Per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelle di valore non superiore a € 100,00, anche sotto forma di sconto.

Il destinatario non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

#### **4.3 Partecipazioni ad associazioni e organizzazioni**

Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il destinatario comunica tempestivamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. La presente disposizione non si applica per l'adesione a partiti politici o a sindacati.

Il destinatario non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, né esercita pressioni a tal fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

#### **4.4 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interesse**

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il destinatario, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:

- se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui hanno avuto i predetti rapporti di collaborazione;
- se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

Il destinatario si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

#### **4.5 Obbligo di astensione**

Il destinatario si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero dei 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 destinatario si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

#### **4.6 Divieto di fumo**

Il destinatario rispetta il divieto di fumo nei locali dell'Azienda in considerazione della tutela della salute propria e degli altri colleghi.

#### **4.7 Prevenzione della corruzione**

Il destinatario rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il destinatario rispetta le prescrizioni contenute nel piano dell'Azienda per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.

#### **4.8 Trasparenza e tracciabilità**

Il destinatario assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.

La tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento la replicabilità.

#### **4.9 Comportamento nei rapporti privati**

Nei rapporti privati, comprese le relazioni extralavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, il destinatario non sfrutta, né menziona la posizione che ricopre nell'amministrazione per ottenere utilità che non gli spettino e non assume altro comportamento che possa nuocere all'immagine dell'Azienda.

#### **4.10 Comportamento in servizio**

Il destinatario, salvo giustificato motivo, è tenuto al compimento, senza ritardi, dell'attività e all'adozione di decisioni di propria spettanza; tale dovere è ovviamente ancor più pregnante per i dipendenti addetti all'assistenza e cura del paziente.

Il destinatario non adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.

Nell'espletamento della propria attività, il destinatario rispetta il lavoro altrui evitando comportamenti che possano ostacolare o rendere meno agevole l'attività dei colleghi, anche in caso di attriti e/o incomprensioni caratteriali.

Il destinatario è tenuto al rispetto delle disposizioni normative e aziendali in ogni ambito emanate, ad esempio:

- informare l'Azienda di essere stato rinviato a giudizio o che nei propri confronti è stata esercitata l'azione penale, quando per la particolare natura dei reati contestati si possono configurare situazioni di incompatibilità ambientale o di grave pregiudizio per l'Azienda;
- comunicare la variazione del domicilio/residenza;
- programmare le assenze di cui alla L. 104/92;
- registrare le assenze dovute al servizio esterno;
- consumare il pasto durante la pausa pranzo negli orari stabiliti;
- attestare le entrate e le uscite dalla struttura tramite lettore badge;
- regolarizzare tempestivamente il proprio cartellino presenze.

Il destinatario utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

Ferme restando le previsioni contrattuali, il destinatario limita le assenze dal luogo di lavoro a quelle strettamente necessarie.

Durante l'orario di servizio il destinatario non può assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del proprio responsabile.

Il destinatario utilizza il materiale o le attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio e i servizi telematici e telefonici dell'ufficio nel rispetto dei vincoli posti dall'Azienda.

Il destinatario non utilizza a fini privati il materiale (ad es. materiale sanitario, carta intestata, materiale di cancelleria, PC e fotocopiatrici o altre attrezzature) di cui dispone per l'espletamento dei compiti istituzionali, se non nei casi di urgenza o per effettive necessità personali.

Il personale che dispone di mezzi di trasporto dell'Azienda è tenuto ad utilizzarli esclusivamente per lo svolgimento dei compiti d'istituto e a non trasportare persone estranee all'Azienda medesima se non autorizzato; è inoltre tenuto alla cura diligente dei mezzi dell'Azienda.

Il destinatario, nel rispetto dei rapporti interpersonali con colleghi e utenti, è tenuto a comportarsi educatamente e quindi a titolo esemplificativo, si consiglia di:

- bussare sempre prima di entrare in ufficio se la porta è chiusa ed aspettare di essere invitati ad entrare prima di aprirla;
- salutare qualsiasi persona nuova che entra nel proprio ufficio e invitarla ad accomodarsi;
- cercare di tenere buoni rapporti con tutti e accogliere con gentilezza e considerazione nuovi colleghi e utenti;
- offrire spontaneamente il proprio aiuto ai colleghi che ne hanno bisogno e ringraziare per l'aiuto ricevuto;
- se si ricevono telefonate di non competenza, mostrarsi disponibili a indirizzare l'interlocutore verso l'utenza corretta;
- evitare di usare espressioni crude e volgari;
- evitare i pettegolezzi, l'arroganza, le minacce e il sarcasmo;
- utilizzare un abbigliamento consono al posto di lavoro;
- rispettare l'osservanza delle norme di prevenzione e igiene della persona;
- se si ascolta musica nel proprio ambiente di lavoro, mantenere un volume basso;
- spegnere le luci, le attrezzature informatiche e chiudere le finestre, prima di lasciare l'ufficio, al termine della giornata di lavoro;
- lasciare i servizi sanitari puliti dopo l'uso.

#### **4.10.1 Particolari norme riguardanti il comportamento in servizio del personale addetto all'assistenza**

Il personale addetto all'assistenza si occupa della persona, della famiglia e della collettività; presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

Fermo restando quanto indicato nei rispettivi codici deontologici delle professioni mediche e sanitarie, il personale addetto all'assistenza:

- rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito;
- collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe;
- mantiene, anche in situazioni disagiati, un comportamento cordiale e riguardoso dello stato di fragilità del paziente/degente.

#### 4.10.2 Disposizioni particolari per i Dirigenti

Ferma restando l'applicazione delle disposizioni del Codice, le norme del presente punto si applicano a tutti i dirigenti, ivi compresi i titolari di incarico a tempo determinato.

Ai Dirigenti è riconosciuto un ruolo strategico dal punto di vista comportamentale per la costruzione di un ambiente di lavoro positivo che costituisce la più efficace forma di prevenzione in ordine a fenomeni corruttivi, illegali o comunque di cattiva gestione. I Dirigenti devono comunque vigilare sul rispetto delle norme in materia di incompatibilità dei propri collaboratori.

Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico stesso.

Il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica all'Azienda le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio. Il dirigente fornisce le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.

Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare e imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i cittadini/utenti dell'azione amministrativa. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.

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.

Il dirigente assegna l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione. Il dirigente affida gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.

Il dirigente attua la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni e i tempi prescritti.

Il dirigente intraprende con tempestività le iniziative necessarie, ove venga a conoscenza di un illecito; attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione e provvede ad inoltrare tempestiva denuncia all'autorità giudiziaria penale o segnalazione alla Corte dei Conti per le rispettive competenze. Nel caso



in cui riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rivelata la sua identità nel procedimento disciplinare, ai sensi del punto 3.7 del presente codice.

Il dirigente, nei limiti delle sue possibilità, evita che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi. Favorisce, inoltre, la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Azienda da parte di cittadini/utenti, nonché il senso di appartenenza da parte dei destinatari del presente codice.

Il dirigente deve controllare che l'uso dei permessi di astensione avvenga effettivamente per le ragioni e nei limiti previsti dalla legge e dai contratti collettivi, evidenziando eventuali deviazioni.

Il dirigente deve vigilare sulla corretta timbratura delle presenze da parte dei propri dipendenti, segnalando tempestivamente all'U.P.D. le pratiche scorrette, trattandosi di infrazioni di rilevante gravità.

Il dirigente vigila sulla corretta applicazione di quanto previsto nel punto 3.2 del presente codice (Regali, compensi e altre utilità).

Il Dirigente ha il dovere di favorire la prevenzione del mobbing, delle molestie sessuali o morali/psicologiche sostenendo la persona che voglia reagire a qualsiasi forma di molestia, adottando un comportamento non omertoso, nonché fornendo chiarimenti e indicazioni sulle procedure da seguire.

#### **4.11 Rapporti con il pubblico**

Il destinatario in rapporto con il pubblico si fa riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del badge od altro supporto identificativo messo a disposizione dall'Azienda, salvo diverse disposizioni di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti.

Il destinatario opera con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, opera nella maniera più completa e accurata possibile. Qualora non sia competente per posizione rivestita o per materia, indirizza l'interessato al funzionario o ufficio competente.

Il destinatario, fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità o il coordinamento.

Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche il destinatario rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche.

Il destinatario rispetta gli appuntamenti con i cittadini/assistiti e risponde senza ritardo ai loro reclami.

Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il destinatario si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda.

Il destinatario opera al fine di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio.

Il destinatario non assume impegni, né anticipa l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti. Fornisce informazioni e notizie relative ad

atti o operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso, informando sempre gli interessati della possibilità di avvalersi dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Rilascia copie ed estratti di atti o documenti secondo la propria competenza, con le modalità stabilite dalle norme in materia di accesso e dai regolamenti dell'Azienda.

Il destinatario osserva il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto oralmente di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o dalle disposizioni in materia di dati personali, informa il richiedente dei motivi che ostano all'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta, cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata all'ufficio competente dell'Azienda.

L'Azienda si avvale di interpreti o di Destinatari con adeguate conoscenze linguistiche (es. mediatori linguistici/culturali), per assicurare adeguate informazioni anche agli utenti stranieri.

I reclami da parte dei cittadini di eventuali violazioni del codice di comportamento, hanno rilevanza, non solo per l'adozione delle iniziative previste dalla legge, ma altresì per raccogliere ulteriori indicazioni ai fini dell'aggiornamento periodico del codice stesso. A tal fine, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico si raccorda con l'U.P.D. per la raccolta e la condivisione di tali segnalazioni.

## **5. CONTRATTI ED ALTRI ATTI NEGOZIALI**

Per evidenti ragioni di conflitto di interessi è posto il divieto per il destinatario, nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Azienda, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, di ricorrere a mediazioni di terzi, di corrispondere o promettere ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, di facilitare la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente paragrafo non si applica ai casi in cui l'Amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale.

Il destinatario non conclude, per conto dell'Azienda, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c. Nel caso in cui l'Azienda concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali il destinatario abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, questi 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.

Il destinatario che conclude accordi o negozi ovvero stipula contratti a titolo privato, ad eccezioni di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c., con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'Azienda, ne informa per iscritto il Dirigente dell'ufficio.

Se nelle situazioni descritte nel secondo e terzo paragrafo del presente punto si trova il dirigente, questi informa per iscritto il dirigente apicale responsabile della gestione del personale.

Il destinatario che riceva, da parte di persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'Azienda, rimostranze orali o scritte sull'operato dell'ufficio o

su quello dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale.

