

# Piano integrato di attività e organizzazione

## P.I.A.O.

Art. 6 del decreto-legge n. 80/2021  
convertito in legge 6 agosto 2021 n. 113

## 2025 - 2027



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 5



REGIONE  
LAZIO



## INDICE

<b>PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. CHI SIAMO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. COSA FACCIAMO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 COME OPERIAMO.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 ANALISI DEL CONTESTO.....</b>	<b>12</b>
1.4.1. <i>Il contesto interno.....</i>	<i>12</i>
1.4.2. <i>Il contesto esterno.....</i>	<i>16</i>
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 VALORE PUBBLICO.....</b>	<b>22</b>
2.1.1. <i>Procedure da semplificare, reingegnerizzare e digitalizzare.....</i>	<i>25</i>
2.1.2. <i>Pari opportunità e l'equilibrio di genere.....</i>	<i>29</i>
2.1.3. <i>Efficientamento energetico.....</i>	<i>30</i>
<b>2.2 PERFORMANCE.....</b>	<b>32</b>
2.2.1. <i>Sistema di misurazione della Performance.....</i>	<i>32</i>
2.2.2. <i>Ciclo di gestione della performance.....</i>	<i>34</i>
2.2.3. <i>Gli obiettivi strategici.....</i>	<i>36</i>
2.2.4. <i>Performance organizzativa.....</i>	<i>37</i>
2.2.5. <i>Performance individuale.....</i>	<i>39</i>
<b>2.3 PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....</b>	<b>40</b>
2.3.1. <i>Coordinamento con il ciclo della performance.....</i>	<i>43</i>
2.3.2. <i>Soggetti e compiti.....</i>	<i>44</i>
2.3.3. <i>Patti di Integrità negli affidamenti.....</i>	<i>48</i>
2.3.4. <i>Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio.....</i>	<i>48</i>
2.3.5. <i>Misure per la riduzione del rischio.....</i>	<i>50</i>
2.3.6. <i>Formazione dei dipendenti.....</i>	<i>52</i>
2.3.7. <i>Rotazione dei dipendenti.....</i>	<i>54</i>
2.3.8. <i>Tutela del dipendente che segnala illeciti (cd. whistleblowing).....</i>	<i>56</i>
2.3.9. <i>Incompatibilità ed inconferibilità.....</i>	<i>59</i>
2.3.10. <i>Conflitto di interessi.....</i>	<i>60</i>
2.3.11. <i>Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.....</i>	<i>61</i>
2.3.12. <i>Codice di Comportamento.....</i>	<i>61</i>
2.3.13. <i>Trasparenza e pubblicazione degli atti.....</i>	<i>63</i>
<b>2.4 PIANO AZIONI POSITIVE.....</b>	<b>67</b>
<b>3. STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....</b>	<b>68</b>
<b>4. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....</b>	<b>69</b>
<b>4.2 LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE.....</b>	<b>70</b>
<b>4.3 MODALITÀ ATTUATIVE.....</b>	<b>70</b>
<b>4.4. SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE.....</b>	<b>71</b>
<b>4.5 PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE.....</b>	<b>72</b>
<b>4.6 REQUISITI TECNOLOGICI.....</b>	<b>72</b>
<b>5. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (PTEP).....</b>	<b>73</b>
<b>6. PIANO DELLA FORMAZIONE.....</b>	<b>74</b>
<b>7. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE.....</b>	<b>74</b>

**Allegati:**

- 1) Scheda degli obiettivi specifici
- 2) Tabella obblighi di pubblicazione

**Redazione a cura di:**

- *UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione.*

**Hanno collaborato:**

- *UOC IT – Sezione 2.1.1;*
- *CUG – Sezione 2.1.2;*
- *UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione – Sezione 2.2;*
- *Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza – Sezione 2.3;*
- *UOC Gestione del Personale – Sezioni 1.4.1, 4, 5;*
- *UOS Formazione del Personale ed Universitaria – Sezione 6.*

## PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito in Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale e stabile; con aggiornamenti annuali, nel corso del triennio di riferimento, che consentano, qualora necessario, di aggiornarne aspetti specifici dando attuazione alla programmazione strategica mediante la definizione di obiettivi o azioni operativi.

Attraverso il PIAO l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale: in tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento.

Il PIAO è quindi un documento fortemente correlato con gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 che traducono a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite; integra tutti gli strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda, superati singolarmente, al fine di fornire una visione di sintesi integrata e assorbe al suo interno il Piano della performance, il Piano di prevenzione della corruzione, il Piano organizzativo del lavoro agile, il Piano delle azioni positive e il Piano dei fabbisogni del Personale.

Con l'adozione del PIAO, dei documenti attuativi e delle Relazioni annuali di rendicontazione, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte e garantendo un miglior livello di semplificazione ed integrazione al sistema di programmazione, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione.

La prima parte del Piano descrive il contesto esterno ed interno nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato al 31/12/2024 attraverso la descrizione dell'assetto organizzativo delle strutture aziendali e la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, i dati di attività dell'ultimo periodo per livelli assistenziali. A seguire vengono riportati gli impegni strategici per valore pubblico che l'Azienda si propone di realizzare nel triennio di riferimento, articolati secondo le Sezioni e sottosezioni di programmazione, a fronte degli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Aziendale. Il secondo capitolo del Piano descrive il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale e le modalità organizzative e operative adottate in Azienda per il monitoraggio periodico e la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli impegni di budget.

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### 1.1. CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è un ente strumentale della Regione Lazio dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale che opera nel quadro del servizio sanitario nazionale (S.S.N.). È stata istituita con la Legge Regione Lazio 16 giugno 1994 n. 18 recante "Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali" e s.m.i. con il nome Unità sanitaria locale Roma "G" (USL Roma G) e con l'attuale denominazione giusta D.C.A. Regione Lazio 31 dicembre 2015, n. U00606, recante "Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3".

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali (art.3, comma 1 bis, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.).

La sede legale è sita a Tivoli in Via Acquaregna nn.1/15 (Codice fiscale e Partita IVA 04733471009).

Logo aziendale



Sito internet: [www.aslroma5.it](http://www.aslroma5.it)

Indirizzo mail: [protocollo.generale@aslroma5.it](mailto:protocollo.generale@aslroma5.it)

Indirizzo pec: [protocollo@pec.aslroma5.it](mailto:protocollo@pec.aslroma5.it)

### 1.2. COSA FACCIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 promuove la salute nel proprio territorio riconoscendo la centralità della persona con i suoi bisogni di salute e svolgendo nei suoi confronti tutte le pratiche di medicina preventiva, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative finalizzate al benessere bio-psicofisico, nella logica

della presa in carico del paziente finalizzata ad una valutazione personalizzata delle condizioni di salute secondo un approccio One Health basato sull'interazione multiprofessionale e multidisciplinare tra servizi sanitari coinvolti nella tutela di condizioni di salute unitamente ad una flessibilità ed elasticità dell'offerta sanitaria in grado di cogliere e soddisfare i nuovi bisogni emergenti della popolazione. Eroga, sulla base dei dati epidemiologici e dei bisogni rilevati, servizi sanitari di diagnosi e cura in regime domiciliare, in regime ambulatoriale e di ricovero ospedaliero avvalendosi delle proprie strutture gestite direttamente nonché delle strutture private accreditate con la Regione Lazio nei limiti della programmazione pluriennale.

In linea con le indicazioni regionali, è attivamente impegnata nella strategia di riequilibrio dell'offerta del sistema sanitario regionale attraverso la riprogrammazione dei livelli assistenziali che si caratterizza per il potenziamento dell'offerta territoriale e la razionalizzazione e la rimodulazione di quella ospedaliera garantendo l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari per soddisfare la domanda di salute e la continuità assistenziale con la presa in carico del paziente.

### **1.3 COME OPERIAMO**

L'Azienda opera nel massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce alla propria popolazione di riferimento e ai cittadini presenti nel territorio di competenza l'accessibilità alle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Lazio.

Sono organi dell'Azienda Sanitaria il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva ed è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario (art. 3, D.Lgs. 502/1992).

Il Collegio Sindacale è un organo di controllo indipendente. Verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigila sull'osservanza della legge; accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; riferisce alla regione sui risultati del riscontro eseguito (art. 3-ter, D.Lgs. 502/1992).

Il Collegio di Direzione è un organo aziendale collegiale, che concorre al governo delle attività cliniche, alla pianificazione delle attività (incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative), esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche, sul piano aziendale annuale della formazione e sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico.

La ASL Roma 5, per l'espletamento della *mission* istituzionale, adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe, affini o complementari che perseguono comuni finalità. I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti

degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

Le funzioni tecnico – amministrative sono assicurate dalle seguenti strutture:

- **DIPARTIMENTO TECNICO**
  - UOC TECNICA
  - UOS PATRIMONIO
  - UOC IT
  - UOC INGEGNERIA CLINICA
  - UOC APPALTI E CONTRATTI
  - UOS E-PROCUREMENT
- **DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO**
  - UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA POLI E DISTRETTI
  - UOS ESECUZIONE CONTRATTI E PERCORSI AMMINISTRATIVI
  - UOC GESTIONE DEL PERSONALE
  - UOS TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZA
  - UOC PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
  - UOS SVILUPPO ORGANIZZATIVO E ATTIVITÀ PROGETTUALI
  - UOC BILANCIO E CONTABILITÀ

Lo svolgimento delle funzioni direzionali è supportato dalla Tecnostruttura di Staff, di seguito se ne riporta l'elenco:

- **AREA STAFF DIREZIONE STRATEGICA**
  - UOC AFFARI GENERALI E LEGALI
  - UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI
  - UOS VERIFICA E CONTROLLO
  - UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI
  - UOS BED MANAGEMENT
  - UOS FARMACOECONOMIA
  - UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA
  - UOS OPERATION MANAGEMENT

L'attività della ASL è finalizzata a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione;
- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;

secondo un modello di rete aziendale che si raccorda con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

L'attività dell'Azienda si realizza attraverso:

1. Il Dipartimento di **Prevenzione** è la Struttura operativa aziendale che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di responsabilità e di costo. Il Dipartimento di prevenzione produce il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del Servizio sanitario, al fine di programmare interventi coordinati e complementari. In particolare, il Dipartimento trova nel Distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il Distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. È necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute e dei corretti stili di vita con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi. Inoltre includerà l'integrazione tra piano nazionale della prevenzione ed il piano nazionale cronicità.
2. Il Dipartimento di **Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche** rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale per i cittadini del territorio che insistono nella ASL Roma 5, fornendo risposte cliniche e preventive anche in collaborazione e integrazione con altri servizi dall'età infantile all'età adulta, attraverso il coordinamento della filiera dei servizi preposti, per minori, per adulti (senza limite di età), per utenti all'esordio di malattia, con disturbi del comportamento alimentare, dipendenze patologiche, problematiche psichiatrico forensi. In ambito ambulatoriale, residenziale e ospedaliero. Il D.S.M. - DP opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo prioritariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria e di psicologia di comunità. Il D.S.M. - DP è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di responsabilità e di costo. Scopo del modello organizzativo è promuovere la multidisciplinarietà e la interdisciplinarietà ad ogni livello della rete dei servizi del DSM, attuando una effettiva integrazione con gli altri servizi sanitari aziendali ed extra aziendali, con le istituzioni locali, i servizi sociali e del privato sociale, per la tutela, il mantenimento ed il recupero della salute mentale per fornire agli utenti una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo al fine di promuovere e garantire i diritti di cittadinanza e contrastare lo stigma sociale. Il modello adottato richiede quindi un sistematico e forte raccordo fra i Distretti Sanitari ed il Dipartimento in tutte le fasi del governo



dell'area (programmazione, regolazione periodica, verifica e valutazione finale), da perseguire attraverso specifici modelli di integrazione funzionale.

3. Il **Dipartimento Attività Territoriali** è posto a garanzia di una più efficace gestione delle attività dei Distretti, si fa carico di governare in modo omogeneo il sistema di accesso ai servizi sul territorio aziendale e, in presenza di livelli adeguati di domanda o di particolari esigenze legate al contesto, promuove la rimodulazione dell'offerta anche attraverso specifiche soluzioni organizzative da implementare attraverso il diretto coinvolgimento dei dipartimenti della rete ospedaliera e dei servizi sul territorio. I dettagli saranno sviluppati nella regolamentazione attuativa e nei programmi del Dipartimento, in sintonia con i programmi dei Distretti e degli altri Dipartimenti aziendali.

Il Distretto è struttura operativa complessa dell'azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda. Le funzioni di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività a livello territoriale sono svolte attraverso le attività di **assistenza territoriale**:

- Assistenza Primaria;
- Assistenza Domiciliare;
- Assistenza Specialistica;
- Ambulatoriale Riabilitativa e Protesica;
- Assistenza Farmaceutica;
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica;
- Assistenza delle Dipendenze Patologiche;
- Assistenza alla Salute Mentale;
- Altri servizi che rispondono al bisogno sociosanitario locale.

Tali attività sono erogate dai Distretti, dalla Farmacia Territoriale, dai Consultori, dal DSM – DP.

Il Distretto Socio-Sanitario rappresenta l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale nella quale si concentra tutta l'operatività sociosanitaria, ad esclusione di quella connessa con le tipiche attività di ricovero e di quelle tipiche delle altre Strutture Territoriali. È lo strumento attraverso il quale si erogano i livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio Aziendale.