## **6. CONCORSI PUBBLICI, SELEZIONI E PROGRESSIONI**

Il reclutamento del personale deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di accesso all'impiego presso le pubbliche amministrazioni vigenti nel tempo.

Nell'espletamento di concorsi, selezioni e progressioni il Dirigente Responsabile della Struttura adibita a tale attività e il personale coinvolto garantiscono la correttezza, l'imparzialità, l'economicità e la celerità di espletamento, nonché parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro.

## **7. VIGILANZA, MONITORAGGIO E ATTIVITA' FORMATIVE**

Pertanto, vigilano sull'applicazione del presente codice, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e l'U.P.D.

I dirigenti provvedono, inoltre, alla costante vigilanza sul rispetto del codice di comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla propria struttura, tenendo conto delle violazioni accertate e sanzionate, ai fini della tempestiva attivazione del procedimento disciplinare e della valutazione individuale del singolo destinatario.

Per quanto attiene al controllo sul rispetto del codice di comportamento da parte dei dirigenti, nonché alla mancata vigilanza da parte di questi ultimi sull'attuazione e sul rispetto del codice presso le strutture di cui sono titolari, esso è svolto dal soggetto sovraordinato che attribuisce gli obiettivi ai fini della misurazione e valutazione delle performance.

Le attività svolte ai sensi del presente articolo dall'U.P.D. si conformano alle eventuali previsioni contenute nei piani di prevenzione della corruzione adottati dall'Azienda ai sensi dell'art. 1, comma 2, della Legge 190/2012. L'U.P.D., oltre alle funzioni disciplinari di cui all'art. 55 bis e ss. del D. Lgs. 165/2001, cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'Azienda, l'esame delle segnalazioni di violazione del codice di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate. Il responsabile della prevenzione della corruzione cura la diffusione della conoscenza del codice di comportamento dell'Azienda, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'art. 54, comma 7, del D. Lgs. 165/2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'art. 1, comma 2, della legge 190/2012, dei risultati del monitoraggio. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dal presente articolo, l'U.P.D. opera in raccordo con il responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione.

Ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del codice di comportamento, l'U.P.D. può chiedere all'Autorità nazionale anticorruzione parere facoltativo secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012.

## **8. RESPONSABILITA' CONSEGUENTE ALLA VIOLAZIONE DEI DOVERI DEL CODICE**

La violazione degli obblighi previsti dal codice di comportamento integra i comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del destinatario, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del

procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, e ha rilevanza anche in ordine alla misurazione e valutazione della performance.

Le infrazioni al presente codice, accertate in sede disciplinare, determinano l'irrogazione di una sanzione tra quelle previste dalla normativa nazionale e contrattuale di categoria, norme recepite dai regolamenti aziendali per i procedimenti disciplinari per il Comparto e per la Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa.

Le sanzioni applicabili, incluse quelle espulsive nei casi previsti dal D.P.R. n. 62 del 16.04.2013 (nuovo codice di comportamento dei dipendenti delle PP.AA.), pertanto sono: rimprovero verbale, rimprovero scritto (censura), multa di importo pari a 4 ore della retribuzione (personale del Comparto), da € 200,00 a € 500,00 (personale Dirigenziale), sospensione dal servizio senza retribuzione fino a 10 gg., sospensione dal servizio senza retribuzione da 11 gg. a 6 mesi, licenziamento con preavviso, licenziamento senza preavviso.

Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'Azienda.

Nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni ed in relazione alla gravità della mancanza, il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sono determinati in relazione ai seguenti criteri:

- intenzionalità del comportamento;
- grado di negligenza dimostrata, tenuto anche conto della prevedibilità dell'evento;
- rilevanza dell'infrazione e dell'inosservanza degli obblighi e delle disposizioni violate;
- responsabilità connesse con l'incarico dirigenziale ricoperto, nonché con la gravità della lesione del prestigio dell'Azienda;
- entità del danno provocato a cose o a persone, ivi compresi gli utenti;
- eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al comportamento tenuto complessivamente dal dirigente o al concorso nella violazione di più persone.

Chiunque venga a conoscenza di inadempienze al presente codice è tenuto a segnalarlo al Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza.

Il Dirigente Responsabile valuterà se l'inadempienza da perseguire ricade tra le infrazioni di minor gravità e in tal caso, seguendo le modalità dettate nei regolamenti aziendali vigenti in materia, attiverà tempestivamente il relativo procedimento disciplinare.

Qualora, invece, l'inadempienza segnalata attiene infrazioni di rilevante gravità, il Dirigente suddetto provvederà all'immediato invio degli atti all'U.P.D. che proseguirà con gli adempimenti di propria competenza.

Il mancato perseguimento dell'infrazione segnalata da parte del Dirigente Responsabile ricade nella fattispecie di cui ai CC.CC.NN.LL. del 6.5.2010 recepita dal regolamento aziendale per i procedimenti disciplinari per il personale della Dirigenza che testualmente recita: *"Il mancato esercizio o la decadenza dell'azione disciplinare, dovuti all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare o a valutazioni sull'insussistenza dell'illecito disciplinare irragionevoli o manifestamente infondate, in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, comporta la sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione, in proporzione*

*alla gravità dell'infrazione non perseguita, fino ad un massimo di tre mesi in relazione alle infrazioni sanzionabili con il licenziamento, con la mancata attribuzione della retribuzione di risultato per un importo pari a quello spettante per il doppio del periodo della durata della sospensione”.*

Il presente codice etico comportamentale viene pubblicato sul sito aziendale e sul sito istituzionale nella parte dedicata “*amministrazione trasparente*”, al fine di darne massima diffusione e di mettere in tal modo i destinatari a conoscenza diretta e certa dei loro diritti e dei loro doveri, delle infrazioni e delle sanzioni ad essi collegati.

# REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) 2021/2023

**A cura di:**

**Dr.ssa Cristina Vio**

**Dr.ssa Chiara Colaiacomo**

## 1. INQUADRAMENTO NORMATIVO

L'introduzione nell'ordinamento nazionale di un'adeguata tutela del dipendente (pubblico e privato) che segnala condotte illecite dall'interno dell'ambiente di lavoro è prevista in convenzioni internazionali (ONU, OCSE, Consiglio d'Europa) ratificate dall'Italia, oltre che in raccomandazioni dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, talvolta in modo vincolante, altre volte sotto forma di invito ad adempiere. La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" ha recepito tali sollecitazioni, sia pure limitatamente all'ambito della pubblica amministrazione, con la disposizione contenuta nell'art. 1, co. 51, che introduce, nel decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i., l'art. 54-bis il cui primo comma, *modificato dalla legge 30 novembre 2017, n. 179 in materia di whistleblowing*, recita: «Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.».

La stessa norma disciplina, poi, nei successivi commi:

- il divieto a rivelare il nome del segnalante nei procedimenti disciplinari (tutela

anonimato)

- il controllo del Dipartimento della Funzione Pubblica sui procedimenti disciplinari discriminatori (divieto di discriminazione)
- la sottrazione delle segnalazioni dal diritto di accesso di cui alla legge n. 241/90 e s.m.i.

## **2. DEFINIZIONE DI WHISTLEBLOWING/SEGNALAZIONE**

Con la generica espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente che in ambito aziendale riferisce condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Attraverso la segnalazione, il whistleblower contribuisce all'emersione di situazioni di degenerazione e di malfunzionamenti del sistema interno alla singola gestione aziendale e inoltre, partecipa ad un processo di prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'Azienda Asl Roma 3.

## **3. PRINCIPI GENERALI E SCOPO DEL REGOLAMENTO**

Con il presente Regolamento si intende tutelare il dipendente che segnala illeciti ed in particolare:

- chiarire i principi ispiratori dell'istituto e il ruolo del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) quale destinatario della segnalazione;
- precisare le modalità di gestione delle segnalazioni, attraverso un iter procedurale definito, che prevede termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria;
- dettagliare le modalità che verranno seguite per tutelare la riservatezza dell'identità del dipendente che effettua la segnalazione, del contenuto della segnalazione e dell'identità di eventuali soggetti indicati.

Il presente regolamento intende rimuovere i fattori che possono disincentivare o ostacolare il ricorso all'istituto, come ad esempio dubbi e incertezze circa le modalità da seguire e timori di ritorsioni o discriminazioni. L'obiettivo perseguito è, pertanto, quello di fornire al whistleblower chiare indicazioni operative in merito all'oggetto, ai contenuti, ai destinatari e



alle modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento. Il procedimento di gestione delle segnalazioni garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante sin dalla ricezione e in ogni contatto successivo alla stessa. Ciò, tuttavia, non significa che le segnalazioni siano anonime. Il dipendente che segnala illeciti è tenuto a dichiarare la propria identità al fine di vedersi garantita la tutela dell'istituto del whistleblowing.

Tuttavia, le segnalazioni anonime, ossia prive di elementi che consentano di identificare il loro autore, saranno ritenute meritevoli di approfondimento solo se relative a fatti di rilevante gravità ricostruiti in modo particolarmente dettagliato e circostanziato.

#### **4. CONTENUTO E OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE**

##### **4.1 IL CONTENUTO DELLA SEGNALAZIONE**

Il whistleblower deve fornire tutti gli elementi utili affinché il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, figura identificata da ANAC quale destinatario precipuo della segnalazione, possa procedere alle verifiche ed agli accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti posti alla sua attenzione.

A tale scopo, la segnalazione deve preferibilmente contenere gli elementi di seguito indicati:

- identità del soggetto che effettua la segnalazione;
- descrizione chiara e completa dei fatti oggetto di segnalazione;
- le circostanze di tempo e di luogo in cui i fatti sono stati commessi, se conosciute;
- le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto/i che ha/hanno posto/i in essere i fatti segnalati, se conosciute;
- l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti;
- ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

#### 4.2 OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Le condotte illecite oggetto di segnalazione meritevole di tutela si riferiscono anche alle situazioni in cui nel corso dell'attività amministrativa si riscontri l'abuso del potere affidato ad un soggetto per ottenere vantaggi privati, oppure casi in cui si evidenzino un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite (es.: sprechi, nepotismo, demansionamenti, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni).

Le condotte illecite segnalate devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza e quindi:

- quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito;
- notizie acquisite, anche casualmente, in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative;
- informazioni di cui il dipendente sia venuto comunque a conoscenza e che costituiscono fatto illecito.

Quanto ai fatti denunciati, è opportuno che il dipendente, in base alle proprie conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito nell'accezione sopra indicata, e pur non potendosi richiedere ai fini di un accertamento veri e propri elementi di prova, è altresì opportuno che le segnalazioni siano il più possibile circostanziate e offrano il maggior numero di elementi al fine di consentire di effettuare le dovute verifiche.