A livello operativo l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è articolata in sei distretti (Monterotondo, Guidonia, Tivoli, Palestrina, Colferro e Subiaco), così come definito dalla Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e ss. mm. e ii.

Al Distretto competono, in primo luogo, le attività collegate alla risposta del bisogno di salute e le azioni di promozione di stili di vita sani tra la popolazione, per il cui sviluppo deve adottare le metodologie della programmazione, della ricerca e del coinvolgimento della comunità. Il Distretto è chiamato a concorrere alla riduzione delle disuguaglianze di salute, monitorando i fattori di rischio e migliorando l'accessibilità e

l'accreditamento dei propri servizi. Il Distretto rappresenta, pertanto, l'interlocutore degli Enti locali e costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza, per quanto attiene il proprio territorio, e sviluppa più ampie competenze, anche nell'ambito della programmazione, nonché maggiore autonomia e responsabilizzazione nel fornire una risposta integrata ai bisogni dei propri cittadini.

E' regolatore delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresa la tutela della salute psicologica della persona, la prevenzione psicologica primaria e la prevenzione secondaria del disagio psicologico individuale e sociale nell'ambito della cosiddetta "assistenza sanitaria di base", da intendersi come complesso di azioni e di interventi previsti dai livelli uniformi di assistenza "territoriali" del Piano sanitario nazionale, finalizzati, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a:

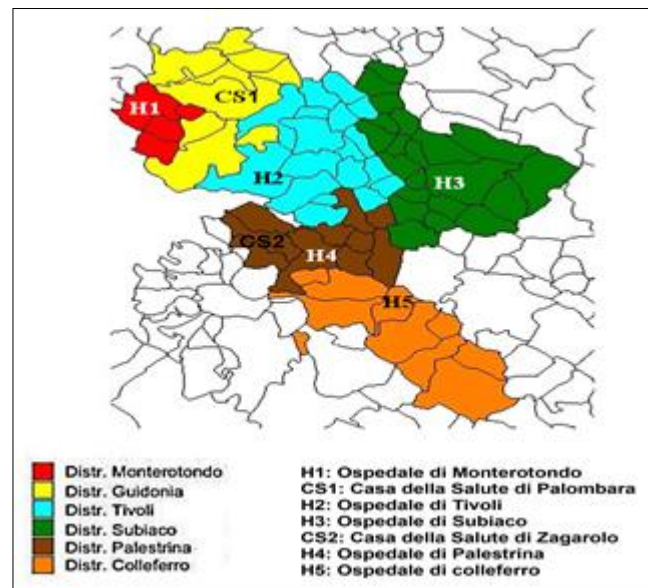
- salute della donna e dell'età evolutiva;
- medicina generale e pediatria di libera scelta, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- assistenza protesica;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- assistenza domiciliare e residenzialità;
- medicina legale;
- farmaceutica;
- cronicità.

Il territorio della ASL Roma 5 all'interno della Regione Lazio e la sua articolazione organizzativa sono rappresentate nelle figure 1 e 2.

Figura 1. Aziende Sanitarie Locali del Lazio



Figura 2. Articolazione organizzativa ASL Roma 5



4. L'assistenza ospedaliera viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che garantiscono la continuità assistenziale in un sistema a rete capace di fornire, in un'organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione. L'Azienda, attraverso la funzione ospedaliera, garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra ospedaliera.

Con riferimento alle indicazioni declinate dal D.M. 70/2015 sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi e nell'ottica propositiva di imprimere una spinta alla qualità e all'efficienza delle articolazioni aziendali con particolare riguardo all'assistenza ospedaliera, l'Azienda organizza la propria attività secondo il modello gestionale del Polo Ospedaliero e precisamente:

1. Polo Tivoli - Monterotondo - Subiaco;
2. Polo Colferro - Palestrina;

al cui interno sono aggregati i Presidi Ospedalieri, caratterizzando le Strutture secondo criteri di afferenza per urgenza ed elezione. Tale modello favorisce il coordinamento e l'integrazione delle attività ospedaliere erogate dai Presidi appartenenti al Polo.

Le principali linee di attività nelle quali si esplica il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono:

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;

- riabilitazione;
- lungo degenza post-acuzie.

L'Azienda gestisce direttamente n. 535 posti letto ordinari e 118 in Day Hospital.

Tabella (tab.1) Posti Letto (Pubblici) (Rete Ospedaliera 2024-2026)

Struttura	Tipologia Assistenza									Totale		
	Acuti			Lungodegenza			Riabilitazione			ORD	DH	Tot.
	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.			
I2004600 - OSPEDALE L. PARODI DELFINO di Colferro	123	30	153	0	0	0	0	0	0	123	30	153
I2004900 - OSPEDALE SS. GONFALONE di Monterotondo	46	10	56	10	0	10	0	0	0	56	10	66
I2005100 - OSPEDALE CIVILE CONIUGI BERNARDINI di Palestrina	82	27	109	0	0	0	0	0	0	82	27	109
I2005200 - OSPEDALE A. ANGELUCCI di Subiaco	40	14	54	10	0	10	0	0	0	50	14	64
I2005300 - OSPEDALE S. GIOVANNI EVANGELISTA di Tivoli	224	37	261	0	0	0	0	0	0	224	37	261
<b>Totale</b>	<b>515</b>	<b>118</b>	<b>649</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>535</b>	<b>118</b>	<b>653</b>

Tabella (tab.2) Posti Letto (Privati Accreditati) (Rete Ospedaliera 2024-2026)

Struttura	Tipologia Assistenza									Totale		
	Acuti			Lungodegenza			Riabilitazione			ORD	DH	Tot.
	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.			
I2008800 - I.N.I. Srl Divisione Medicus Hotel	0	0	0	0	0	0	58	6	64	58	6	64
I2019900 - I.N.I. Srl Divisione Villa Dante	0	0	0	0	0	0	31	3	34	31	3	34
I2028400 - NOMENTANA HOSPITAL	0	0	0	98	0	98	110	0	110	208	0	208
I2028600 - VILLA LUANA	0	0	0	0	0	0	20	0	20	20	0	20
I20205XX - ASL ROMA 5	16	0	16	20	0	20	0	0	0	36	0	36
<b>Totale</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>118</b>	<b>0</b>	<b>118</b>	<b>219</b>	<b>9</b>	<b>228</b>	<b>353</b>	<b>9</b>	<b>362</b>

Tabella (tab.3) Ricoveri 2023 (Dati atto aziendale Delibera n. 790 del 1/08/2024)

EROGATORE	N. RICOVERI 2023
120046 - OSPEDALE L.PARODI DELFINO	3.484
120049 - OSPEDALE SS. GONFALONE	1.432
120051 - OSPEDALE CIVILE CONIUGI BERNARDINI	2.065
120052 - OSPEDALE A. ANGELUCCI	858
120053 - OSPEDALE S. GIOVANNI EVANGELISTA(TIVOLI)	5.155
<b>Totale</b>	<b>12.994</b>

Tabella (tab.4) Ricoveri Ordinari (Privati Accreditati) 2023 (Dati atto aziendale Delibera n. 790 del 1/08/2024)

Struttura	Dimissioni
120088 - I.N.I. Srl Divisione Medicus Hotel	605
120199 - I.N.I. Srl Divisione Villa Dante	394
120284 - Nomentana Hospital srl	1.159
120286 - Villa Luana	239
<b>Totale</b>	<b>2.397</b>

Tabella (tab. 5) Attività di Lungodegenza Medica 2023 (Dati atto aziendale Delibera n. 790 del 1/08/2024)

Struttura	Dimissioni
120049 - OSPEDALE SS. GONFALONE	92
120052 - OSPEDALE A. ANGELUCCI	93
120284 - Nomentana Hospital srl	709
<b>Totale</b>	<b>894</b>

#### 1.4 ANALISI DEL CONTESTO

Nel processo di pianificazione strategica assume fondamentale importanza la conoscenza del contesto interno, che consente di definire la capacità dell'organizzazione di perseguire gli orientamenti regionali, attraverso la pianificazione e programmazione delle attività aziendali sulla base delle risorse (umane, strumentali e finanziarie) a disposizione; esterno (contesto territoriale e epidemiologico) che consente, attraverso l'analisi della composizione della popolazione (per fascia di età e condizione socioeconomica, incidenza di alcune patologie di rilievo, ...), di programmare l'offerta dei servizi sanitari partendo dal bisogno.

##### 1.4.1. Il contesto interno

###### Risorse Umane

Il numero del personale in servizio al 31.12.2024 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato suddiviso per ruolo, è pari a 3.435 unità, così suddivise:

Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.12 per ruolo e natura rapporto (2024)						
TIPOLOGIA DIPENDENTE	RUOLO	TEMPO DETERMINATO	%	TEMPO INDETERMINATO	%	TOTALE
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	2	0,77%	273	11,44	275
	RUOLO PROFESSIONALE	-	-	7	0,29%	7
	RUOLO SANITARIO	147	56,54%	1781	74,61%	1928
	RUOLO TECNICO	111	42,69%	326	13,66%	437
<b>Totale</b>		<b>260</b>	<b>100,00%</b>	<b>2387</b>	<b>100,00%</b>	<b>2647</b>
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	103	95,37%	560	82,35%	663
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	-	-	11	1,62%	11
	RUOLO PROFESSIONALE	1	0,93%	5	0,74%	6
	RUOLO SANITARIO	4	3,70%	95	13,97%	99
	RUOLO TECNICO	-	-	1	0,15%	1
DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE	RUOLO SANITARIO	-	-	8	1,18%	8
<b>Totale</b>		<b>108</b>	<b>100,00%</b>	<b>680</b>	<b>100,00%</b>	<b>788</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>368</b>		<b>3067</b>		<b>3435</b>

Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.12 per ruolo e genere (2024)						
TIPOLOGIA DIPENDENTE	RUOLO	F	%	M	%	TOTALE
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	198	10,34%	77	10,50%	275
	RUOLO PROFESSIONALE	-	-	7	0,95%	7
	RUOLO SANITARIO	1442	75,34%	486	66,30%	1928
	RUOLO TECNICO	274	14,32%	163	22,24%	437
<b>Totale</b>		<b>1914</b>	<b>100,00%</b>	<b>733</b>	<b>100,00%</b>	<b>2647</b>
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	350	78,48%	313	91,52%	663
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	6	1,35%	5	1,46%	11
	RUOLO PROFESSIONALE	3	0,67%	3	0,88%	6
	RUOLO SANITARIO	83	18,61%	16	4,68%	99
	RUOLO TECNICO	-	-	1	0,29%	1
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	RUOLO SANITARIO	4	0,90%	4	1,17%	8
<b>Totale</b>		<b>446</b>	<b>100,00%</b>	<b>342</b>	<b>100,00%</b>	<b>788</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>2360</b>		<b>1075</b>		<b>3435</b>

Età media dipendenti (2024)			
TIPOLOGIA DIPENDENTE	DESCRIZIONE RUOLO	NATURA RAPPORTO	ETÀ MEDIA
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	TEMPO DETERMINATO	34,17
		TEMPO INDETERMINATO	51,21
	RUOLO PROFESSIONALE	TEMPO INDETERMINATO	59,85
	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	38,52
		TEMPO INDETERMINATO	49,45
	RUOLO TECNICO	TEMPO DETERMINATO	45,02
TEMPO INDETERMINATO		51,98	
<b>Media</b>			<b>49,16</b>
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	36,02
		TEMPO INDETERMINATO	52,04
<b>Media</b>			<b>49,55</b>
DIRIGENZA SPTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	TEMPO INDETERMINATO	55,41
	RUOLO PROFESSIONALE	TEMPO DETERMINATO	51,81
		TEMPO INDETERMINATO	41,21
	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	37,15
		TEMPO INDETERMINATO	50,27
RUOLO TECNICO	TEMPO INDETERMINATO	65,39	
<b>Media</b>			<b>50,06</b>
DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE	RUOLO SANITARIO	TEMPO INDETERMINATO	59,42
<b>Media</b>			<b>59,42</b>
<b>Età media dipendenti</b>			<b>49,29</b>

**Risorse Finanziarie**

La Asl Roma 5 adotta i propri bilanci nel rispetto della normativa, dei principi contabili vigenti e delle Leggi Regionali in materia.

Nell'ambito del processo di pianificazione assume fondamentale importanza la conoscenza del contesto operativo interno per la cui analisi e comprensione diventa centrale la conoscenza dell'andamento delle variabili finanziarie di riferimento.

L'ultimo bilancio consuntivo approvato è il Bilancio 2023 (Deliberazione n. 806 del 5/08/2024). Nella tabella successiva si confrontano i valori di bilancio degli ultimi anni.