#### 4.3. SEGNALAZIONI ANONIME

La tutela dell'anonimato, prevista dalla L. 190/2012, non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Il RPCT prenderà in considerazione anche le segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es.: indicazione di nominativi o qualifiche particolari,

menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari, ecc.).

#### 4.4. VERIFICA DELLA SEGNALAZIONE

La gestione e la verifica sulla fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate al RPCT che vi provvede, nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza, effettuando ogni attività ritenuta opportuna. Qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti non manifestamente infondata, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, potrà provvedere a:

- inoltrare la segnalazione all'Autorità giudiziaria competente, alla Corte dei Conti, all'ANAC per i profili di rispettiva competenza;
- inoltrare la segnalazione a chi di competenza per i profili di responsabilità disciplinare.

Nel caso di trasmissione della segnalazione ai soggetti sovramenzionati dovrà essere inoltrato solo il contenuto della stessa, eliminando tutti i riferimenti dai quali sia possibile identificare il segnalante. La trasmissione avverrà avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da soggetto cui l'ordinamento riconosce una tutela rafforzata della riservatezza ai sensi dell'art. 54 bis D.Lgs. 165/2001 e s.m.i..

#### 5. FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del codice civile e delle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo) l'identità del whistleblower viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione e può essere appresa unicamente dal RPCT. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento. Per quanto concerne, in particolare, l'ambito del procedimento disciplinare che potrebbe conseguire alla segnalazione, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nei casi in cui:

- vi sia il consenso espresso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare risulti fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante risulti assolutamente indispensabile alla difesa dell'incolpato, sempre che tale circostanza venga da quest'ultimo dedotta e comprovata in sede di audizione o mediante la presentazione di memorie difensive.

La segnalazione del whistleblower è, inoltre, sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii. Il documento non può, pertanto, essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della l. n. 241/90 s.m.i.. Nei confronti del dipendente che effettua una segnalazione ai sensi del presente regolamento vige il divieto di discriminazione, non è consentita, né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

La tutela è circoscritta alle ipotesi in cui segnalante e denunciato siano entrambi dipendenti dell'Azienda. Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito al RPCT o all'Autorità Giudiziaria deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al RPCT che, valutata tempestivamente la sussistenza degli elementi, potrà segnalare l'ipotesi di discriminazione:

- al Responsabile UO/Funzione/Servizio di appartenenza del dipendente autore della presunta discriminazione;
- alla Direzione aziendale nel caso si tratti di un Dirigente;
- alla Procura della Repubblica qualora si verificano fatti penalmente rilevanti.

Tutto quanto sopra, fermo ed impregiudicato il diritto del dipendente di dare notizia dell'accaduto alle organizzazioni sindacali o di adire l'autorità giudiziaria competente.

## 6. RESPONSABILITÀ DEL WHISTLEBLOWER

Il presente regolamento lascia impregiudicata la responsabilità penale e disciplinare del whistleblower nell'ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria ai sensi del Codice Penale e dell'art. 2043 del Codice Civile. Sono altresì fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso del regolamento, quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto.

## 7. PROCEDURA TRASMISSIONE/ RICEZIONE /GESTIONE SEGNALAZIONI

### Fasi della segnalazione

Le segnalazioni di illeciti, di irregolarità e di condotte corruttive possono essere effettuate dai dipendenti compilando l'apposito modulo, reperibile sul sito intranet aziendale, inoltrato via mail direttamente al RPCT al seguente indirizzo: [amministrazione.trasparente@aslroma3.it](mailto:amministrazione.trasparente@aslroma3.it).

Il RPCT assegna al segnalante un codice numerico che accompagnerà la segnalazione in ogni fase istruttoria; pertanto il nominativo del segnalante resterà noto solo al RPCT.

Il RPCT, che eventualmente può avvalersi di un gruppo di lavoro ad hoc, prende in carico la segnalazione per una prima sommaria istruttoria. Se indispensabile, richiede chiarimenti al segnalante e/o a eventuali altri soggetti coinvolti nella segnalazione con l'adozione delle necessarie cautele, provvedendo alla definizione dell'istruttoria nei termini di legge. Si precisa che resta impregiudicato il diritto del lavoratore a ricorrere all'Autorità Giudiziaria competente.

## 8. ATTIVITA' DEL RPCT

Le segnalazioni pervenute, i relativi atti istruttori e tutta la documentazione di riferimento, vengono conservate e catalogate in apposito archivio debitamente custodito.

Il RPCT rende conto nella Relazione Annuale di cui all'art. 1 comma 14 della Legge 190/2012, con

modalità tali da garantire la riservatezza dei segnalanti, del numero di segnalazioni ricevute e del loro stato di avanzamento.

Il RPCT ha il compito di assicurare la diffusione del presente regolamento a tutti i dipendenti mediante la pubblicazione dello stesso sul sito internet aziendale.

#### **9. LIMITI DELLA TUTELA**

La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito interno della pubblica amministrazione operando sostanzialmente in ambito disciplinare ed all'interno del rapporto di lavoro.

Le tutele di cui all' 1 della L. 179/2017 non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati connessi con la segnalazione ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.

#### **10. SEGNALAZIONE ALL'ANAC**

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) è competente a ricevere (ai sensi dell'art. 1, comma 51 della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dell'art. 19, comma 5 della legge 11 agosto 2014, n. 114) segnalazioni di illeciti di cui il dipendente sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro. Le segnalazioni, ivi incluse quelle che riguardano l'RPCT dovranno essere inviate all'indirizzo ANAC [whistleblowing@anticorruzione.it](mailto:whistleblowing@anticorruzione.it)



Allegato – Schema Patto di integrità

**PATTO DI INTEGRITA'**

relativo alla Gara per ...

tra

l'Azienda USL ROMA 3

e

la Società ..... (di seguito denominata Società),  
 sede legale in ....., Via ..... n.....  
 codice fiscale/P.IVA ....., rappresentata da .....  
 ..... in qualità di .....

Il presente documento deve essere obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla gara in oggetto. La mancata consegna del presente documento debitamente sottoscritto comporterà l'esclusione automatica dalla gara.

**VISTO**

- La legge 6 novembre 2012 n. 190, art. 1, comma 17 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) emanato dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ex CIVIT) approvato con delibera n. 72/2013, contenente "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 con il quale è stato emanato il "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici".

**SI CONVIENE QUANTO SEGUE****Articolo 1**

Il presente Patto d'integrità stabilisce la formale obbligazione della Società che, ai fini della partecipazione alla gara in oggetto, si impegna:

- a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione;
- a segnalare alla stazione appaltante qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto;
- ad assicurare di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla gara il subappalto di qualsiasi tipo alle ditte/imprese che hanno partecipato alla gara;
- ad informare puntualmente tutto il personale, di cui si avvale, del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti;
- a vigilare affinché gli impegni sopra indicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell'esercizio dei compiti loro assegnati;

- a denunciare alla Pubblica Autorità competente ogni irregolarità o distorsione di cui sia venuta a conoscenza per quanto attiene l'attività di cui all'oggetto della gara in causa.

#### Articolo 2

La società, sin d'ora, accetta che nel caso di mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con il presente Patto di integrità, comunque accertato dall'Amministrazione, potranno essere applicate le seguenti sanzioni:

- esclusione del concorrente dalla gara;
- escussione della cauzione di validità dell'offerta;
- risoluzione del contratto;
- escussione della cauzione definitiva di buona esecuzione del contratto.

#### Articolo 3

Il contenuto del Patto di integrità e le relative sanzioni applicabili resteranno in vigore sino alla completa esecuzione del contratto. Il presente Patto dovrà essere richiamato dal contratto quale allegato allo stesso onde formarne parte integrante, sostanziale e pattizia.

#### Articolo 4

Il presente Patto deve essere obbligatoriamente sottoscritto in calce ed in ogni sua pagina, dal legale rappresentante della società partecipante ovvero, in caso di consorzi o raggruppamenti temporanei di imprese, dal rappresentante degli stessi e deve essere presentato unitamente all'offerta. La mancata consegna di tale Patto debitamente sottoscritto comporterà l'esclusione dalla gara.

#### Articolo 5

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del Patto d'integrità fra la stazione appaltante ed i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

Luogo e data .....

Per la società:

\_\_\_\_\_

(il legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)





**MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE SMART-WORKING**

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Direttore UOSD/UOC

\_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

a  tempo indeterminato  tempo determinato

a  tempo pieno  tempo parziale

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo di domicilio \_\_\_\_\_

e-mail personale/aziendale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi degli artt. 76,77,78,79, ed 80 del C.C.N.L. Comparto Sanità del 02.11.2022 nonché degli artt. 18 e ss. della legge 81 del 2017:

- di poter svolgere la prestazione lavorativa in modalità Agile (Smart-Working):

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:

**DICHIARA**

- a) di poter svolgere l'attività lavorativa in modalità agile nelle seguenti giornate:

Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì  Sabato

di svolgere l'attività lavorativa nella sede abituale di lavoro:

Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì  Sabato

- b) che la prestazione lavorativa in modalità agile, ove necessario per la tipologia di attività svolta e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, sarà svolta presso il seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_;

- c) di indicare la fascia di contattabilità dalle ore \_\_\_:\_\_\_ alle ore \_\_\_:\_\_\_ telefonicamente, via mail o con altre modalità similari;
- d) di essere in possesso dei seguenti strumenti informatici:
- personal computer  connessione internet  stampante  telefono   
altro \_\_\_\_\_
- e) di dare tempestiva informazione al proprio dirigente o responsabile in caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa distanza sia impedito o sensibilmente rallentato.

Dichiara inoltre:

1. di assumere l'impegno di acquisire presso il Servizio di Prevenzione e Protezione le informazioni di cui all'art. 36 del D.Lgs n. 81/2008 e ss.mm.ii., dopo l'autorizzazione all'accesso allo smart working e prima dell'inizio dello stesso;
2. di trovarsi eventualmente in una delle seguenti situazioni:
  - lavoratore in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge n.104 del 5 febbraio 1992;
  - lavoratore in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n.104 del 5 febbraio 1992;
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali" (RGPD).

L'Amministrazione si riserva, comunque, la facoltà di verificare il possesso di quanto sopra dichiarato.

Roma, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il richiedente



**Direzione Generale  
Via Casal Bernocchi, 73  
00125 Roma**



## **ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE**

**(Art. 18 e ss., L n. 81/2017 e artt. 76 e ss., CCNL Comparto Sanità, Triennio 2019-2021)**

### **TRA**

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dirigente/ responsabile della struttura \_\_\_\_\_ (indicare il nome della struttura) \_\_\_\_\_ di seguito denominato/a dirigente/responsabile

### **E**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ - C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, con sede \_\_\_\_\_ di lavoro \_\_\_\_\_;  
di seguito anche "Dipendente",  
congiuntamente definite anche come "Parti" e singolarmente come "Parte";

### **PREMESSO**

- a) che, a norma degli art. 18 e ss., della Legge n. 81/2017, allo scopo di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, viene disciplinato il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro;
- b) che il CCNL del Comparto Sanità, triennio 2019-2021, sottoscritto in data 02.11.2022, ha integrato la precedente disciplina relativa allo svolgimento del lavoro agile;
- b) che il suddetto Contratto prevede specificamente all'art. 78, comma 1, che l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda deve essere formalizzata attraverso un apposito accordo individuale;
- c) che con deliberazione n. \_\_\_\_\_ è stato adottato il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) avente ad oggetto la disciplina aziendale relativa alla regolamentazione e l'esecuzione dello *smart-working*;
- d) che con istanza prot n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ il/la dipendente ha chiesto di essere autorizzato/a a svolgere parte della propria prestazione lavorativa in modalità agile;

### **SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE**

#### **ARTICOLO 1**

(Modalità di svolgimento)

1) Il/la dipendente \_\_\_\_\_ svolgerà parte della sua attività in modalità di lavoro agile, fermo restando il criterio della prevalenza della modalità in presenza

- o A decorrere dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

2) le giornate di lavoro agile sono stabilite nel n. \_\_\_\_\_ a settimana/mese e, segnatamente \_\_\_\_\_ e sono concordate con il dirigente/responsabile della struttura di assegnazione tenuto conto delle esigenze di servizio.

Le rimanenti giornate lavorative stabilite nel n. \_\_\_\_\_ a settimana/mese e, segnatamente \_\_\_\_\_ saranno svolte in presenza presso gli uffici aziendali;

3) la fascia di contattabilità nelle giornate di lavoro agile è quella corrispondente all'orario generalmente svolto dal lavoratore. Il dipendente può essere contattato, al di fuori della predetta fascia, per motivi urgenti, fatta salva la fascia di disconnessione di cui al punto 4 mediante una delle seguenti modalità: (barrare casella);

- recapito telefonico: \_\_\_\_\_
- deviazione della propria utenza del numero telefonico interno: \_\_\_\_\_.

La contattabilità si esplica anche tramite la consultazione o riscontro delle comunicazioni trasmesse per mezzo di posta elettronica o di messaggistica istantanea, ove concordata, nonché mediante la partecipazione alle videoconferenze programmate.

Nella fascia di contattabilità il lavoratore può richiedere, ove ne sussistano i presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge e durante la fruizione di tali permessi è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

Nelle giornate in cui viene svolta attività di *smart-working* non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio;

4) la fascia di disconnessione è stabilita dalle ore 13.30 alle ore 14.00 o dalle ore 14.00 alle ore 14.30 (pausa pranzo), per chi ne ha diritto, e dalle ore 19.30 alle ore 7.30 (da lunedì a venerdì) e nei giorni di sabato, di domenica e festivi;

5) lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile avviene attraverso l'utilizzo della seguente dotazione: (barrare casella)

- dotazione informatica di proprietà/nella disponibilità del dipendente (indicare genericamente la strumentazione occorrente):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- dotazione informatica fornita dall'amministrazione:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6) nello svolgimento della prestazione di lavoro agile, il/ la dipendente:

a) conforma la propria condotta agli obblighi di comportamento previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali;

b) è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali e dalle direttive e indicazioni all'uopo impartite dalle competenti strutture dell'amministrazione. Lo stesso è, altresì, personalmente responsabile della sicurezza dei dati trattati;

## **ARTICOLO 2** (Recesso)

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso non inferiore a 30 giorni. Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di garantire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro nel rispetto delle esigenze di vita e di cura del lavoratore. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso. Fatte salve ulteriori ipotesi, costituiscono giustificato motivo di recesso unilaterale:

- l'assegnazione a diversa unità organizzativa, la variazione delle mansioni, sopravvenute ed oggettive esigenze organizzative e produttive, esigenze personali del lavoratore, problemi di sicurezza informatica;
- il notevole inadempimento degli obblighi contrattuali del prestatore di lavoro;
- le ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro e al regolare funzionamento di essa.

## **ARTICOLO 3** (Potere direttivo, di controllo e disciplinare)

Nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1979, n. 300 e s.m.i., il/la dirigente responsabile esercita il potere direttivo e di controllo nei confronti del dipendente mediante:

a) l'assegnazione - fermi restando gli obiettivi, le modalità e i criteri di valutazione della performance complessiva (organizzativa e individuale), stabiliti dal sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dalla ASL Roma 3 - di obiettivi specifici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile comprensiva degli indicatori di misurazione;

b) la verifica entro il 31 dicembre del raggiungimento del/degli obiettivo/i di lavoro agile assegnato/i, a tal fine, il dipendente e il/ la dirigente/responsabile della struttura di assegnazione concordano, ciascuno per quanto di rispettiva spettanza, la predisposizione di un report delle attività svolte nel periodo di riferimento oggetto di valutazione in termini di risultati raggiunti;

Il mancato rispetto degli obblighi derivanti dal presente contratto, dai regolamenti e dalle disposizioni interne di servizio, dà luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, in conformità alla disciplina contrattuale e legale in materia.

#### **ARTICOLO 4**

(Informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile)

Il/ La dipendente dichiara:

- a) di aver preso visione del disciplinare, dell'informativa in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro e del documento contenente le prescrizioni in materia di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali, dei quali la sottoscrizione del presente accordo costituisce piena accettazione;
  
- b) aver ricevuto la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione in modalità agile ( nel caso di dotazione da parte dell'Azienda ).

#### **ARTICOLO 5**

(Riservatezza, privacy e security)

Il lavoratore è tenuto a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni di cui proceda al trattamento, persistendo il divieto di farne uso e/o comunicazione al di fuori delle proprie mansioni.

Il presente accordo viene redatto in duplice originale, uno dei quali custodito agli atti della struttura di assegnazione che provvede all'inserimento di una copia dello stesso nel fascicolo personale del dipendente e l'altro consegnato al medesimo.

#### **ARTICOLO 6**

(Rinvio)

Il presente contratto costituisce integrazione del contratto individuale di lavoro.

Per tutto quanto non previsto trovano applicazione i contratti collettivi applicati dall'Amministrazione, i regolamenti e le disposizioni di servizio interni, le norme di legge in materia di lavoro agile.

Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, \_\_\_\_\_

Il/la dipendente \_\_\_\_\_

IL Dirigente UOC/Struttura \_\_\_\_\_

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile il contraente dichiara di aver preso attenta ed integrale visione del presente contratto individuale di lavoro e di accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 1 e 2.

Roma \_\_\_\_\_

Il/la dipendente \_\_\_\_\_

IL Dirigente UOC/Struttura \_\_\_\_\_

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

## LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN SMART WORKING

### PREMESSA

Il presente documento mira a fornire ai "Lavoratori Agili" (Smart Worker) indicazioni utili in relazione alla tutela della Salute e Sicurezza, durante l'esecuzione della prestazione lavorativa in Smart Working, ovvero all'esterno dei locali aziendali.

Questa modalità si distingue dal telelavoro per una maggiore flessibilità. Permette di svolgere la propria attività fuori dai luoghi di lavoro aziendali, in locali che non coincidono necessariamente con il domicilio del lavoratore (Smart Worker).

### Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile, e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

### Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono in particolare:

a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;

c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;

d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;

g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;

h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. 81/2008 o comunque disposti dal medico competente.

3. I lavoratori di aziende che svolgono attività in regime di appalto o subappalto, devono esporre apposita tessera



di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro. Tale obbligo grava anche in capo ai lavoratori autonomi che esercitano direttamente la propria attività nel medesimo luogo di lavoro, i quali sono tenuti a provvedervi per proprio conto. In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 8 1/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 8 1/2008. Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro per lo *smart worker*.

### COMPORAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI ALLO SMART WORKER

- Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro(DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti indoor e outdoor diversi da quelli di lavoro abituali.
- Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in smart working rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.
- **In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.**

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile.

#### ➤ CAPITOLO 1

### INDICAZIONI RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LAVORATIVA IN AMBIENTI OUTDOOR

Nello svolgere l'attività all'aperto si richiama il lavoratore ad **adottare un comportamento coscienzioso e prudente, escludendo luoghi che lo esporrebbero a rischi aggiuntivi** rispetto a quelli specifici della propria attività svolta in luoghi chiusi.

È opportuno non lavorare con dispositivi elettronici come *tablet* e *smartphone* o similari all'aperto, soprattutto se si nota una diminuzione di visibilità dei caratteri sullo schermo rispetto all'uso in locali al chiuso dovuta alla maggiore luminosità ambientale.

All'aperto inoltre aumenta il rischio di riflessi sullo schermo o di abbagliamento.

Pertanto le attività svolgibili all'aperto sono essenzialmente quelle di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (ad es. Skype).

**Fermo restando che va seguito il criterio di ragionevolezza nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, si raccomanda di:**

- privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione a radiazione solare ultravioletta (UV);
- evitare di esporsi a condizioni meteorologiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;
- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente mantenute quali ad esempio aree verdi incolte, con degrado ambientale e/o con presenza di rifiuti;
- non svolgere l'attività in un luogo isolato in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;
- non svolgere l'attività in aree con presenza di sostanze combustibili e infiammabili (vedere capitolo 5);
- non svolgere l'attività in aree in cui non ci sia la possibilità di approvvigionarsi di acqua potabile;



- mettere in atto tutte le precauzioni che consuetamente si adottano svolgendo attività outdoor (ad es.: creme contro le punture, antistaminici, abbigliamento adeguato, quanto prescritto dal proprio medico per situazioni personali di maggiore sensibilità, intolleranza, allergia, ecc.), per quanto riguarda i potenziali pericoli da esposizione ad agenti biologici (ad es. morsi, graffi e punture di insetti o altri animali, esposizione ad allergeni pollinici, ecc.).

## ➤ **CAPITOLO 2**

### **INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI *INDOOR* PRIVATI**

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile.

#### **Raccomandazioni generali per i locali:**

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);
- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente mantenuti;
- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);
- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;
- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

#### **Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:**

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;
- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.
- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolano il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

#### **Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale:**

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;
- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);
- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a norma e regolarmente mantenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;
- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;
- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.