Descrizione	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Valore della produzione</b>	925.785.329	933.533.396	986.983.118,36	1.029.124.127	1.043.335.515
<b>Costo della produzione</b>	906.571.952	915.635.611	968.091.939,16	1.013.035.030	1.044.607.485
<b>Risultato prima delle imposte</b>	19.213.377	17.897.785	12.048.809,75	16.089.097	-1.271.970
<b>Costo Totale</b>	925.785.329	933.553.396	986.983.118,36	1.029.124.127	1.032.429.777,8
<b>Perdita/Utile di esercizio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10.905.737,25</b>

In un contesto volto alla gestione e programmazione di tali variabili l'Azienda ASL Roma 5 ha proposto il Bilancio Preventivo Economico dell'anno 2025 (Delibera n. 13 del 17/01/2025) che di seguito viene riportato e confrontato con i valori del 2024:

CODICE MIN	VOCE	2025	2024	2025-2024	Diff(%)
<b>A)</b>	<b>Valore della produzione</b>				
A.1)	Contributi in c/esercizio	948.440.125,53	922.233.565,50	26.206.560,03	3%
A.1.a)	Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	921.263.164,02	906.142.749,00	15.120.415,02	2%
A.1.b)	Contributi in c/esercizio - extra fondo	27.061.226,04	15.975.081,03	11.086.145,01	69%
A.1.b.1)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	908.232,64	908.232,64	0,00	0%
A.1.b.2)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	0,00	0,00	0,00	
A.1.b.3)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	0,00	0,00	0,00	
A.1.b.4)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	6.005.204,21	6.005.204,21	0,00	0%
A.1.b.5)	Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	4.095,80	0,00	4.095,80	
A.1.b.6)	Contributi da altri soggetti pubblici	20.143.693,39	9.061.644,18	11.082.049,21	122%
A.1.c)	Contributi in c/esercizio - per ricerca	115.735,47	115.735,47	0,00	0%
A.1.c.1)	da Ministero della Salute per ricerca corrente	0,00	0,00	0,00	
A.1.c.2)	da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0,00	0,00	0,00	
A.1.c.3)	da Regione e altri soggetti pubblici	115.735,47	115.735,47	0,00	0%
A.1.c.4)	da privati	0,00	0,00	0,00	
A.1.d)	Contributi in c/esercizio - da privati	0,00	0,00	0,00	
A.2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.147.656,00	-6.954.720,00	807.064,00	-12%
A.3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	6.925.554,00	1.300.000,00	5.625.554,00	433%
A.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	83.016.096,50	79.834.629,64	3.181.466,86	4%
A.4.a)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	78.467.076,38	75.712.651,67	2.754.424,71	4%
A.4.b)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.701.237,00	1.700.690,85	546,15	0%
A.4.c)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.847.783,12	2.421.287,12	426.496,00	18%
A.5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	13.459.832,60	15.324.327,84	-1.864.495,24	-12%
A.6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.138.928,91	5.977.930,13	-1.839.001,22	-31%
A.7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	0,00	0,00	0,00	
A.8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	

Azienda Sanitaria Locale ROMA 5 – PIAO 2025-2027

CODICE MIN	VOCE	2025	2024	2025-2024	Diff(%)
A.9)	Altri ricavi e proventi	889.607,89	889.607,89	0,00	0%
	<b>TOTALE A)</b>	<b>1.050.722.489,43</b>	<b>1.018.605.341,00</b>	<b>32.117.148,43</b>	<b>3%</b>
<b>B)</b>	<b>Costi della produzione</b>				
B.1)	Acquisti di beni	102.480.491,04	102.490.375,55	-9.884,51	-0%
B.1.a)	Acquisti di beni sanitari	101.314.822,97	101.132.161,72	182.661,25	0%
B.1.b)	Acquisti di beni non sanitari	1.165.668,07	1.358.213,83	-192.545,76	-14%
B.2)	Acquisti di servizi sanitari	638.185.741,51	620.926.871,70	17.258.869,81	3%
B.2.a)	Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	52.685.553,00	52.614.927,00	70.626,00	0%
B.2.b)	Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	67.517.665,00	68.185.798,00	-668.133,00	-1%
B.2.c)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	92.280.618,14	85.454.745,66	6.825.872,48	8%
B.2.d)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	19.819.191,99	18.436.022,28	1.383.169,71	8%
B.2.e)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	5.040.614,55	7.111.819,29	-2.071.204,74	-29%
B.2.f)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	12.696.830,01	15.263.077,21	-2.566.247,20	-17%
B.2.g)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	209.550.626,16	204.910.375,71	4.640.250,45	2%
B.2.h)	Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	21.260.298,48	22.098.947,07	-838.648,59	-4%
B.2.i)	Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	67.357.464,70	63.977.438,88	3.380.025,82	5%
B.2.j)	Acquisti prestazioni termali in convenzione	2.158.229,89	2.104.729,07	53.500,82	3%
B.2.k)	Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	6.426.357,12	2.348.533,28	4.077.823,84	174%
B.2.l)	Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	63.922.598,49	60.207.421,70	3.715.176,79	6%
B.2.m)	Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.361.056,30	1.361.056,30	0,00	0%
B.2.n)	Rimborsi Assegni e contributi sanitari	4.632.377,29	5.554.642,87	-922.265,58	-17%
B.2.o)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	4.726.750,95	4.318.868,58	407.882,37	9%
B.2.p)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	6.749.509,44	6.978.468,80	-228.959,36	-3%
B.2.q)	Costi per differenziale Tariffe TUC	0,00	0,00	0,00	
B.3)	Acquisti di servizi non sanitari	57.629.761,15	54.195.017,35	3.434.743,80	6%
B.3.a)	Servizi non sanitari	56.535.528,19	52.568.549,73	3.966.978,46	8%
B.3.b)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	731.510,94	1.263.745,60	-532.234,66	-42%
B.3.c)	Formazione	362.722,02	362.722,02	0,00	0%
B.4)	Manutenzione e riparazione	3.379.327,31	3.379.327,31	0,00	0%
B.5)	Godimento di beni di terzi	5.060.186,19	5.060.186,19	0,00	0%
B.6)	Costi del personale	215.495.849,00	196.788.048,30	18.707.800,70	10%
B.6.a)	Personale dirigente medico	80.255.786,75	70.996.132,46	9.259.654,29	13%
B.6.b)	Personale dirigente ruolo sanitario non medico	11.651.382,97	8.746.794,98	2.904.587,99	33%
B.6.c)	Personale comparto ruolo sanitario	91.283.489,69	87.368.091,71	3.915.397,98	4%
B.6.d)	Personale dirigente altri ruoli	1.999.318,24	1.676.743,78	322.574,46	19%
B.6.e)	Personale comparto altri ruoli	30.305.871,35	28.000.285,37	2.305.585,98	8%
B.7)	Oneri diversi di gestione	2.156.564,38	2.156.564,38	0,00	0%
B.8)	Ammortamenti	0,00	0,00	0,00	
B.8.a)	Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	0,00	0,00	0,00	
B.8.b)	Ammortamenti dei Fabbricati	0,00	0,00	0,00	
B.8.c)	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	0,00	0,00	0,00	
B.9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00	0,00	0,00	
B.10)	Variazione delle rimanenze	0,00	0,00	0,00	
B.10.a)	Variazione delle rimanenze sanitarie	0,00	0,00	0,00	
B.10.b)	Variazione delle rimanenze non sanitarie	0,00	0,00	0,00	
B.11)	Accantonamenti	11.118.978,93	14.415.613,99	-3.296.635,06	-23%
B.11.a)	Accantonamenti per rischi	6.618.414,93	7.955.354,35	-1.336.939,42	-17%
B.11.b)	Accantonamenti per premio operosità	389.666,93	389.666,93	0,00	0%
B.11.c)	Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	0,00	0,00	0,00	
B.11.d)	Altri accantonamenti	4.110.897,07	6.070.592,71	-1.959.695,64	-32%
	<b>TOTALE B)</b>	<b>1.035.506.899,51</b>	<b>999.412.004,77</b>	<b>36.094.894,74</b>	<b>4%</b>
	<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>15.215.589,92</b>	<b>19.193.336,23</b>	<b>-3.977.746,31</b>	<b>-21%</b>
<b>C)</b>	<b>Proventi e oneri finanziari</b>				
C.1)	Interessi attivi e altri proventi finanziari	400.000,00	400.000,00	0,00	0%
C.2)	Interessi passivi e altri oneri finanziari	65.207,98	4.546.084,00	-4.480.876,02	-99%
	<b>TOTALE C)</b>	<b>334.792,02</b>	<b>-4.146.084,00</b>	<b>4.480.876,02</b>	<b>-108%</b>
<b>D)</b>	<b>Rettifiche di valore di attivita' finanziarie</b>				
D.1)	Rivalutazioni	0,00	0,00	0,00	
D.2)	Svalutazioni	0,00	0,00	0,00	
	<b>TOTALE D)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
<b>E)</b>	<b>Proventi e oneri straordinari</b>				
E.1)	Proventi straordinari	38.800,00	0,00	38.800,00	
E.1.a)	Plusvalenze	0,00	0,00	0,00	



CODICE MIN	VOCE	2025	2024	2025-2024	Diff(%)
E.1.b)	Altri proventi straordinari	38.800,00	0,00	38.800,00	
E.2)	Oneri straordinari	795.569,60	376.951,84	418.617,76	111%
E.2.a)	Minusvalenze	0,00	0,00	0,00	
E.2.b)	Altri oneri straordinari	795.569,60	376.951,84	418.617,76	111%
	<b>TOTALE E)</b>	<b>-756.769,60</b>	<b>-376.951,84</b>	<b>-379.817,76</b>	<b>101%</b>
	<b>Risultato prima delle imposte</b>	<b>14.793.612,34</b>	<b>14.670.300,39</b>	<b>123.311,95</b>	<b>1%</b>
<b>Y)</b>	<b>Imposte sul reddito dell'esercizio</b>				
Y.1)	IRAP	14.732.432,33	14.609.120,33	123.312,00	1%
Y.1.a)	IRAP relativa a personale dipendente	14.248.034,80	14.124.722,80	123.312,00	1%
Y.1.b)	IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro indipendente	38.033,65	38.033,65	0,00	0%
Y.1.c)	IRAP relativa ad attivita' di libera professione (intramoenia)	446.363,88	446.363,88	0,00	0%
Y.1.d)	IRAP relativa ad attivita' commerciali	0,00	0,00	0,00	
Y.2)	IRES	61.180,03	61.180,03	0,00	0%
Y.3)	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00	
	<b>Totale Y)</b>	<b>14.793.612,36</b>	<b>14.670.300,36</b>	<b>123.312,00</b>	<b>1%</b>
	<b>Utile (perdita) dell'esercizio</b>	<b>-0,02</b>	<b>0,03</b>	<b>-0,05</b>	<b>-167%</b>

Il bilancio di previsione rappresenta la linea guida della gestione economica dell’Azienda ed è stato predisposto per l’anno 2025 secondo quanto previsto dalla normativa nazionale vigente, con particolare riferimento agli artt. 25 e 31 del D.Lgs 118/2011, in coerenza con la programmazione economico finanziaria , gli obiettivi di pianificazione strategica definiti dalla Regione Lazio e con gli obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario assegnati ai Direttori Generali.

#### 1.4.2. Il contesto esterno

Il territorio dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5 si estende per 1.813,7 Kmq e comprende 70 comuni (figura 1) con una popolazione, al 01.01.2024, pari a 493.711 abitanti (tabella 6) (fonte: ISTAT).

Di seguito, i singoli comuni che compongono la ASL Roma 5 (Figura 1), popolazione e sede dei 6 Distretti Sanitari in cui è suddivisa l’Azienda (tabella 1) [le colorazioni corrispondono ai distretti: Monterotondo (rosso), Guidonia (giallo), Tivoli (indaco), Subiaco (verde), Palestrina (marrone), Colferro (terra)].

Figura 1. Comuni ASL Roma 5

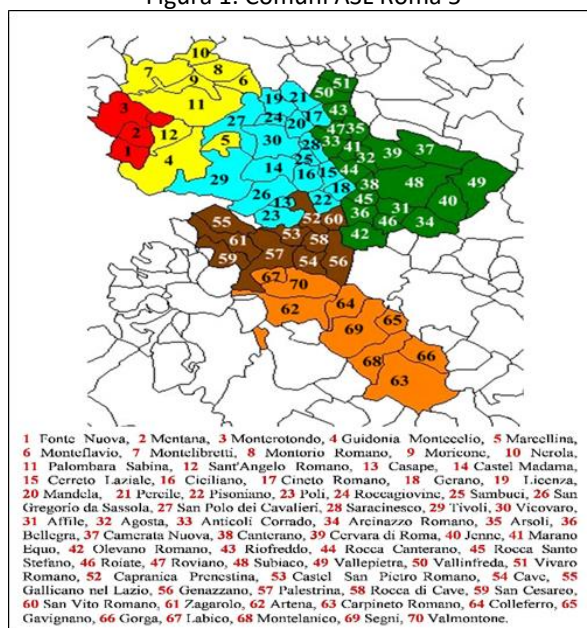
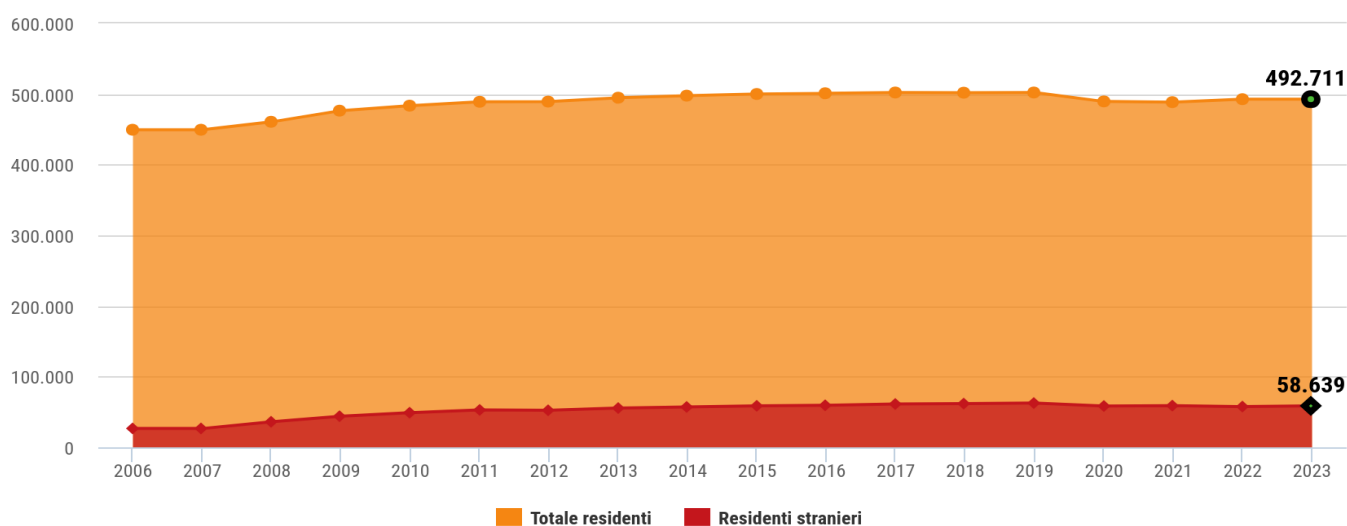


Tabella (tab.6) Popolazione residente per Distretto al 01/01/2024

Distretto	Maschi	Femmine	Totale	Indirizzo	CAP	Comune	Provincia
Distretto G1-Monterotondo	47.267	49.362	96.629	VIALE DELL'AERONAUTICA, 53/B	00015	Monterotondo	Roma
Distretto G2-Guidonia	63.115	63.872	126.987	VIA DEI CASTAGNI, 20-22	00012	Guidonia Montecelio	Roma
Distretto G3-Tivoli	39.997	40.855	80.852	PIAZZA MASSIMO, 1	00019	Tivoli	Roma
Distretto G4-Subiaco	15.315	15.472	30.787	L.GO MAZZINI SNC	00028	Subiaco	Roma
Distretto G5-Palestrina	42.230	42.368	84.598	VIA PORTA SAN MARTINO, 38	00036	Palestrina	Roma
Distretto G6-Colleferro	36.327	37.531	73.858	VIA DEGLI ESPLOSIVI, 9/A	00034	Colleferro	Roma
<b>Totale</b>	<b>244.251</b>	<b>249.460</b>	<b>493.711</b>				

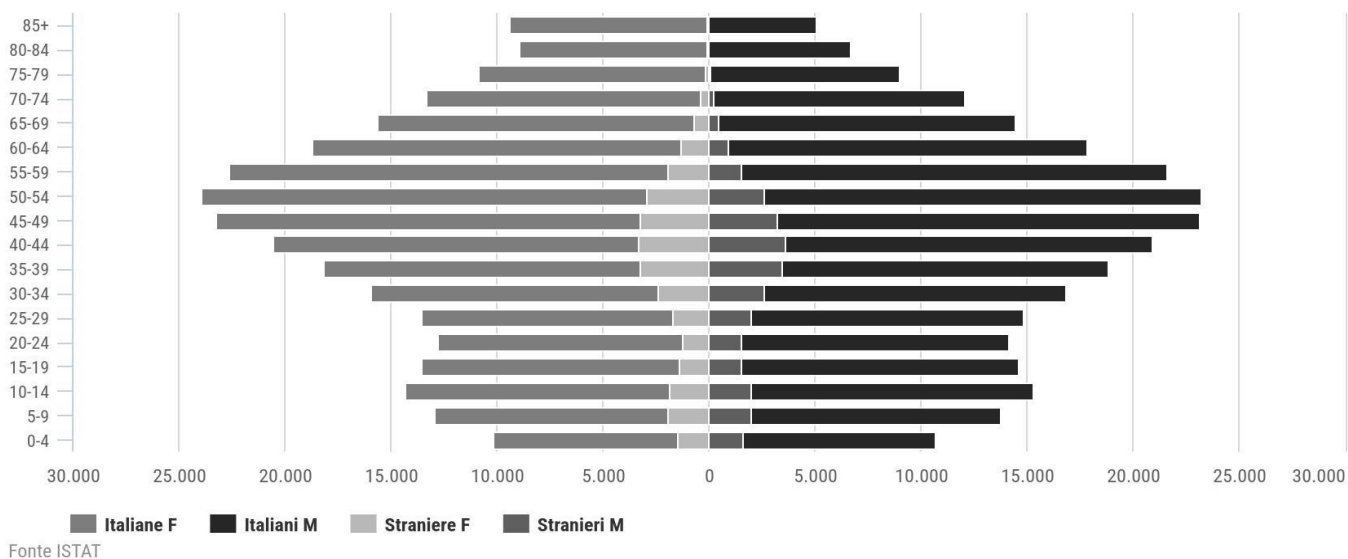
Il grafico seguente mostra l'evoluzione demografica (dal 2006 al 2023) della popolazione residente totale e residente straniera.

Figura 2. Popolazione residente ASL Roma 5 – 2023



Fonte: ISTAT

Figura 3. Distribuzione Popolazione per classi di età ASL Roma 5



Sono di seguito riportati i dati relativi agli indicatori demografici ritenuti di particolare rilevanza per l’analisi e la descrizione del contesto esterno della ASL Roma 5. Tali dati consentono di delineare un quadro dettagliato delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento, rappresentando un elemento fondamentale per comprendere le dinamiche territoriali, individuare i bisogni emergenti e pianificare in modo mirato le attività e i servizi sanitari sul territorio.

INDICI DEMOGRAFICI ASL ROMA 5 - 2023

**155,3**  
INDICE  
VECCHIAIA

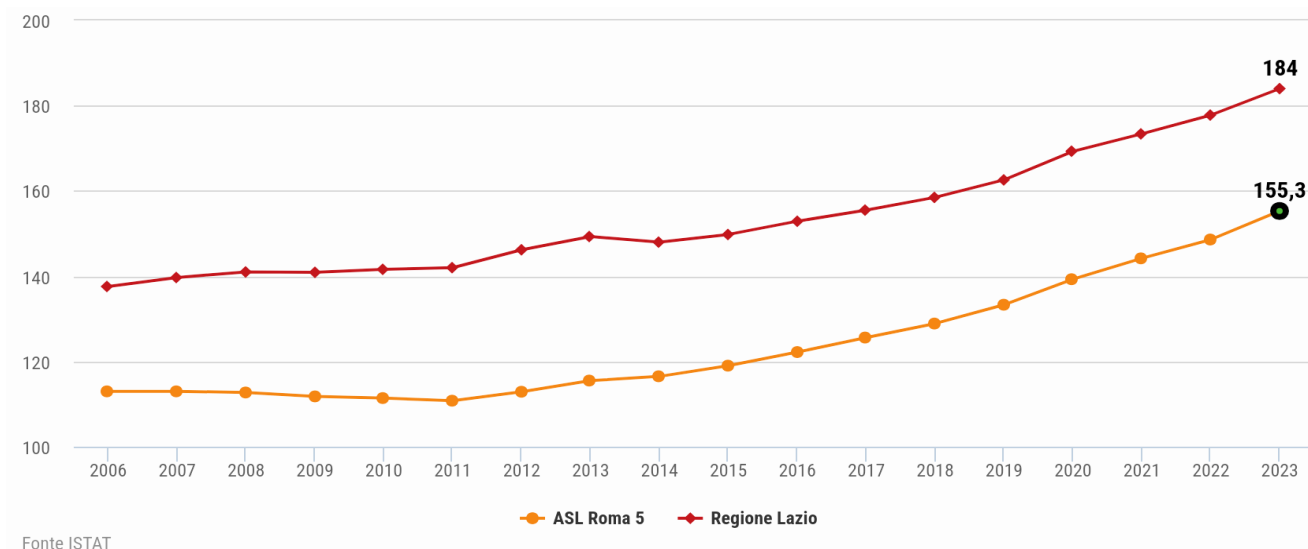
**31,8**  
INDICE  
DIPENDENZA  
ANZIANI

**52,3**  
INDICE  
DIPENDENZA  
STRUTURALE

**6,4**  
TASSO  
NATALITÀ

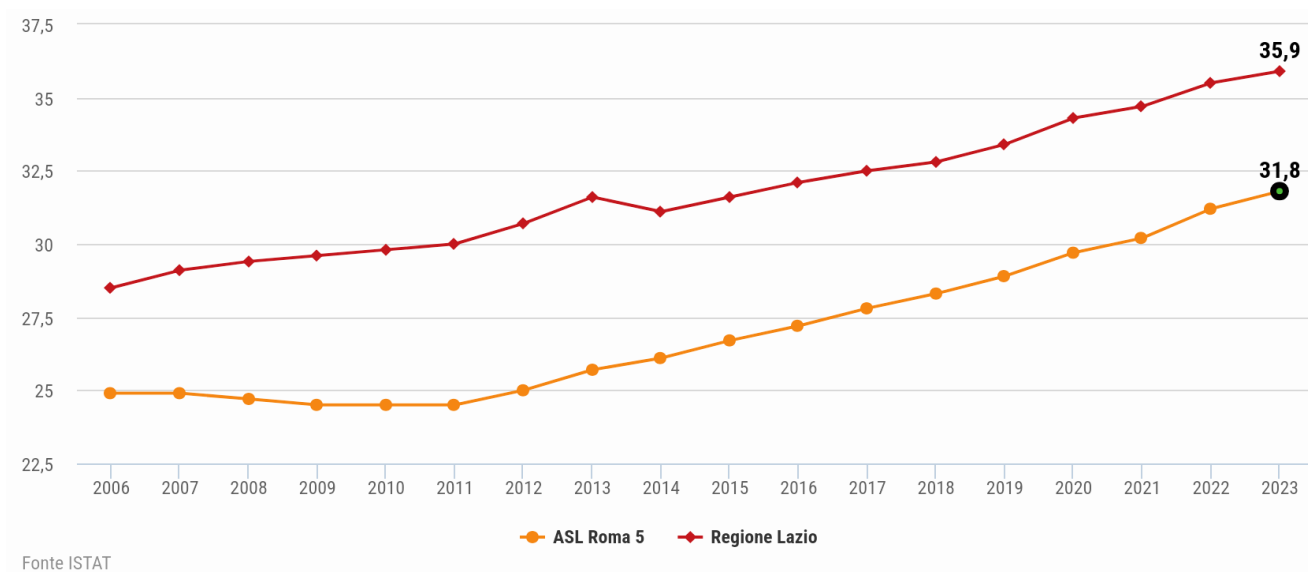
L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini fino ai 14 anni. Nella figura riportata di seguito possiamo notare il trend in costante crescita.

Figura 4. Indice di vecchiaia ASL Roma 5 – 2022



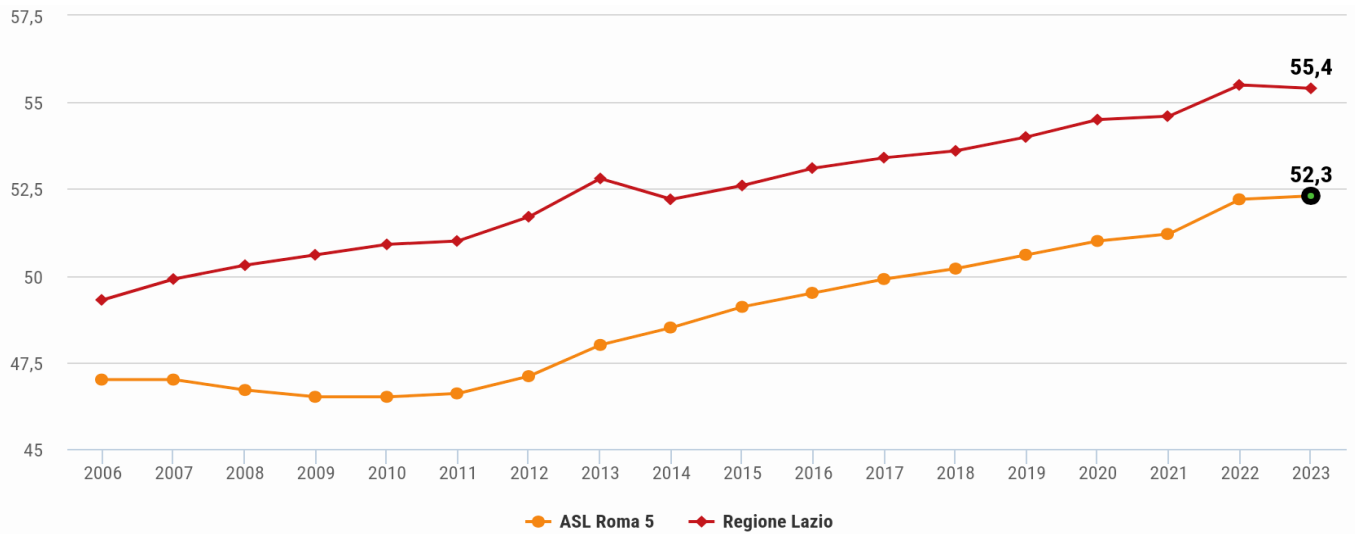
L'indice di dipendenza anziani esprime il carico della popolazione anziana sulla popolazione in età lavorativa. È il rapporto tra il numero delle persone con più di 65 anni e la popolazione attiva (15-64 anni).