### ➤ CAPITOLO 3

#### UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE E IDISPOSITIVI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi destinati a svolgere il lavoro agile: *notebook*, *tablet* e *smartphone*.

##### Indicazioni generali:

- conservare in luoghi in cui siano facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;
- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;
- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili i conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);
- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;
- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;
- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi (cavi di collegamento, alimentatori) forniti in dotazione;
- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;
- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;
- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositivi in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anomalo riscaldamento;
- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es. spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;
- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo e tra cavo e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);
- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te;
- lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;
- le batterie/accumulatori non vanno gettati nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati, tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;
- in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;
- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;
- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di tablet e smartphone, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;

- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);
- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una distanza tale da evitare riflessi e abbagliamenti;
- i notebook, tablet e smartphone hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o glossy) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:
  - regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;
  - durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;
  - in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi;
  - non lavorare mai al buio.

#### **Indicazioni per il lavoro con il notebook**

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del notebook con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il notebook su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo appoggio degli avambracci;
- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;
- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);
- durante il lavoro con il notebook, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;
- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;
- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;
- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (notebook), dei documenti e del materiale accessorio;
- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;
- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;
- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiatesta con un oggetto di dimensioni opportune.

#### **Indicazioni per il lavoro con tablet e smartphone**

I tablet sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli smartphone sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di tablet e smartphone si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;
- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;
- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;
- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo smartphone;
- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (stretching).

#### **Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello *smartphone* come telefono cellulare**

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;
- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari/smartphone o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);
- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;
- in caso di utilizzo posizionarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;
- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;
- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/smartphone potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/smartphone durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;
- durante la guida usare il telefono cellulare/smartphone esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;
- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;
- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei suoi accessori;
- non utilizzare il telefono cellulare/smartphone nelle aree di distribuzione di carburante;
- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

#### **➤ *CAPITOLO 4***

#### **INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI**

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

#### **Impianto elettrico**

*A.- Requisiti:*

- 1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;

2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);

3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;

4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

**B. -Indicazioni di corretto utilizzo:**

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;

- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;

- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

**Dispositivi di connessione elettrica temporanea**

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

**A. -Requisiti:**

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

**B. -Indicazioni di corretto utilizzo:**

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;

- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;

- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;

- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;

- verificare sempre che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt + stampante 1000 Watt);

- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;

- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

➤ **CAPITOLO 5**

**INFORMATI VA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL LAVORO "AGILE"**

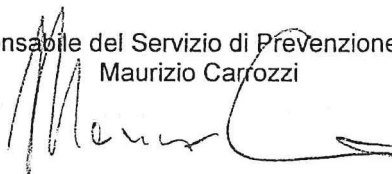
**Indicazioni generali:**

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);
- prestare attenzione ad apparecchi di cottura e riscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a fiamma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combustibili;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente;
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

**Comportamento per principio di incendio:**

- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;
- avvertire i presenti, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;
- se l'evento lo permette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua, coperte, estintori, ecc.);
- non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;
- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;
- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno, aprire la finestra e segnalare la propria presenza.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione  
Maurizio Carrozzì



FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	UOS Telemedicina e governo unitario dei PUA	
		UOS Medicina del lavoro	
		UOS RSPP	
		UOS Controllo di gestione	
		UOS Comunicazione	





DIPARTIMENTO DI MEDICINA		
STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
U.O.C. MEDICINA	U.O.S. Diagnostica ultrasonografica internistica	
	UOS governo pazienti in holding area in attesa di posto letto	
U.O.C. CARDIOLOGIA	U.O.S. UTIC	
	UOS TAO/NAO e governo piani terapeutici anche in telemedicina	
	U.O.S. Cardiologia Interventistica (aritmie e emodinamica)	
U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI	U.O.S. Nefrologia - Trattamenti in area critica e Dialisi Domiciliare	
U.O.C. RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	UOS Percorso diagnosi cura e prevenzione Osteoporosi	
U.O.C. PEDIATRIA		
		U.O.S.D. NEONATOLOGIA
		U.O.S.D. ONCOLOGIA
		U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA

## DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE	UOS Coordinamento sale operatorie	
		U.O.S. Preospedalizzazione Chirurgica Centralizzata	
		U.O.S. Chirurgia D'Urgenza	
		U.O.S. APA	
	UOC ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE	UOS trattamento patologie del cavo orale e del tratto cervicale dei pazienti fragili	
	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	U.O.S. Traumatologia Ortopedica dell'Anziano	
	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	U.O.S. Blocco Parto e Pronto Soccorso	
		U.O.S. Legge 194/78	
	U.O.C. OCULISTICA		
			U.O.S.D. ANESTESIA
			U.O.S.D. PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI
			U.O.S.D. CHIRURGIA MININVASIVA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE	U.O.S. Farmacoepidemiologia, Monitoraggio Spesa Farmaceutica e Vigilanza Farmacie	
		U.O.S. Distribuzione diretta	
	U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA	UOS Logistica	
	U.O.C. LABORATORIO ANALISI	U.O.S. Attività Diagnostica di Laboratorio ambulatoriale interdistrettuale	
	U.O.C. SERVIZIO IMMUNO-TRASFUSIONALE (SIMT)	U.O.S. Diagnostica Immunoematologica	
			U.O.S.D. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA

**DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)**

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	UOS Pronto Soccorso	
		U.O.S. Medicina d'Urgenza	
		UOS Governo codici bassa priorità	
	U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	U.O.S. Diagnostica per Immagini DEA	
		U.O.S. Radiodiagnostica per Immagini coordinamento attività territoriali	
			U.O.S.D. RIANIMAZIONE

## DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO OSPEDALIERO	U.O.S. Integrazione ospedale territorio della gravidanza e del parto a basso rischio ostetrico e governo della casa del parto	
	UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO DELLE CURE PRIMARIE		
	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE, RIABILITATIVE E SOCIALI	U.O.S. Coordinamento percorsi contrasto violenza di genere	
			U.O.S.D. GESTIONE DELLE PIATTAFORME ASSISTENZIALI DI DEGENZA
			U.O.S.D. GESTIONE PIATTAFORME LOGISTICHE

## DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e Cure domiciliari	
	U.O.C. DISTRETTO X MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e Cure domiciliari	
	U.O.C. DISTRETTO XI MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità, Cure domiciliari e NAD	
	U.O.C. DISTRETTO XII MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e cure domiciliari	
	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	U.O.S. Coordinamento Consultori Aziendali	
		UOS Assistenza specialistica , CUP, liste di attesa	
		U.O.S. Governo Disagio Giovanile	
	U.O.C. MEDICINA LEGALE		
			U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA

**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. SALUTE MENTALE X MUNICIPIO E COMUNE DI FIUMICINO	U.O.S. Governo dei percorsi clinici	
		U.O.S. Centro Salute Mentale Distretto X	
	U.O.C. SALUTE MENTALE XI MUNICIPIO E XII MUNICIPIO	U.O.S. Centro Salute Mentale Distretto XI Municipio	
		U.O.S. Governo dei percorsi clinici	
	U.O.C. SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	U.O.S. Governo percorsi patologie dell'adolescenza	
	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	UOS SPDC S. Camillo	
	U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	U.O.S. governo percorsi dipendenze area litorale	
			U.O.S.D. RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE
			U.O.S.D. PREVENZIONE ED INTERVENTI PRECOCI IN SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	U.O.S. Vaccinazioni ed immunoprofilassi	
		U.O.S. Prevenzione primaria nelle scuole	
	U.O.C. SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	U.O.S. Anagrafe degli animali e degli operatori zootecnici	
	U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	U.O.S. Controlli e verifica adempimenti	
	U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	U.O.S. Prevenzione e formazione alla sicurezza negli ambienti di lavoro	
			U.O.S.D. CANILE SOVRAZIONALE E CONTROLLO DEL RANDAGISMO
			U.O.S.D. SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE, STILI DI VITA
			U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE



AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	U.O.S. ALPI	
		U.O.S. Amministrativa Assistenza Integrativa, Assistenza all'estero, Assistenza STP/ENI e Rimborsi	
	U.O.C. AMMINISTRATIVA P.O.U.		
	U.O.C. AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE		

## DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. RISORSE UMANE	U.O.S. Trattamento Economico Dipendenti e Convenzionato	
	U.O.C. RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	U.O.S. Contabilità Analitica	
	U.O.C. APPROVVIGIONAMENTI		
	U.O.C. RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO		
	U.O.C. SISTEMI ICT		
			U.O.S.D. AFFARI GENERALI

A.S.L. ROMA 3

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE
AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE

UOC			UOSD	UOS
(A) uoc ospedaliere	(B) uoc territoriali	(A+B) uoc complessive		
0	4	4	3	5
1	4	5	2	7
0	6	6	1	11
5	0	5	3	7
4	1	5	3	8
3	1	4	1	5
2	1	3	2	3
1	3	4	0	5
0	5	5	1	2
2	0	2	1	5
0	1	1	0	4
1	2	3	0	2
totali			<b>17</b>	<b>64</b>

**TOT. 81**



**Deliberazione Direttore Generale n. 1138 del 02/12/2022**

Direzione Generale: Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma  
C.F. e P.I. 04733491007

<b>STRUTTURA PROPONENTE:</b> UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale
<b>OGGETTO:</b> Piano Formativo Aziendale Biennio 2023/2024 - Importo complessivo: € 300.000,00
L' Estensore: Girolama Maria Rosaria Castiello

<p><b>Parere del Direttore Amministrativo : Dr.ssa Francesca Merli</b></p> <p><b>Parere DA:</b> FAVOREVOLE</p>
<p><b>Parere del Direttore Sanitario : Dr.ssa Daniela Sgroi</b></p> <p><b>Parere DS:</b> FAVOREVOLE</p>
<p>Il presente provvedimento <b>necessita</b> di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale.</p> <p align="right">Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente Gerardo Bruno Antonio Corea</p>
<p>Il Dirigente addetto al controllo di budget con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 2466 attesta:</p> <p>Sottoconto: 502020301-502020302 Comporta scostamenti rispetto al budget: BUDGET NON PRESENTE Responsabile UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE: Davide Buoncristiani</p>
<p>Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 2466</p> <p>Hash .pdf (SHA256): 2d96f38b9c7bfc626e4eebb5220b677274fc5dcde4888dfc978107f917dbd62e Hash .p7m (SHA256): fbd8584bbcf2401e237b4da7ec77336cff17de24af54ae5a7b37ac63ea8c34 Firme digitali apposte sulla proposta: COREA GERARDO BRUNO ANTONIO,Merli Francesca,BUONCRISTIANI DAVIDE,SGROI DANIELA</p> <p>Il Responsabile del Procedimento: Girolama Maria Rosaria Castiello</p> <p>Il Dirigente: Gerardo Bruno Antonio Corea</p> <p>Il Direttore del Dipartimento:</p>