Figura 5. Indice di dipendenza anziani ASL Roma 5 – 2023



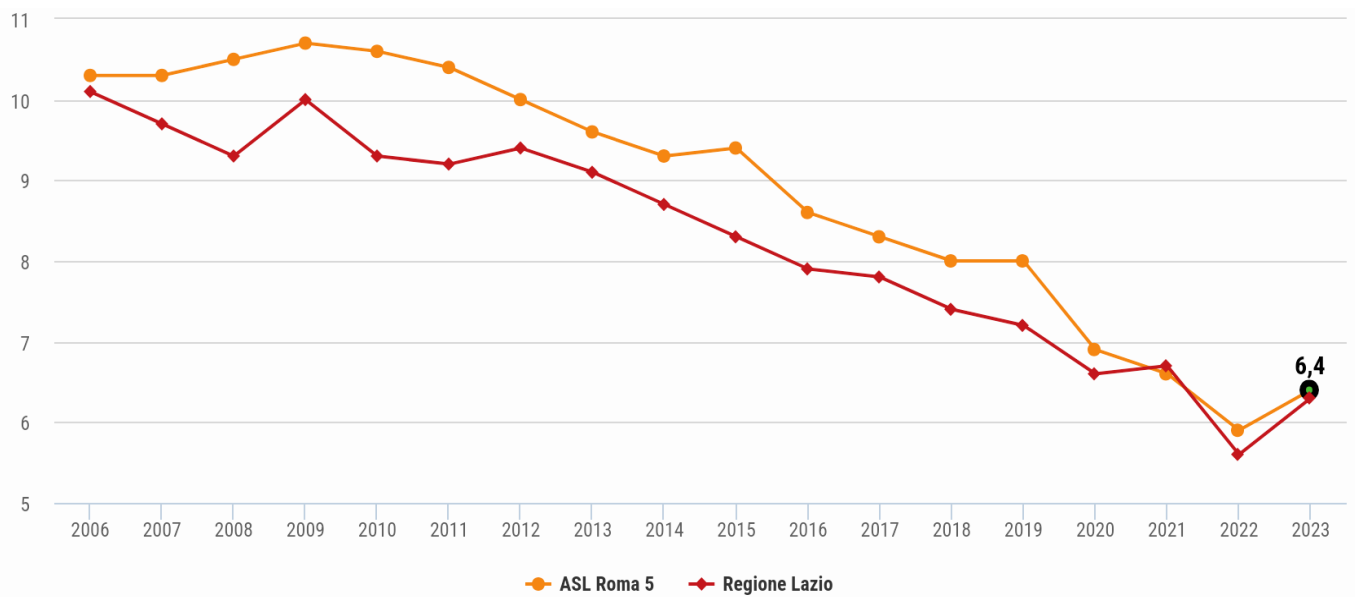
L'indice di dipendenza strutturale esprime il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).

Figura 6. Indice di dipendenza anziani ASL Roma 5 – 2023



Fonte ISTAT

Figura 7. Nuovi nati ASL Roma 5 – 2023



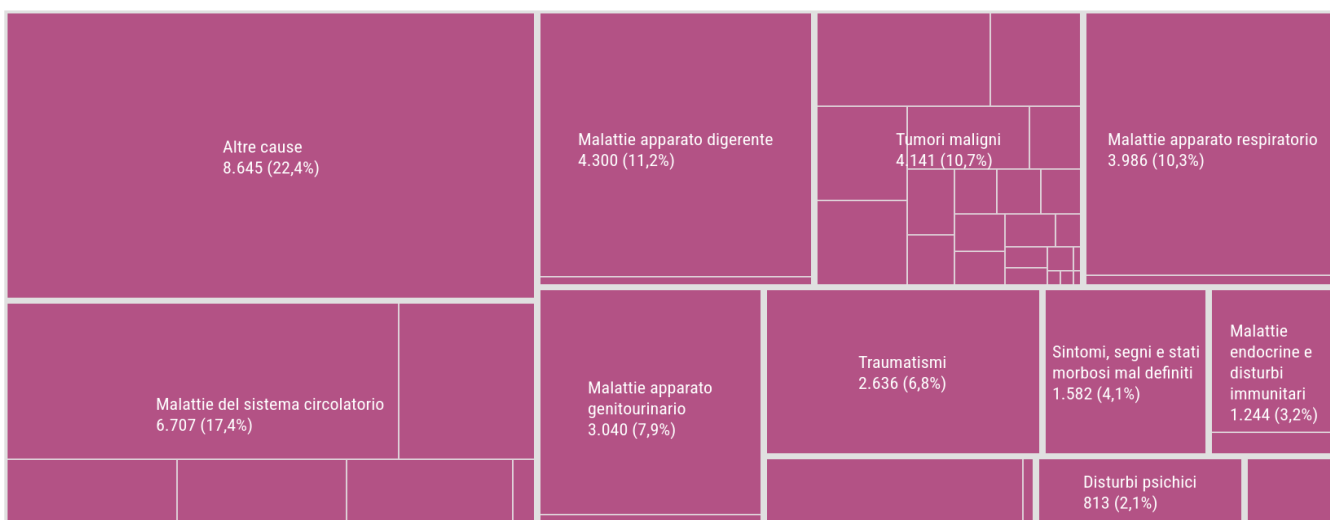
Fonte ISTAT

Figura 8. Frequenza di malattia prevalenza ASL Roma 5 – 2023



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

Figura 9. Cause di ricovero ASL Roma 5 – 2023



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

## 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 VALORE PUBBLICO

Le fondamenta della generazione di valore pubblico sono rappresentate dalla salute organizzativa e legate all'adeguamento dell'organizzazione, alle strategie pianificate e all'innovazione delle metodologie del lavoro agile, intesa come l'insieme dei fattori che contraddistinguono il funzionamento della PA: il modello organizzativo, i processi organizzativi, il personale e il suo sviluppo.

L'orientamento al valore pubblico parte dall'analisi dei bisogni pubblici e dall'identificazione degli obiettivi di valore pubblico da declinare in strategie realizzative e in indicatori di impatto sottesi, migliorativi del benessere complessivo e multidimensionale (economico, sociale, ambientale e/o sanitario) di cittadini e stakeholder.

La creazione di valore pubblico si sostiene programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale (reclutando profili adeguati e fornendo competenze utili alle strategie pianificate).

La definizione del PIAO è anche un processo di rafforzamento della capacità amministrativa, un'operazione culturale che spinge le Amministrazioni a riflettere su se stesse e ad auto valutarsi individuando azioni di miglioramento funzionali alla produzione di valore pubblico.

La Asl Roma 5 ha il compito di promuovere, nel territorio di competenza ed in collaborazione con le altre realtà che a vario titolo partecipano al sistema del SSR e/o lo costituiscono, la tutela della salute, sia individuale che collettiva, così come definito dall'Art.32 della Costituzione, garantendo con le più attuali e flessibili forme organizzative e strategie operative, il soddisfacimento dei bisogni assistenziali.

L'Azienda riconosce la necessità di perseguire alcuni obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

L'Azienda, in linea con le indicazioni della Regione Lazio, si trova al centro come protagonista della strategia di riequilibrio dell'offerta del sistema sanitario regionale.

Al centro dell'attività dell'Azienda si colloca la persona con i suoi bisogni di salute nei cui confronti si svolgono tutte le pratiche di medicina preventiva, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative finalizzate al benessere bio-psicofisico, nella logica della presa in carico del paziente finalizzata ad una valutazione personalizzata delle condizioni di salute.

Considerati i complessi meccanismi che regolano l'ordinamento sociale, l'Azienda indirizza la propria attività in modo da colmare le iniquità nell'accesso e le disparità nell'offerta dei servizi, compensando in tal modo tali differenze e raggiungendo la complessità della domanda di salute lì dove origina e garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

In particolare l’Azienda Sanitaria Locale Roma 5:

- applica protocolli di prevenzione, diagnostici, terapeutici e riabilitativi nonché procedure sanitarie, assistenziali ed amministrative efficaci, efficienti ed appropriate;
- ricerca modalità di gestione della salute secondo programmi individuali per pazienti che necessitano di interventi preventivi, specialistici o di tipo riabilitativo;
- collabora con i cittadini affinché si possa trovare una risposta qualificata ai loro bisogni sanitari, anche nei casi in cui non possa intervenire direttamente;
- opera per mantenere o restituire all'assistito la migliore qualità di vita possibile;
- sviluppa e modula i propri sistemi di miglioramento continuo dell'offerta sanitaria a partire dall'analisi del bisogno sanitario locale, nel rispetto delle indicazioni regionali, dell'analisi delle attività e delle indicazioni dei cittadini e degli operatori sanitari;
- sviluppa i propri sistemi informativi anche con mezzi informatici, al fine di favorire l'approccio del cittadino al sistema delle prestazioni sanitarie e sociali secondo la più concreta applicazione delle tecnologie elettroniche-informatiche: principio della trasparenza.

L’Azienda, in questi anni, ha posto molta attenzione al consolidamento degli strumenti gestionali già da tempo utilizzati cercando di potenziarli e inserirli in modo organico all’interno delle logiche definite dalla normativa nazionale sul ciclo della performance:

- la valorizzazione delle attività di pianificazione e programmazione pluriennali e annuali inclusi gli strumenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio e il processo di budget;
- l’esigenza di garantire una leggibilità e un utilizzo mirati ai vari strumenti di pianificazione e controllo;
- utilizzo *interno* per orientare l’attività gestionale delle strutture e dei professionisti, definendo e coordinando gli obiettivi e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche definite dalla Regione e declinati ai vari livelli dell’organizzazione;
- utilizzo *esterno* per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse delle suddette priorità strategiche e dei risultati conseguiti (*accountability*).

Tali principi sono fondamentali e mutualmente sinergici, al fine di assicurare che il sistema di performance management possa efficacemente contribuire all’erogazione di servizi sanitari ad alto valore aggiunto, tecnico e sociale.

La complessità del performance management sta proprio nel rendere tra loro coerenti i sistemi di programmazione e controllo con i sistemi di misurazione dei risultati e con i sistemi di retribuzione variabile del personale.

In questa sessione l’Azienda intende definire:



- le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale;
- l'elenco delle procedure da semplificare, reingegnerizzare e digitalizzare;
- azioni finalizzate a favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere;
- azioni di efficientamento energetico.

I risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'Azienda, saranno esplicitati nella sottosezione performance del documento.

La macro-dimensione **dell'accessibilità** ricomprende tutte le attività che, anche grazie all'implementazione dei sistemi informativi, consentono di erogare servizi e di fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari.

#### Accessibilità digitale

La ASL si pone l'obiettivo di migliorare l'accessibilità digitale dei servizi offerti al cittadino sulla base delle "Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici", emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID), in attuazione della normativa nazionale e comunitaria in materia di accessibilità, (si richiamano in particolare la *Direttiva (UE) 2016/2102 del 26 ottobre 2016 relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici* e la *Legge 9 gennaio 2004, n. 4 ( Disposizioni per favorire e semplificare l'accesso degli utenti e, in particolare, delle persone con disabilità agli strumenti informatici)*, che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili.

#### Accessibilità fisica

I servizi erogati a sportello sono caratterizzati da accessibilità, fruibilità ed efficacia a favore di tutti i soggetti senza discriminazione alcuna, con particolare attenzione agli aspetti inerenti all'identificazione della persona nel rispetto della vigente normativa, nonché alla possibilità che la persona possa esprimere autonomamente la propria volontà.

L'accessibilità fisica ai servizi sanitari è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione generale e in particolare della popolazione anziana. Operare per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari rientra nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze. A tal fine, per rendere il più possibile agevoli e fruibili i servizi sanitari, i locali in cui vengono erogate le prestazioni sono raggiungibili attraverso ascensori e/o rampe di accesso.

Nel triennio 2025-2027, l'Azienda si pone l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ai servizi a tutti gli utenti.

Nella sottosezione performance sono stati declinati specifici obiettivi di accessibilità. Per ulteriori approfondimenti, si rimanda alla sottosezione del PIAO.

### 2.1.1. Procedure da semplificare, reingegnerizzare e digitalizzare

Nell'ambito della semplificazione, reingegnerizzazione e digitalizzazione un importante contributo è dato dalle progettualità individuate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La Regione Lazio, in accordo con gli obiettivi del PNRR dedicati alla Salute, ha programmato l'utilizzo dei fondi stanziati per il miglioramento e lo sviluppo tecnologico della sanità regionale.

Il PNRR, trasmesso dal Governo Italiano alla Commissione Europea il 30.04.2021 ai sensi dell'art. 18 e seguenti del regolamento (UE) n. 241/2021 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12.02.2021, definisce un quadro di investimenti e riforme a livello nazionale, con corrispondenti obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall'UE.

In particolare la Missione 6 Salute del PNRR mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Per l'attuazione delle Misure previste all'interno della Missione 6 la Regione Lazio ha provveduto inizialmente alla definizione dei Piani Regionali di pertinenza di Ciascuna Azienda e con successivi atti all'approvazione di rimodulazioni del Piano Operativo Regionale (POR), da ultimo con la DGR n. 1118 del 19/12/2024 (V rimodulazione).