## IL DIRETTORE U.O.C. SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE

- VISTA** la Deliberazione n. 13 del 09.01.2020 relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con DCA n. U00033 dell'11.02.2020 e pubblicato sul BURL del 13.02.2020 n. 13;
- VISTO** il D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i. e, in particolare, l'art. 16 ter che istituisce la Commissione nazionale per la formazione continua in medicina;
- VISTO** il Decreto del Ministero della Salute del 17 aprile 2019 con cui è stata ricostituita, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per la formazione continua per l'espletamento dei compiti previsti dal 2 comma dell'art. 16 ter del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i.
- VISTO** che con l'Accordo del 2 febbraio 2017 il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento "La formazione continua nel settore Salute" unitamente all'allegato "criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" che costituisce parte integrante dello stesso;
- VISTO** il Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua nel corso della riunione del 25.10.2018 ed entrato in vigore a far data dal 10.01.2019;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 28.11.2019, n. U00485 ad Oggetto "Indirizzi per la formazione del personale Aziendale del SSR (triennio 2019-2021);
- PREMESSO** che con deliberazione n. 136 del 12/04/2021 è stata approvata la costituzione del comitato Scientifico preposto alla validazione del Piano formativo a livello scientifico ed *andragogico*;
- che con deliberazione n. 290 del 31/05/2021 è stato adottato il Regolamento Aziendale per le attività di formazione ed aggiornamento del personale dipendente dell'Asl Roma 3;
- DATO ATTO** che con nota prot. n. 17407 del 12.03.2021 il Direttore Generale, preso atto della cessazione del Dirigente dell'UOS Formazione e aggiornamento del personale, ha assegnato al Direttore UOC Sviluppo Organizzativo e della "competence" individuale l'incarico di sostituzione provvisoria;
- CONSIDERATO** che il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il documento annuale, o pluriennale, di programmazione delle attività di formazione e aggiornamento aziendali e si configura come il risultato di un percorso articolato che coinvolge una pluralità di attori istituzionali;
- altresì che il Piano Formativo Aziendale rappresenta uno strumento per raggiungere gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, del piano Sanitario Regionale, degli obiettivi strategici aziendali, del Piano per la Prevenzione, degli obiettivi dettati da normativa di legge, degli obiettivi per il miglioramento della Qualità dei servizi e degli obiettivi emersi dall'analisi del fabbisogno formativo dei singoli professionisti;
- ATTESA** la necessità di procedere alla formulazione ed approvazione del Piano Formativo aziendale Biennio 2023- 2024 sulla base:

# Deliberazione

- delle linee di indirizzo della Direzione strategica aziendale;
- delle esigenze specifiche di formazione dei dipartimenti e macrostrutture aziendali;
- dell'obbligatorietà dell'acquisizione dei crediti formativi ECM degli operatori sanitari;
- delle indicazioni fornite dal citato DCA ed in linea con le strategie aziendali.

**PRESO ATTO** che il Comitato Scientifico, di cui alla deliberazione n. 136/2021 citata, nelle riunioni intervenute dalla data di costituzione ha analizzato i bisogni formativi ed ha approvato nelle sedute del 15/03/2022 e del 28/09/2022 le proposte formulate dalla Direzione Aziendale e dai Dipartimenti/Aree;

**CONSIDERATO** che all'esito delle attività istruttorie il Dirigente della U.O.S. Formazione e Aggiornamento del Personale ha elaborato il Piano Formativo Aziendale Biennio 2023-2024 parte integrante del presente documento (allegato 1);

**CONSIDERATO** che sarà cura della U.O.S. Formazione e Aggiornamento del personale notificare ai Dirigenti Negoziatori di Budget la presente deliberazione e, tramite pubblicazione sul portale intranet aziendale, nella sezione dedicata al Manuale della Qualità e nella sezione dedicata alla Formazione, renderla accessibile e consultabile a tutti gli operatori;

**ATTESO** che il Piano Formativo Aziendale sarà aggiornato ciclicamente, ogni anno, al fine di apportare eventuali modifiche ed integrazioni che potranno rendersi necessarie per ottemperare a disposti normativi nazionali o regionali, o qualunque altra motivata esigenza aziendale;

**CONSIDERATO** che la qualità dell'assistenza del SSR è strettamente legata alla qualità delle conoscenze e delle competenze degli operatori. Conoscenze e competenze che sono sia specifiche di ciascuna figura professionale e/o disciplina, che trasversali alle varie figure professionali, competenze relazionali e manageriali, sia in ambito tecnico che sanitario e amministrativo.

**ATTESO** che è sorta la necessità di uniformare il piano formativo per tutte le figure professionali che operano all'interno dell'Asl Roma 3;

**VISTO** che, con nota prot. n. 70765 del 10/11/2022 il Coordinatore del Comitato scientifico ha comunicato di adottare il fondo di finanziamento del Piano Formativo Aziendale Biennio 2023/2024 per l'importo totale di € 300.000,00;

**DATO ATTO** che il finanziamento del Piano Formativo Aziendale 2023/2024 è pari ad € 300.000,00 così suddivisi:

- conto 502020301, formazione da pubblico € 100.000,00, di cui € 50.000,00 per il 2023 ed € 50.000, per il 2024;
- conto 502020302, formazione da privati € 200.000,00, di cui € 100.000,00 per il 2023 ed € 100.000,00 per il 2024;

**RITENUTO** pertanto opportuno e necessario adottare il "Piano Formativo Aziendale Biennio 2023/2024" redatto secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale per le attività di formazione ed aggiornamento del personale dipendente della Asl Roma 3;

**ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90;

**VERIFICATO** che il presente provvedimento non è sottoposto a controllo regionale ai sensi del combinato disposto dell'art. 30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni e degli artt. 21 e 22 della L.R. n.45/96;

## PROPONE

per i motivi esposti in narrativa, che si intendono integralmente riportati nel presente dispositivo:

- di adottare il "Piano Formativo Aziendale Biennio 2023-2024 - Importo complessivo: € 300.000,00" in allegato e parte integrante del presente provvedimento;
- di disporre che il Piano sarà messo a disposizione sul sito intranet aziendale e sul sito internet nelle sezioni rispettivamente dedicate;
- di dare mandato al Responsabile della UOS Formazione e Aggiornamento del personale di notificare il presente provvedimento agli interessati;
- di dare mandato alla U.O.C. Risorse Economico Finanziarie di assumere la sub-autorizzazione N. 1700 sul conto 502020301, formazione da pubblico € 100.000,00, di cui € 50.000,00 per il 2023 ed € 50.000, per il 2024;
- e sul conto 502020302, formazione da privati € 200.000,00, di cui € 100.000,00 per il 2023 ed € 100.000,00 per il 2024.

**Il Direttore  
U.O.C. Sviluppo Organizzativo e  
della "competence" individuale  
(Dr. Gerardo Bruno Antonio Corea)**

## IL DIRETTORE GENERALE

- VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00201 del 29.10.2021;
- VISTA** la deliberazione n. 1 del 02.11.2021 avente ad oggetto: "insediamento della Dr.ssa Francesca Milito in qualità di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3";
- LETTA** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal responsabile dell'Unità Organizzativa in frontespizio indicata;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto



## Deliberazione

dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, L.241/90;

**VISTO** il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

### **DELIBERA**

- di adottare la proposta di deliberazione con oggetto: "Adozione del Piano Formativo Aziendale Biennio 2023-2024 – Importo complessivo: € 300.000,00", composta di n. 5 pagine e n. 1 allegato, nei termini indicati.

Il presente atto sarà affisso all'Albo on line dell'Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L. R. 31/10/1996 n.45.

**Il Direttore Generale  
(Dr. ssa Francesca Milito)**





# **PIANO FORMATIVO AZIENDALE**

## **BIENNIO 2023 -2024**

## INDICE

1.0	PREMESSA.....	3
2.0	SCOPO.....	3
3.0	LA DIMENSIONE PROFESSIONALE E OBBLIGO ECM.....	4
4.0	OBIETTIVI DEL SISTEMA FORMATIVO.....	4
4.1	LE MACRO AREE FORMATIVE.....	4
5.0	LA VALUTAZIONE.....	6
6.0	PROGETTI FORMATIVI 2023/2024.....	8
7.0	DIFFUSIONE.....	14
8.0	CONCLUSIONI.....	15

## 1.0 PREMESSA

Il presente Piano Formativo Aziendale è stato redatto tenendo conto di quanto indicato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00485 del 28 novembre 2019, avente ad Oggetto “Indirizzi per la formazione del personale Aziendale del SSR”.

Gli indirizzi proposti nel documento regionale del Piano hanno l’obiettivo di orientare gli investimenti formativi delle Aziende del SSR, declinandoli in aree formative e linee di intervento, con un’attenzione crescente non solo alla validità dei contenuti, ma all’intero processo formativo dall’analisi della domanda, alla progettazione degli apprendimenti, alla valutazione delle ricadute ed anche alla scelta delle metodologie.

Pertanto è fondamentale stimolare la ricerca di metodologie didattiche che meglio rispondono alle esigenze di contesto (*blended*), utilizzando, accanto a didattiche tradizionali, metodologie relazionali quali le comunità di pratica, attraverso cui le persone sviluppano le *skills*, le competenze trasversali e di lavoro in equipe, ma anche la formazione a distanza (FAD).

Basata proprio sullo scioglimento del vincolo spazio-temporale, la FAD può essere utile a garantire in modo sostenibile la formazione continua del personale e, pur se utilizzata come metodo integrativo, può risultare di elevata rilevanza strategica per lo sviluppo di una rete di condivisione di esperienze e conoscenze in un’ottica di crescita dei sistemi.

## 2.0 SCOPO

Il documento delinea la programmazione delle attività di formazione che si intendono realizzare nel prossimo biennio ed ha carattere di indirizzo ed orientamento su strategie volte a supportare l’Azienda in questa fase di profonda innovazione.

L’elaborazione del documento si basa sull’analisi dei crescenti bisogni formativi da parte del Comitato Scientifico, istituito con la deliberazione n. 136 del 12/04/2021 e preposto alla stesura del piano formativo e dei progetti formativi.