All'ASL Roma 5 risultano assegnati i seguenti finanziamenti PNRR, distinti per Misura:

Submisura	Finanziamenti PNRR
M6C1 1.1 Case della Comunità	14.923.951,81 €
M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali (Lavori)	895.000,86 €
M6C1 1.2.2.2 Centrali Operative Territoriali (Interconnessione)	554.439,60 €
M6C1 1.2.2.3 Centrali Operative Territoriali (Device)	754.498,45 €
M6C1 1.3 Ospedali di Comunità	10.599.573,00 €
M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA	4.329.524,26 €
M6C2 1.1.1 Progetti in essere DL 34/2020	5.432.311,23 €
M6C2 1.1.2 Grandi Apparecchiature	2.866.800,00 €
M6C2 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere	287.586,15 €
<b>Totale complessivo</b>	<b>40.643.685,36 €</b>

Nel dettaglio i progetti riguardano:

- M6C1 1.1 Case della Comunità

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G17H21038510006	PALOMBARA SABINA	975.742,64€
G37H21038130006	FONTE NUOVA	329.716,00€

G47H21064160006	ZAGAROLO	1.212.642,00€
G57H21034750006	COLLEFERRO	1.751.976,42€
G67H21030130006	CAVE	346.516,00€
G77H21083570006	GORGA	380.216,00€
G97H21034760006	ARTENA	380.555,58€
G97H21034770006	CARPINETO ROMANO	380.216,00€
G97H21034780006	VALMONTONE	851.516,00€
G97H21034790006	GUIDONIA MONTECELIO	2.450.907,36€
G97H21034800006	MONTEROTONDO	1.464.008,00€
G97H21034820006	GENAZZANO	228.974,31€
G14E21004020006	BELLEGRA	221.716,00€
G14E21004030006	CICILIANO	401.162,00€
G24E21004950006	SUBIACO	430.707,69€
G34E21003750006	CASTEL MADAMA	213.716,00€
G34E21003760006	TIVOLI	748.516,00€
G84E21005440006	ARSOLI	278.866,00€
G82C21001210006	SAN VITO ROMANO	412.216,00€
G98I21001270006	PALESTRINA	1.464.065,81€

- M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali (Lavori), M6C1 1.2.2.2 Centrali Operative Territoriali (Interconnessione), M6C1 1.2.2.3 Centrali Operative Territoriali (Device)

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G17H21038680006	PALOMBARA SABINA	173.075,00€
G97H21034880006	MONTEROTONDO	173.075,00€
G24E21004960006	SUBIACO	173.075,00€
G34E21003770006	TIVOLI	173.075,00€
G92C21001020006	PALESTRINA	173.075,00€
G52C21000630006	COLLEFERRO	14.812,93€
G92C21001030006	GUIDONIA MONTECELIO	14.812,93€
G34E21003810006	COT Device	754.498,45€
G34E21003820006	COT Interconnessione	554.439,60€

- M6C1 1.3 Ospedali di Comunità

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G97H21034830006	VALMONTONE	2.297.839,82€
G97H21034840006	GUIDONIA MONTECELIO	3.301.938,18€
G97H21034850006	MONTEROTONDO	2.349.889,00€
G42C21000980006	ZAGAROLO	2.649.906,00€

- M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G39J21025560006	HARDWARE PER POSTAZIONI DI LAVORO (PC FISSI, PORTATILI,	634.048,14€

	SCANNER, STAMPANTI, ETICHETTATRICI, TABLET, ANTENNE WI-FI) E HARDWARE PER SALE OPERATORIE PER TI E STI	
G39J21025570006	SVILUPPO DI APP MOBILE E SERVIZI ON LINE PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI ED INFORMAZIONI AL CITTADINO	282.435,01€
G39J21025580006	SERVIZI DI SVILUPPO DELL'INTEROPERABILITÀ DEI DATI SANITARI E SVILUPPO DI INTERFACCE APPLICATIVE, SISTEMI DI MESSAGE BROKER E SISTEMI DI ORCHESTRAZIONE	461.988,78€
G39J21025590006	CABLAGGIO/LAVORI (REING. NETWORK AZIENDALI: CABLAGGIO LAN E WI-FI)	922.373,28€
G34E22000510006	LICENZE SOFTWARE E HARDWARE DA ACQUISTARE PER LE TECNOLOGIE DELLA CATEGORIA POSTAZIONI	356.679,05€
G35F23000280006	IMPLEMENTAZIONE PIATTAFORMA DI ACQUISIZIONE CONSENSI INFORMATI E PRIVACY	615.000,00€
G35F23000290006	REPOSITORY	250.000,00€
G35F23000300006	HARDWARE PER ACQUISIZIONE CONSENSI INFORMATI E PRIVACY	60.000,00€
G35F23000270006	ADT	297.000,00€
G35F23000370006	LIS WEB	450.000,00€

Nell'ambito della M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA, oltre ai progetti seguiti dall'ASL ROMA 5 quale Soggetto Attuatore Delegato, riveste particolare importanza il progetto Regionale relativo a CARTELLA INFORMATIZZATA/FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO/DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO.

- M6C2 1.1.1 Progetti in essere DL 34/2020

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G34E20008820005	TIVOLI	1.023.655,20€
G94E20002440005	TIVOLI	199.995,32€
G98I20001620005	PALESTRINA	720.382,31€
G94E20002450005	PALESTRINA	234.022,62€
G37H20003620005	TIVOLI	45.140,00€
G57H20002950005	COLLEFERRO	913.759,06€
G97H20003650005	PALESTRINA	2.295.356,72€

- M6C2 1.1.2 Grandi Apparecchiature

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G19J21015580006	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI - PALOMBARA SABINA	210.479,60€

G29J21016970006	ECOTOMOGRAFI - SUBIACO	69.333,04€
G29J21016980006	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI - SUBIACO	381.361,10€
G39J21025420006	ANGIOGRAFI - TIVOLI	608.000,00€
G39J21025430006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	32.151,33€
G39J21025440006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	32.151,33€
G59J21015550006	ECOTOMOGRAFI - COLLEFERRO	29.098,99€
G59J21015560006	ECOTOMOGRAFI - COLLEFERRO	29.098,99€
G59J21015570006	ECOTOMOGRAFI - COLLEFERRO	69.333,04€
G99J21014600006	TAC - MONTEROTONDO	548.504,10€
G99J21014610006	ECOTOMOGRAFI - MONTEROTONDO	47.499,23€
G99J21014620006	ECOTOMOGRAFI - PALESTRINA	69.333,04€
G99J21014630006	ECOTOMOGRAFI - PALESTRINA	32.151,33€
G99J21014640006	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI - PALESTRINA	169.975,60€
G99J21014650006	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI - MONTEROTONDO	210.479,60€
G34E24000290006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	65.569,95€
G34E24000300006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	65.569,95€
G34E24000310006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	65.569,95€
G34E24000320006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	65.569,95€
G54E24000020006	ECOTOMOGRAFI - COLLEFERRO	65.569,88€

- M6C2 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere

CUP	Finanziamento PNRR
G37H22003490006	287.586,15€

Relativamente all'avanzamento dei progetti, i RUP Aziendali e le UOC Coinvolte, stanno procedendo con la loro esecuzione e rendicontazione, in particolare:

- I progetti relativi alle submisure M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali (Lavori), M6C1 1.2.2.2 Centrali Operative Territoriali (Interconnessione), M6C1 1.2.2.3 Centrali Operative Territoriali (Device) sono stati chiusi ed è in fase di revisione la loro rendicontazione;
- I progetti relativi alla submisura M6C2 1.1.2 Grandi Apparecchiature sono stati chiusi ed attualmente in fase di rendicontazione;
- I progetti relativi alle altre submisure sono in esecuzione, nel rispetto dei cronoprogrammi previsti e di Milestone e Target definiti dal POR.

Tra i progetti PNRR, fuori perimetro del POR, l'ASL Roma 5 ha partecipato anche all'Avviso Pubblico multimisura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud", prevedendo la migrazione al Polo Strategico Nazionale (PSN) dei dati, sistemi e applicazioni relativi a 33 diversi servizi, con un progetto (CUP G31C23000840006) del valore di € 1.358.595, attualmente in corso di realizzazione, con parte dei servizi già migrati.

Oltre al perimetro di intervento coperto da progetti PNRR, l'ASL Roma 5 procederà con l'avvio imminente della gestione informatizzata degli atti amministrativi, migliorando così i processi aziendali, con benefici attesi in termini di economicità, speditezza, tracciabilità delle attività per le strutture coinvolte, con particolare attenzione a quelle periferiche.

La gestione informatizzata degli atti amministrativi dovrà garantire l'adozione di processi completamente digitali e sarà realizzata attraverso l'adozione di una nuova piattaforma applicativa di gestione documentale.

Pertanto nel corso del triennio ci si attende anche un notevole miglioramento dei processi di gestione documentale, con un'adozione estensiva da parte delle strutture aziendali, centrali e periferiche, di processi nativamente digitali.

In termini di servizi digitali all'utenza si intende procedere con un miglioramento dell'accesso ai servizi online da parte degli utenti, una progressiva estensione servizi di pagamento PagoPA disponibili tramite il "pagaOnline" della Regione Lazio e l'integrazione di servizi con applO.

### **2.1.2. Pari opportunità e l'equilibrio di genere**

Il legislatore ha provveduto, nel corso degli anni, a creare una serie di strumenti per garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, contrastare le discriminazioni e promuovere l'occupazione femminile, in attuazione dei principi sanciti a livello costituzionale ed europeo. Particolare rilievo assumono ai fini della realizzazione di una parità sostanziale 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".

Anche il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nell'introdurre il ciclo di gestione della performance richiama i principi espressi dalla normativa in tema di pari opportunità, prevedendo inoltre che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerna, tra l'altro, anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Inoltre, le integrazioni all'art. 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, operate dall'art. 21 sopracitato, hanno previsto 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 operanti in ogni amministrazione.

Nel corso del 2023, è stata inserita nel sito web una sezione dedicata al CUG e con la sua costituzione è stata richiesta l'adesione alla rete nazionale dei CUG.

La ASL Roma 5 persegue l'obiettivo di sensibilizzare le diverse articolazioni aziendali all'utilizzo di strumenti e azioni che possano favorire e migliorare il benessere all'interno dei luoghi di lavoro e conciliare le esigenze lavorative e familiari come strumento di sviluppo economico e sociale all'interno

dell'amministrazione medesima. L'analisi dei dati del personale, contenuta nella relazione annuale presentata dal CUG secondo la Direttiva 2/2019, rappresenta uno strumento di indagine importante per eventuali proposte di azioni migliorative sul fronte dell'equilibrio di genere, nella prospettiva di riuscire a plasmare le attività istituzionali secondo l'ottica di genere (Bilancio di genere e sperimentazione del percorso sulla certificazione di genere).

Nel concorrere e partecipare attivamente ad azioni di prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione e di violenza morale e psicologica sul luogo di lavoro, all'attuazione dei principi di parità, pari opportunità e benessere organizzativo, il Cug nel corso del 2024 ha promosso la sperimentazione delle seguenti iniziative:

- l'avvio di uno Sportello di ascolto dedicato alla valutazione di situazioni individuali attenzionate per disuguaglianze e/o discriminazioni, al fine di promuovere il benessere organizzativo e l'equilibrio di genere
- la proposta di istituzione della figura del Consigliere di Fiducia, esterno all'Azienda e dunque super partes, per facilitare i processi di valutazione di situazioni segnalate dal personale, supportando l'attività dello Sportello di Ascolto;
- la proposta di istituzione della figura del Disability Manager per agevolare l'inserimento nel lavoro di persone con disabilità certificata, proponendo progetti personalizzati di carattere formativo, organizzativo, tecnico e tecnologico e segnalando particolari situazioni di disagio e difficoltà nell'integrazione, quale funzione di supporto alla UOC Gestione del Personale, nei processi di pianificazione, reclutamento e gestione del personale;
- la formazione interna ai componenti del Cug riguardante il benessere organizzativo e iniziative divulgative e informative sull'attività del Cug a tutti i lavoratori;
- la valorizzazione nel sistema della performance aziendale della partecipazione dei componenti del CUG ai gruppi di lavoro e alle attività e iniziative promosse dal CUG.

### **2.1.3. Efficientamento energetico**

In riferimento all'efficientamento energetico, si rimanda al cardine del PNRR stesso e pertanto delle progettazioni prima e lavorazioni poi che lo caratterizzeranno.

Come previsto nel DNSH, ciascun intervento avrà come fine ultimo quello di classificarsi in una fascia energetica più alta rispetto quella di partenza.

Nelle FAQ al DNSH pubblicate sul sito italiadomani, si ribadisce che qualsiasi intervento dovrà tenere conto in particolare dei seguenti elementi:

1. Se l'investimento per la realizzazione di una "casa della comunità" o "ospedale della comunità" attiene ad una nuova costruzione, nel relativo progetto si dovrà prevedere che la domanda di energia primaria

globale non rinnovabile dovrà essere inferiore al 20% della domanda di energia primaria non rinnovabile risultante dai requisiti NZEB (nearly zero-energy building).