La predetta stesura sarà condivisa con la Direzione Strategica.

L'Azienda ha previsto nel presente piano formativo, seguendo le indicazioni regionali, una sezione dedicata allo sviluppo degli obiettivi di formazione regionale attraverso la realizzazione di eventi formativi aziendali.

Il presente Piano per il biennio 2023-2024 sarà aggiornato annualmente in relazione ai nuovi fabbisogni formativi.

### **3.0 LA DIMENSIONE PROFESSIONALE E OBBLIGO ECM**

Nel presente Piano Formativo Aziendale sono delineati gli indirizzi formativi regionali di programmazione.

Gli specifici progetti formativi potranno essere articolati in eventi ECM ed in eventi di formazione continua da destinare a tutto il personale aziendale: amministrativo, tecnico e sanitario.

La formazione è essenziale per rinnovare, aggiornare o incrementare il proprio bagaglio di competenze teoriche e pratiche.

Sono stati inseriti nel Piano Formativo Aziendale progetti formativi rispondenti agli obblighi previsti dalla normativa vigente.

## **4.0 OBIETTIVI DEL SISTEMA FORMATIVO**

### **4.1 LE MACRO AREE FORMATIVE**

La classificazione delle macro aree formative è coerente con gli indirizzi nazionali e regionali declinati secondo tre dimensioni:

- Strategica nazionale;
- Sviluppo del SSR;
- Sviluppo Professionale.

## DIMENSIONE STRATEGICA NAZIONALE

In riferimento all'art. 28, comma 3, "Obiettivi formativi", dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – La formazione continua nel settore "Salute", la Commissione nazionale individua, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani Sanitari Regionali e delle Linee Guida di cui all'art. 3 del D.L. n. 158/2012, convertito dalla Legge 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macro aree:

- **obiettivi formativi tecnico-professionali**, che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza;
- **obiettivi formativi di processo**, che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione;
- **obiettivi formativi di sistema**, che individuano lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

## DIMENSIONE DELLO SVILUPPO DEL SSR

La qualità dell'assistenza del SSR è strettamente legata alla qualità delle conoscenze e delle competenze degli operatori. Conoscenze e competenze che sono sia specifiche di ciascuna figura professionale e/o disciplina (*hard skills*), che trasversali alle varie figure professionali, competenze relazionali e manageriali (*soft skills*).

L'attribuzione di priorità nell'attuazione delle tematiche individuate è legata al peso che sarà conferito agli specifici obiettivi del processo di adeguamento alle Direttive Regionali, pur rispettando, coerentemente con quanto stabilito nell'ultimo piano formativo regionale, il limite minimo di almeno un intervento formativo annuo per Area Strategica.

Di seguito sono riportate le Aree Strategiche Formative, che tracciano i riferimenti e gli ambiti su cui implementare la formazione, di cui al Decreto del Commissario ad Acta 28 del 28 novembre 2019, n. U00485 predetto.

Partendo dall'analisi del bisogno formativo vengono evidenziate Aree Formative Strategiche a supporto di processi di cambiamento con ricadute organizzative e clinico/assistenziali:

- Promozione della Salute e Prevenzione;
- Rete integrata del Territorio;
- Rete Ospedaliera e Specialistica;
- Contenzioso, Affari Legali e Generali;
- Patrimonio e Tecnologie;
- Risorse Umane;
- Medicina di genere;
- Appropriata Prescrittiva;
- *Middle Management*.

### DIMENSIONE DELLO SVILUPPO PROFESSIONALE

E' declinato per singola professione ed obiettivi generali di sviluppo professionale secondo i rispettivi quadri sinottici, come in tabella 2 allegata al DCA 28 novembre 2019, n. U00485.

## **5.0 LA VALUTAZIONE**

La valutazione deve, dunque, essere orientata alla rendicontazione trasparente dei risultati e dei costi e alla verifica dei processi, all'interno di un ciclo continuo di miglioramento della qualità.

Tenuto conto delle diverse esigenze alle quali la formazione dovrebbe rispondere è importante che siano individuati indicatori specifici utili a valutarne le ricadute in termini di efficacia ed efficienza, considerando quindi la fase di valutazione dei percorsi di formazione come fase importante del processo.

Gli strumenti ed i processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa sono strumenti indispensabili per garantire che gli investimenti risultino coerenti ed efficaci nel favorire il raggiungimento sia degli obiettivi del sistema formativo che di quelli del sistema aziendale.

Monitorare la qualità dell'offerta significa entrare nel merito del rapporto tra bisogni espressi nella domanda formativa ed i risultati rappresentati dalle ricadute professionali organizzative osservabili e misurabili nel post-formazione.

Nell'ottica di un miglioramento continuo della Qualità della formazione del SSR e dei Piani Formativi elaborati ed implementati dai Provider Regionali, si è provveduto a programmare iniziative aziendali dirette ai Responsabili Scientifici dei corsi ECM, Docenti e Tutor, Responsabili delle Segreterie Organizzative e di Aula dei Corsi ECM, Responsabili della qualità ed a tutto il personale afferente alle strutture di formazione.

In particolare eventi formativi su:

- La struttura del Sistema ECM;
- Progettazione, gestione ed impatto dei piani formativi aziendali;
- Le valutazioni della qualità di un provider e dei progetti formativi;
- Buone pratiche e nuove linee emergenti nella didattica rivolta agli operatori sanitari.

Per lo sviluppo e l'implementazione di progetti finanziati da programmi europei è stato previsto un percorso formativo iniziale di introduzione alla progettazione europea, al fine di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare finalizzato alla partecipazione dell'Asl Roma 3 a progetti finanziati dai programmi europei.

Tale gruppo di lavoro ha il compito di esaminare i bandi ritenuti di interesse per l'Asl Roma 3, partecipare alla stesura di proposte progettuali, nonché collaborare alla eventuale gestione e realizzazione dei progetti approvati.

## 6.0 PROGETTI FORMATIVI 2023/2024

	DIPARTIMENTO	STRUTTURA PROPONENTE	CORSO	RESPONSABILE SCIENTIFICO	SEGRETARIA	EDIZIONI	DESTINATARI	COSTO totale	NOTE
1	servizi	TRASFUNZIONALE	il processo trasfazionale	barbara ceccanti	daniela felice	12 (sei per anno)	medici infermieri	3.600,00	
2		TSMARRE	vittimizzazione secondaria e violenza nei contesti istituzionali	norma sardella	fabrizio brauzzi	1	psicologi psichiatri neuropsichiatri infantili terapisti della riabilitazione assistenti sociali infermieri	705,00	
3		DSM	conoscere i servizi pubblici della salute mentale/pratica clinica e integrazione multidisciplinare delle competenze attraverso gli strumenti della supervisione e dell'intervisione nei gruppi di lavoro	simona de simone norma sardella	maria concetta oliviero	1	psicologi psichiatri neuropsichiatri infantili terapisti della riabilitazione assistenti sociali infermieri	600,00	
4	salute mentale	UOSD prevenzione e interventi precoci in salute mentale	disturbi dello spettro autistico nei giovani adulti	renato maria menichincheri	renato maria menichincheri	1	medici psicologi infermieri assistenti sociali logopedisti terapisti della neuromotricità	360,00	
5		SPDC	de-scalation e eventi aggressivi in reparto	piero petrini	marco sparvoli roberto igliozzi	4	Medici psichiatri, psicologi, infermieri e assistenti sociali	720,00	
			il complesso border line	piero petrini	marco sparvoli roberto igliozzi	1	infermieri psichiatri psicologo assistente sociale	405,00	pervenuto dopo comitato
			non legare: nuovi progetti per la salute mentale	piero petrini	marco sparvoli roberto igliozzi	1	Infermieri psichiatri psicologo assistente sociale	1.575,00	pervenuto dopo comitato
6		DSM	DBT corso avanzato Il livello	de simone /lombardo	Lombardo	1	medico psichiatra psicologo e assistente sociale	450,00	pervenuto dopo comitato
7		UOS governo disagio giovanile	la salute emotiva e relazionale dell'adolescenza in epoca post-pandemica; le azioni del consultorio per il governo del disagio giovanile	anna maria adriatico	ilaria agnelli paola evangelisti	2	psicologi psichiatri neuropsichiatri ginecologi pediatri assistenti sociali infermieri ostetriche	1.200,00	
8	cure primarie	UOS governo disagio giovanile	valutazioni delle competenze genitoriali	monica vaillant	laura dominijanni	2	psicologi, neuropsichiatri infantili	2.100,00	
9		uoc cure primarie uos disagio giovanile	Il sostegno delle funzioni genitoriali secondo il modello the circle of security	monica vaillant	titiana sacchi	2	psicologi	2.980,00	
10		UO fragilità cure domiciliari e NAD	la MAD: organizzazione ed attività	antonio vivenzio	silvia ruggieri	1	medici infermieri dietiste kit e farmacisti	175,00	pervenuto dopo comitato
11		UOS medicina d'urgenza	BISD	flavio soico	flavio soico	9	tutte le professioni	4.000,00	



12	DEA	UOC diagnostica per immagini	corso teorico pratico di formazione per tecnici sanitari di radiologia medica che operano nelle screening mammografico della ASL roma3	oscar tommasini rossella rella	rossella rella	2	tecnici di radiologia medica	2.775,00	
13		UOC diagnostica per immagini	incontri clinico radiologici	oscar tommasini	giulia anello	2	medici radiologi	500	
14	UOS controllo di gestione	UOS controllo di gestione	la corretta gestione della contabilità analitica	andrea storri	giovanna arioli	5	direttori uoc, usod e strutture negoziatrici e personale addetto alla gestione dei flussi	1000	
15			violenza di genere: prevenzione e contrasto in smergia con le reti territoriali	maria rosaria forte	paola saraceno	1	tutte le professioni	1160	
16			aspetti giuridici e sociosanitari nei trattamenti terapeutici alle persone con patologia da dipendenza e psichiatriche. Aggiornamento della normativa sulle misure alternative	daniela maria luisa colombini	giulia vecchi	1	tutte le professioni	500	
17		professioni sanitarie e sociali	ruolo del punto unico di accesso nell'integrazione socio-sanitaria: tecniche teorico-pratiche nella relazione di aiuto all'utenza	andrea sciarcon	paola saraceno	2	medico, infermiere, assistente sociale, amministrativo	610	
			l'equità nella salute e nei percorsi assistenziali	marina germano	andrea sciarcon	2	tutte	820	
18			l'amministratore di sostegno come misura di protezione delle persone fragili: fondamenti e principi normativi	marina marconi	paola saraceno	1	tutte	250	
19		riabilitazione	le scale di valutazione in riabilitazione: misurare gli esiti	loredana gigli	gloria gigliani	3	Rt, logopedisti, Terapisti occupazionali, tnpee, ortottisti	945	
20			il modello della salute-fisiologia nell'assistenza ostetrica alla gravidanza	rita gentile	chiara pizzi	3	ostetriche	720	
21		ostetricia	promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno secondo il modello OMS/UNICEF (20 ore)	rita gentile	chiara pizzi	5	ostetriche, pediatri, infermieri, ginecologi pis	900	
22			la promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita	rita gentile	chiara pizzi	5	ostetriche, pediatri, infermieri, ginecologi psicologi, assistenti sociali pis	500	
23			la corretta gestione degli accessi vascolari	alesia del angelis	antonella riti	10	infermieri	2250	
24			linee guida, protocolli e buone pratiche nell'assistenza infermieristica	alesia del angelis	antonella riti	4	infermieri	120	

25	professioni sanitarie DIPROSAN	cure primarie	infermeristica legale per responsabilità professionale: aspetti e prospettive	alesia del angelis	antonella riti	6	infermieri, ostetriche	240	
26			nursing outcomes: esiti sensibili alle cure infermieristiche	alesia del angelis	antonella riti	6	infermieri	240	
27			corso di aggiornamento ASL3 POS 331 "prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione"	gala di laurenzi	antonella riti	7	infermieri	1400	
28			il contrasto alle infezioni correlate all'assistenza: buone pratiche, le misure di isolamento ed il corretto uso del DPI	alesia del angelis	antonella riti	8	infermieri	1680	
29			percorso di riflessione e apprendimento sul lavorare in gruppo e di gruppo per fare salute nelle organizzazioni	alesia del angelis	antonella riti	2	infermieri dirigenti professioni sanitarie	1080	
30			perloperative clinical nursing: il percorso assistenziale perloperatorio presso il POU G.B.Grassi CPO	alesia del angelis	antonella riti	2	infermieri	60	
31			modelli organizzativi assistenziali nella programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77	alesia del angelis	antonella riti	2	infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia medica assistenti sociali	80	
32			comportamenti organizzativi e Middle Management: leadership e strumenti nel management delle Professioni Sanitarie	alesia del angelis	antonella riti	3	posizioni organizzative, coordinatori, dirigenti delle professioni sanitarie	240	
33			criticità nell'utilizzo delle apparecchiature di risonanza magnetica nucleare	vittorio santarelli	antonella giuli	4	medici radiologi tecnici di radiologia infermieri tecnici della prevenzione	1080	pervenuto dopo comitato
34			professioni sanitarie tecniche	la radioprotezione degli operatori sanitari	vittorio santarelli	antonella giuli	4	medici tecnici di radiologia tecniche fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, esposti a rischio specifico infermieri, tecnici della prevenzione	1440
35	uoc amministrativa POU	corso operativo relativo all'assolvimento obblighi previsti dell'ANAC: CIG-smart CIG	pierrancesco calzetta	raffaella pisano	1	funzionari e dirigenti amministrativi	420		
36		corso operativo per acquisti tramite mercato elettronico (MEPA)	pierrancesco calzetta	raffaella pisano	1	assistenti, collaboratori e dirigenti amministrativi	420		

37	uoc sisp	screening nazionale eliminazione del virus dell'epatite C: corso di formazione per operatori sanitari	adele gentile	francesca leone	1	medici infermieri assistenti sanitari	150	
38		radioprotezione e medicina nucleare	fabrizio sperati	francesco pattaro	2	medici tecnico prevenzione tecnico radiologia	1540	
39	uoc sisp/uos immunoprofilassi	le buone pratiche assistenziali nella profissi vaccinale: dalla scheda anamnestica alla gestione degli eventi avversi	patrizia grammatico francesca leone	paola pandolfi	3	medici infermieri assistenti sanitari personale amministrativo	750	
40	uoc sisp/uos canle sanitario	uso appropriato degli antibiotici e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	ilvia malandrucchio adele gentile	daria costanzo	2	medici, veterinari, farmacisti, MMG, infermieri	1540	
41	uoc siaoa	tecniche di programmazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare contropertizia controversia e diffida	aldo benevelli	stefania casaccia	1	veterinari, medici igienisti, biologi, chimici, tecnici della prevenzione	487	
42	prevenzione	aggiornamenti in materia di malattie trasmesse da alimenti	alexandrea signori	stefania casaccia	1	veterinari, medici igienisti, biologi, chimici, tecnici della prevenzione	487	
43	uoc screening oncologici, promozione della salute e stili di vita	gli screening oncologici, la promozione della salute e gli stili di vita nella asl roma 3	maria rita novello	sabrina santini	4	tutte le professioni sanitarie e MMG	1300	
44	salapz	nuovo reg. UE sulla sanità animale: regolamento CE 429/2016, relativo alle malattie trasmissibili e regolamenti applicativi	paolo zagala	paola battisti	2	veterinari e tecnici della prevenzione	960	pervenuto dopo conitato
45		valutazione della gestione del rischio applicata al controllo degli insettanti nelle attività alimentari e nella ristorazione	paolo cesaroni	antonio mazzone	1	medici, veterinari, biologi, chimici tecnici della prevenzione dietiste infermieri	531	interni ed esterni
46	uoc sisan	buona prassi nutrizionale	lucia messeri	marco garzone	1	medici, biologi, chimici, dietiste, tecnica prevenzione, infermieri, osteriche	227,5	
47		emergenze in sicurezza alimentare e sistema di allerta rapido comunitario (RASFF)	alexandrea santoro passarelli vaccaro	marco garzone	1	medici, veterinari, biologi, chimici tecnici della prevenzione dietiste	125	
48		integratori alimentari: funzione, produzione ed impiego	alexandrea santoro passarelli vaccaro	marco garzone	1	medici, veterinari, biologi, chimici tecnici della prevenzione dietiste	125	
49	cardiologia	percorsi per la gestione clinica, la diagnosi e la terapia delle più comuni patologie cardiovascolari	fabrizio ammirati emanuela bocchino	vinvenzo giudo	1	medici cardiologi, infermieri, tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria	413	pervenuto dopo conitato

50	medicina	cardiologia	percorsi organizzativi ed assistenziali per personale infermieristico e tecnico all'interno della UOC cardiologia	fabrizio ammirati andriani cosimo	ida raffaella merlino	1	Infermieri tecnici e medici	338	pervenuto dopo comitato	
51		uoc nefrologia e dialisi	gestione clinica del paziente con malattia renale cronica	morosetti massimo	loredana fortunato	1	medici dietisti infermieri	325		
52		UOC REF	la cessione dei crediti dei fornitori di pubblica amministrazione e società pubbliche: comportamenti e gestione	davide buoncristiani	segreteria UOC	1	amministrativi	3800	pervenuto dopo comitato	
53			l'ABC della P.C.C. corso base per responsabili e incaricati della piattaforma crediti commerciali	davide buoncristiani	segreteria UOC	1	amministrativi	4500	pervenuto dopo comitato	
54	ufficio legale	ufficio legale	elipass progressive	dirigente ufficio legale	segreteria ufficio legale	8	assistenti, collaboratori amministrativi	1952	pervenuto dopo comitato	
55			corso obbligatorio per RLS	maurizio carrozzi	roberta schietroma	1	tutte le professioni	800	pervenuto dopo comitato	
56			la radioprotezione degli operatori (art.111 d.lgs. N101/20)	maurizio carrozzi	antonella giuli	4	medici tecnici di radiologia infermieri esposti a rischio specifico	960	pervenuto dopo comitato stesso corso del digrosan	
57	SPP	SPP	corso di formazione per preposto	maurizio carrozzi	roberta schietroma	3	tutte le professioni	600	pervenuto dopo comitato	
58			addetti antincendio rischio medio	maurizio carrozzi	roberta schietroma	4	tutte le professioni	1200	pervenuto dopo comitato	
59			addetti antincendio rischio alto	maurizio carrozzi	roberta schietroma	3	tutte le professioni	15144	pervenuto dopo comitato	
60			addetti antincendio rischio alto aggiornamento	maurizio carrozzi	roberta schietroma	2	tutte le professioni	4434	pervenuto dopo comitato	
61			corso di formazione per lavoratori art 36 e37 d.lgs.81/08	maurizio carrozzi	roberta schietroma	4	tutte le professioni	1600	pervenuto dopo comitato	
62	chirurgia	uoc ostetricia e ginecologia	management delle principali emergenze in sala parto	marco ciampelli	rita gentile	2	ostetriche e ginecologi	2000	pervenuto dopo comitato	
63	direzione generale	URP	whistel blowing	gianni valeri	gianni valeri	1	tutte le professioni	375	pervenuto dopo comitato	
64			excel base			?	amministrativi	?	pervenuto dopo comitato	
65	direzione amministrativa aziendale		excel intermedio			?	amministrativi	?	pervenuto dopo comitato	
66			excel avanzato			?	amministrativi	?	pervenuto dopo comitato	
67			access			?	amministrativi	?	pervenuto dopo comitato	
								<b>totale parziale</b>	<b>86.963,50</b>	

contributo ecm	40000	CONTRIBUTO CHE VARIA DA 15000 A 20000 EURO/ANNO secondo il numero di edizioni
<b>TOTALE</b>	<b>126.963,50</b>	<b>SONO ESCLUSI I COSTI DEI CORSI DI INFORMATICA</b>

## 7.0 DIFFUSIONE

La diffusione delle informazioni riguardanti l'attività formativa viene garantita attraverso la pubblicazione del piano stesso, dopo deliberazione della Direzione Generale, sul sito intranet aziendale nella sezione "Formazione ECM".

La U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del Personale assicura, in tal senso, adeguata informazione e trasmissione ai potenziali destinatari delle attività formative, nonché degli eventi/progetti aziendali, mediante l'uso dei canali istituzionali.

Sul sito aziendale su cui, per ogni singolo evento, come ogni anno, verranno riportati programma, finalità, data, luogo di svolgimento e destinatari in uno spazio appositamente destinato.



## 8.0 CONCLUSIONI

Il piano Formativo Aziendale Biennio 2023-2024, come ogni anno ed in coerenza con i processi in continua evoluzione, è caratterizzato da ampia flessibilità, in quanto potrà essere integrato da iniziative formative che si rendesse necessario avviare nel corso dell'anno in quanto legate ad esigenze aziendali sopravvenute e a nuovi indirizzi regionali e nazionali, non tralasciando la possibilità di frequentare momenti di formazione organizzati esternamente alla nostra Azienda.