2. Se l'investimento per la realizzazione di una "casa della comunità" o "ospedale della comunità" attiene ad una rifunzionalizzazione di parte di una struttura esistente (ad esempio solo un piano) anche mediante demolizione/ricostruzione di porzioni di edificio, e non all'intero edificio, trovano applicazione le modalità di seguito descritte:

- in caso di intervento che investa almeno il 25% della superficie disperdente dell'edificio si dovrà prevedere il rispetto delle norme sull'efficienza energetica degli edifici (Decreto interministeriale 26 giugno 2015), previste per le Ristrutturazione di 1° livello (Allegato 1, Cap. 3, par. 3.3) e per le Ristrutturazione di 2° livello (Allegato 1, Cap. 4, par. 4.2). Qualora non fosse possibile adottare quanto sopra, l'obiettivo dovrà essere una riduzione del 20% della domanda di energia primaria non rinnovabile. Tale processo sarà documentabile mediante un'APE ex ante ed ex post.
- in caso di interventi inferiori al 25% il relativo progetto dovrà comunque prevedere tutti gli interventi possibili che contribuiscono all'efficientamento energetico, quali ad esempio:
  - aggiunta di isolamento ai componenti dell'involucro esistente, come pareti esterne (compresi i muri verdi), tetti (compresi i tetti verdi), solai, scantinati e piani terra (comprese le misure per garantire la tenuta all'aria, le misure per ridurre gli effetti dei ponti termici e delle impalcature) e prodotti per l'applicazione dell'isolamento all'involucro dell'edificio (compresi i dispositivi di fissaggio meccanico e l'adesivo);
  - sostituzione delle finestre esistenti con nuove finestre efficienti dal punto di vista energetico;
  - sostituzione delle porte esterne esistenti con nuove porte efficienti dal punto di vista energetico;
  - installazione e sostituzione di sorgenti luminose efficienti dal punto di vista energetico;
  - installazione, sostituzione, manutenzione e riparazione di impianti di riscaldamento, ventilazione e condizionamento dell'aria e di riscaldamento dell'acqua, comprese le apparecchiature relative ai servizi di teleriscaldamento, con tecnologie ad alta efficienza;
  - installazione di dispositivi idraulici per cucine e sanitari a risparmio idrico ed energetico conformi alle specifiche tecniche di cui all'appendice E del presente allegato e, nel caso di soluzioni per docce,
  - docce con miscelatore, uscite doccia e rubinetti per doccia che hanno un flusso d'acqua massimo pari o inferiore a 6 litri/min attestato da un'etichetta esistente sul mercato dell'Unione.



- i prodotti connessi all'energia (regolamento UE 2017/1369) dovranno riportare l'etichettatura delle classi superiori (A, B). Gli efficientamenti introdotti potranno essere descritti in una relazione che comprenda il Calcolo del risparmio di energia primaria secondo la metodologia ENEA o GSE, piuttosto che un'APE.

## 2.2 PERFORMANCE

Il presente paragrafo si riferisce alla sottosezione predisposta ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, che impone alle Pubbliche Amministrazioni di redigere annualmente un documento programmatico triennale - denominato Piano della performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio - con il quale sono individuati gli obiettivi strategici e operativi e sono definiti, con riferimento agli obiettivi finali e intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori della performance.

In questa sezione trova posto la programmazione degli obiettivi organizzativi e degli indicatori di performance dell'amministrazione.

In particolare, partendo dagli obiettivi di valore pubblico, anticorruzione, organizzazione e capitale umano esplicitati nelle specifiche sezioni del PIAO, in continuità con gli obiettivi programmati per l'annualità 2024, sulla base delle indicazioni della direzione strategica aziendale e di incontri programmati con la dirigenza di vertice e con il costituendo Comitato di Budget (deliberazione n. 14 del 20/01/2025) sono state individuate le macro-aree e sono stati declinati gli obiettivi di performance dell'Azienda per il triennio 2025-2027.

### 2.2.1. Sistema di misurazione della Performance

Il Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati, introdotto dal **D.Lgs 150/2009**, recepito a livello regionale dalla **L.R. n.1/2011**, adottato dall'Azienda con deliberazione n. 397 del 4.5.2012 e aggiornato annualmente, costituisce l'insieme, coerente ed esaustivo della metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione della performance, poste in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nel processo e la cui attuazione consente all'Azienda di pervenire, in modo sistemico, a misurare e valutare i risultati organizzativi ed individuali, rendendone quindi conto ai propri portatori d'interesse.

**Il documento, aggiornato entro il termine previsto del 31 gennaio 2025, è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione Trasparente/Performance/sistema di misurazione e valutazione della performance e vi si rimanda per i contenuti di merito.**

La **performance** rappresenta infatti il contributo prestato da ciascuna equipe organizzata o singola professionalità dell'Azienda per il conseguimento delle finalità aziendali, quindi per la soddisfazione dei

fabbisogni di salute per i quali l'organizzazione stessa è costituita. In considerazione sia dell'ampiezza che della profondità del concetto di "performance", l'Azienda programma, monitora, misura, valuta e porta a conoscenza i propri risultati, in riferimento alla complessità del proprio modello organizzativo ed in relazione ai diversi livelli di governo aziendale (azienda, macrostrutture/aree, unità operative, gruppi/linee di attività, singoli individui). Con l'attuazione di tale logica, l'Azienda è in grado di misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto ai propri obiettivi istituzionali (*accountability*), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di responsabilizzazione ed orientamento delle proprie professionalità, dunque opportune politiche del personale.

Il Sistema adottato dall'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, costituendo di fatto la sintesi dei contenuti aziendali di programmazione ed orientamento nel percorso di conseguimento della propria *mission*, in linea con la logica del c.d. "albero delle performance", prevede:

- la chiara individuazione delle strategie aziendali cui tutta l'organizzazione è chiamata a far riferimento;
- l'attuazione del ciclo annuale di gestione della performance, declinando le suddette strategie in obiettivi operativi ed individuando il puntuale coinvolgimento dei singoli Centri di Responsabilità aziendali (sistema di budgeting);
- l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei suddetti risultati organizzativi;
- l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità.

In considerazione delle suddette finalità e di quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, la ASL Roma 5 prevede un sistema integrato, che si articola di fatto in sottosistemi aziendali, direttamente o indirettamente correlati alla gestione dei diversi livelli di performance.

Vengono inoltre individuati i soggetti coinvolti ed i relativi livelli di responsabilità, elementi oggetto di sistematica valutazione secondo opportuni e trasparenti percorsi aziendali.

Fanno quindi riferimento al Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati i seguenti sottosistemi e funzioni, ciascuno dei quali disciplinato da apposita regolamentazione aziendale.



ORGANISMI E FUNZIONI:

- **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).**
- **Struttura Tecnica Permanente (STP).**

SOTTOSISTEMI E DOCUMENTI CHE COMPONGONO IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI:

- **PIAO – sezione Performance.**
- **Sistema di gestione della Performance organizzativa (sistema di budgeting).**
- **Sistema di gestione della Performance individuale (correlato sistema di incentivazione del personale).**
- **Relazione annuale sulla prestazione e sui risultati.**

SISTEMI CORRELATI AL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI:

- **Sistema di valutazione permanente degli incarichi.**
- **PIAO – sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza.**

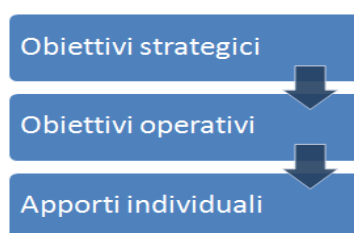
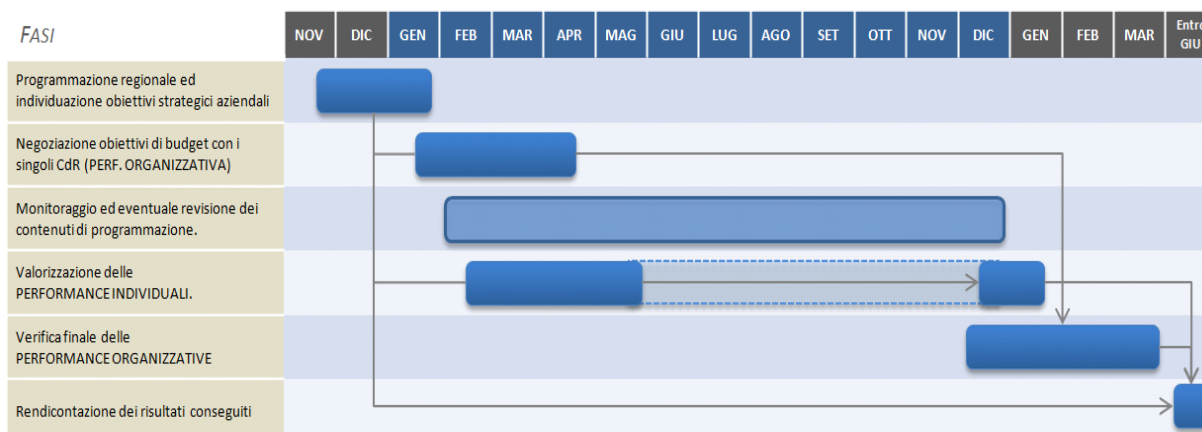
### 2.2.2. Ciclo di gestione della performance

Se il Sistema di gestione delle performance rappresenta la capacità della ASL Roma 5 di programmare e render conto della propria azione, l'effettiva messa in atto delle procedure annuali di misurazione e valutazione dei risultati (organizzativi ed individuali) si svolge secondo uno schema logico-temporale, il c.d. ciclo di gestione delle performance, che prevede le seguenti fasi:



- **individuazione delle aree e degli obiettivi strategici** da parte della Direzione aziendale, in attuazione della propria *vision*, in recepimento delle linee programmatiche dettate a livello regionale;
- **attivazione del processo annuale di budgeting**, con la definizione ed assegnazione degli obiettivi operativi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, oltre all’allocazione delle risorse disponibili;
- **monitoraggio ed eventuale rimodulazione dei contenuti della programmazione strategica e/o operativa**;
- **misurazione e valutazione delle performance conseguite nell’esercizio e del correlato grado di perseguimento delle strategie direzionali**;
- **rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organismi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.**

Il timing annuale delle diverse fasi del Ciclo di gestione delle performance già attivato dalla ASL Roma 5, pur condizionabile da fattori “esterni” al governo aziendale, una volta messo a regime è rappresentabile nel seguente cronogramma.



Facendo riferimento alle diverse dimensioni della performance (strategica, organizzativa ed individuale), la ASL Roma 5 dà attuazione al proprio Ciclo di gestione delle performance facendo riferimento alla logica del c.d. “**albero della performance**”.

Secondo tale impostazione, vengono chiaramente rappresentati i legami fra **gli obiettivi strategici, gli obiettivi a carattere operativo ed i correlati apporti individuali**, fornendo in tal modo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata dei risultati aziendali.

Gli ambiti di programmazione a carattere strategico, ovviamente, forniscono una rappresentazione degli *outcome* perseguiti dall’Azienda, generalmente attraverso un coinvolgimento di tipo trasversale rispetto agli ambiti delineati dall’organigramma, quindi coinvolgendo diverse aree in forma integrata e necessariamente coordinata.

L’attuazione del Ciclo della performance attraverso tale logica, oltre a assicurare la Direzione strategica circa il confluire dei risultati organizzativi ed individuali verso il perseguimento delle proprie strategie, rappresenta anche un chiaro punto di riferimento e di responsabilizzazione nei confronti degli stessi dipendenti.

### 2.2.3. Gli obiettivi strategici

Al fine di garantire l’integrazione tra gli strumenti programmatori e, quindi, il collegamento tra *performance*, programmazione economico-finanziaria e di bilancio, processo di *budget*, processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, alla integrità e in generale alla prevenzione della corruzione, gli obiettivi e gli indicatori sono costruiti in modo tale da facilitare l’integrazione tra i diversi piani e la massimizzazione

del raggiungimento delle loro finalità meglio declinate nella stesura degli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

**A) AREA GOVERNO CLINICO**

**A1 - Miglioramento dell'accessibilità delle cure e presa in carico**

**A2 - Miglioramento della qualità dell'assistenza ed esiti degli interventi**

**A3 - Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale e territoriale**

**A4 - Miglioramento della qualità dei servizi alla persona**

**B) AREA GOVERNO ECONOMICO**

**B1 - Contenimento dei costi diretti e indiretti**

**C) AREA GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE**

**C1 - Contributo alla riorganizzazione aziendale**

**C2 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini - anticorruzione e trasparenza**

**C3 - Miglioramento dell'accessibilità ai servizi**

**C4 - Ottimizzazione della produttività specifica e dell'innovazione tecnologica**

**C5 - Miglioramento della puntualità delle prestazioni**

**C6 - Pari opportunità e equilibrio di genere**

**C7 - Semplificazione, reingegnerizzazione dei processi, digitalizzazione, sanità digitale**

**C8 - Crescita e valorizzazione delle risorse umane**

**C9 - Potenziamento e qualificazione attività di prevenzione**

**2.2.4. Performance organizzativa**

Il sistema di programmazione e controllo della performance organizzativa deriva logicamente i propri contenuti dalle linee strategiche direzionali e, in linea con quanto disposto dall'ANAC (ex CIVIT) con Delib. n. 89/2010, orienta il proprio focus, in termini di processi, risultati, *input*, *output* ed *outcome*, verso i seguenti ambiti di valutazione dei risultati:

- attuazione delle politiche riferite alla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- attuazione di piani e programmi, ovvero misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli *standard* qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;

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

Il Sistema, attraverso l'attuazione delle logiche di budgeting riferite ad ogni Centro di Responsabilità (CdR), mira a perseguire i livelli di efficienza ed efficacia sintetizzate nelle strategie aziendali, oltre a responsabilizzare, secondo opportuni livelli, il personale afferente ai diversi ambiti organizzativi.

Per la gestione del proprio sistema di budgeting la ASL Roma 5 ha come modello di riferimento la c.d. *"Balanced ScoreCard"* (BSC) in modalità adattata al contesto no-profit dell'organizzazione e finalizzata ad un miglioramento continuo dei processi. Con la BSC l'Azienda ha adottato una visione programmatoria multidimensionale che risulta particolarmente efficace nella misurazione e valutazione dell'attività di un'Azienda del servizio sanitario.

Il **processo annuale di budgeting** prende formalmente avvio con la trasmissione delle relative linee di indirizzo a tutti i Direttori di Dipartimento/UOC/UOSD da parte della Direzione strategica aziendale, contenuti verso cui dovrà convergere, in modo integrato, l'impegno operativo di tutta l'organizzazione (strutture e singole professionalità) nell'anno di riferimento.

La Direzione strategica ASL Roma 5 coinvolge tutti i Dirigenti titolari di struttura (CdR) nell'analisi della programmazione da sviluppare in considerazione del contesto e delle risorse effettivamente disponibili. In considerazione di tale passaggio, anche tutto il restante personale dell'Azienda è chiamato a far riferimento ad un'unica matrice organizzativa, all'interno della quale sono individuati gli specifici obiettivi operativi e i relativi indicatori di risultato.

In riferimento a ciascun CdR, sono previsti i seguenti documenti di budgeting:

- analisi di contesto (SWOT);
- report sulla numerosità e tipologia delle risorse umane e strumentali assegnate;
- report riferito ai dati storici di attività e di costo;
- indicazione degli obiettivi strategici di riferimento;
- scheda indicante gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori di risultato;
- piano operativo di budget;
- verbale di negoziazione.

Il dettaglio degli obiettivi strategici è annualmente allegato al PIAO, sezione performance (**Allegato 1**).

Oltre alle debite operazioni di monitoraggio e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi in corso d'anno, a partire dal mese di dicembre l'Azienda attiva i percorsi di **verifica dei definitivi risultati di budget conseguiti nell'esercizio**. Le funzioni integrate della STP acquisiscono ed elaborano le informazioni derivanti dai flussi informativi aziendali, dalle relazioni annuali prodotte dai singoli CdR, oltre che dall'ulteriore documentazione utile ad esaminare le prestazioni conseguite dalle singole strutture nell'anno di riferimento.

L'istruttoria derivante da tale fase, ove opportuno può essere trasmessa ai rispettivi titolari di CdR, i quali hanno la possibilità di integrare i suddetti contenuti con debite osservazioni e puntualizzazioni.

Il percorso si conclude con la trasmissione dell'istruttoria così completatasi all'OIV, ai fini del perfezionamento delle verifiche di propria competenza.

Tenuto presente il Piano triennale delle prestazioni e dei risultati ed in considerazione delle performance annuali verificate, l'Azienda entro il mese di giugno predispone la **Relazione annuale della performance** riferita all'esercizio precedente, documento in cui vengono evidenziati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati, quindi il grado di conseguimento delle strategie pluriennali, oltre all'analisi delle opportunità e degli elementi di criticità evidenziatesi nell'esercizio.

La Relazione, analizzata e validata dall'OIV, viene quindi portata a conoscenza degli *stakeholders* aziendali nelle forme previste dalla ASL Roma 5 in termini di trasparenza; inoltre, impostata in tale forma, la Relazione annuale rappresenta il logico punto di riferimento per procedere ad eventuali aggiornamenti del Piano triennale della prestazione e dei risultati.

#### **2.2.5. Performance individuale**

Sempre in linea con il modello dell'albero della performance, la programmazione e verifica della performance individuale è necessariamente collegata alla dimensione della performance organizzativa, quale contributo organizzato dei singoli dipendenti ai fini del conseguimento dei risultati d'equipe. A tal proposito la ASL Roma 5, nel rispetto dei debiti passaggi di contrattazione integrativa, ha disciplinato in appositi protocolli applicativi la metodologia di analisi delle performance individuali effettivamente prestate e le correlate modalità di calcolo degli incentivi individuali.

L'OIV monitora costantemente la validità della metodologia adottata, nonché la corretta applicazione della stessa in corso d'anno.

A partire, quindi, dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Azienda, ai fini della massima trasparenza e partecipazione, richiede ai propri direttori di CdR, nonché alle Posizioni Organizzative ed alle Funzioni di Coordinamento del Comparto, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori. In tale fase tutto il personale viene coinvolto nel



conseguimento degli obiettivi di struttura, procedendo all'analisi delle modalità attraverso cui organizzare i necessari apporti individuali (qualitativi e quantitativi).

In relazione a ciò, vengono individuati e condivisi i criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali, esplicitando per ciascuno di questi il significato oggettivabile del livello di apporto individuale in una scala a cinque livelli.

Al termine dell'esercizio il relativo responsabile è chiamato a compilare le schede di valorizzazione individuale con il coinvolgimento del personale interessato, per poi trasmettere le stesse agli uffici amministrativi per i successivi adempimenti legati al calcolo degli incentivi.

Alla luce della complessità del modello organizzativo aziendale, nel calcolo degli incentivi sono tenuti in debita considerazione anche i diversi livelli di responsabilizzazione nel conseguimento degli obiettivi.

Il sistema di calcolo è inoltre impostato secondo un'analisi di tipo multidimensionale, che tiene in considerazione i diversi elementi d'analisi in chiave moltiplicativa, quindi riuscendo a valorizzare il merito individuale sia in base alla quantità del servizio prestato, che in considerazione della qualità dei suoi contenuti.

### **2.3 PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

La sezione Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO, adottata annualmente, è uno strumento programmatico volto a perseguire i seguenti obiettivi:

- fornire una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione;
- individuare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di corruzione, a partire dalle attività previste dall'art. 1, comma 16, lettere a), b), c) e d) della L. 190/2012 ovvero procedimenti di autorizzazione o concessione, procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi o forniture, procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi e in generale vantaggi economici a persone ed enti pubblici o privati, concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni di carriera;
- adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

La sezione Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO è allineata in particolare agli obiettivi declinati nel PNA ovvero:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Al conseguimento di tali obiettivi concorrono tutti i dipendenti dell'azienda. In particolare, i Dirigenti e tutto il personale, il Responsabile della prevenzione della corruzione e i Referenti anticorruzione delle macro-aree concorrono alla individuazione ed attuazione delle misure più idonee ed efficaci da adottare e alle attività di implementazione del Piano e di monitoraggio della sua effettiva realizzazione.

In dettaglio, il Piano per la prevenzione della corruzione risponde alle seguenti esigenze:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Tra tali attività vanno ricomprese quelle sopra richiamate di cui al comma 16 della legge 190/2012, le attività maggiormente esposte ai rischi corruttivi indicate nel Piano nazionale anticorruzione ma anche le ulteriori attività ritenute opportune;
- definire con i dirigenti e il personale addetto alle aree a più elevato rischio le procedure per l'effettuazione di analisi, valutazioni, proposte;
- definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione del procedimento;
- rilevare e adottare le misure di contrasto rispetto a rischi identificati, quali:
- l'introduzione e lo sviluppo di forme di controllo interno dirette a prevenire la corruzione e consentirne l'emersione;
- meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- valutazione della possibilità di garantire sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, attraverso la definizione di regolamenti, protocolli operativi e attività proceduralizzate per tutti i processi aziendali considerati a maggior rischio, con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- attivazione della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza (whistleblowing), ai sensi del comma 51 dell'art. 1 della L. 190/2012, attraverso la previsione di adeguate forme di tutela in capo al segnalante, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- obblighi di informazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- definizione delle modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di

parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

- adozione di misure che garantiscano:
  - il rispetto delle norme del Codice di Comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 44 dell'articolo 1 della L. 190/2012;
  - l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri di comportamento, tra cui dovrà rientrare il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;
  - la diffusione delle disposizioni in materia di non conferibilità e di incompatibilità degli incarichi, di cui ai commi 49 e 50 dell'articolo 1 della L. 190/2012, e di cui al comma 16-ter dell'articolo 53 D. Lgs. 165/2001 come modificato, secondo le regole definite ulteriormente con il D. Lgs. 39 dell'8 aprile 2013;
  - la diffusione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, come modificate dal comma 42 dell'articolo 1 della L.190/2012;
  - la verifica della realizzazione del piano trasparenza come disciplinata dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ivi comprese l'adozione del Piano della Trasparenza (come articolazione dello stesso Piano triennale anticorruzione), l'attivazione del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso civico;
  - la realizzazione, anche in collaborazione con la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al Responsabile anticorruzione dell'amministrazione, ai dirigenti amministrativi competenti e ai dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
  - l'individuazione di forme di integrazione e di coordinamento con il Piano della Performance;
  - la definizione delle modalità delle forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione, sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica.

Le misure di gestione del rischio previste ai fini della prevenzione e del contrasto della corruzione e dell'illegalità e della promozione dell'integrità, sia quelle obbligatorie per legge, specifiche e trasversali (trasparenza, codice di comportamento, incompatibilità e non conferibilità, ecc), sia quelle ulteriori individuate in relazione ai rischi specifici, vengono recepite nell'ambito del Ciclo della Performance aziendale e negli aggiornamenti annuale della sezione Performance.

Le azioni di prevenzione della corruzione programmate per il triennio 2025-2027 si pongono in continuità con quelle previste nelle precedenti Programmazioni e mirano a dare maggiore stabilità a forme di collegamento con il ciclo delle performance.

### **2.3.1. Coordinamento con il ciclo della performance**

Al fine di ricomprendere, assieme al ciclo della performance, anche gli ambiti relativi agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza, al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione, è auspicabile possa addivenirsi ad un ciclo di performance integrato.

La documentazione per agevolare il coordinamento, è, in particolare:

- la sezione PIAO “Performance” e la Relazione sulla performance (art.10 del d.lgs. 150 del 2009);
- il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art.7 del d.lgs. 150 del 2009);
- la Programmazione della trasparenza.

Data la rilevanza strategica dell’attività di prevenzione e contrasto della corruzione, le amministrazioni sono tenute ad inserire le attività che pongono in essere per l’attuazione della legge 190/2012 nella programmazione strategica operativa, definita in via generale nella sezione Performance.

I processi e le attività di programmazione posti in essere per l’attuazione della Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza sono quindi inseriti dalle Pubbliche Amministrazioni nei propri strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno corruzione. Le politiche sulla performance infatti contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Pertanto, la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell’integrità di cui al d.lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5. Di conseguenza, l’Azienda provvederà annualmente ad individuare, su motivata proposta formulata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito, RPCT) sulla base delle eventuali criticità emerse all’esito del monitoraggio, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Tali obiettivi sono inseriti nella sezione Performance, tanto sotto il versante della performance organizzativa quanto della performance individuale.

La Relazione della performance conterrà specifiche informazioni circa il raggiungimento dei suddetti obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità, e dunque circa l’esito della valutazione della performance organizzativa e individuale. In particolare, a norma dell’art. 10 d.lgs. 150/2009, la Relazione della performance dovrà evidenziare a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La detta Relazione deve essere trasmessa al RPCT, al quale competono le seguenti attività:

- effettuare un’analisi per individuare le ragioni/cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi;

- individuare, anche su proposta dei Referenti e dei Responsabili di struttura, eventuali azioni correttive, sia con riferimento alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori;
- inserire eventuali azioni correttive nell'ambito delle misure di implementazione/ miglioramento del Piano.

## **2.3.2. Soggetti e compiti**

### **2.3.2.1 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)**

Le evoluzioni normative inerenti alla figura del RPCT (in particolare, le modifiche introdotte dal D. Lgs 97/2016 e gli ultimi PNA ANAC) sono state volte ad unificare in capo ad un unico soggetto l'incarico di RPCT e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonee a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività.

In linea con tale dato, con deliberazione n. 761 del 12 settembre 2018, continuando ad attuare le nuove disposizioni normative, la ASL Roma 5 ha provveduto a formalizzare con apposito atto l'integrazione dei compiti di responsabile anticorruzione con quelli in materia di trasparenza in un unico soggetto. Con deliberazione n. 1195 del 18 ottobre 2024, l'ASL Roma 5 ha proceduto alla nomina del nuovo RPCT rinviando a successivi atti l'adozione, tra l'altro, di misure volte ad assicurarne l'indipendenza rispetto all'Organo di indirizzo, e l'individuazione di struttura e personale a supporto.

Ciò in quanto al RPCT debbono essere garantiti:

- Posizione di indipendenza e di autonomia dall'organo di indirizzo, attraverso modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPCT siano attribuite funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;
- Supporto conoscitivo ed operativo, come stabilito dalla normativa che prevede una struttura organizzativa di supporto adeguata e poteri effettivi di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura sia nella fase di predisposizione del piano sia nella fase di controllo;
- Poteri di interlocuzione e controllo garantita attraverso una organizzazione amministrativa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto e unità organizzative coordinate tra loro e rispondenti all'input ricevuto.

### **2.3.2.2 Il referente per la corruzione ed il raccordo con gli altri organi e figure presenti nell'amministrazione**

La complessità dell'organizzazione aziendale richiede l'affiancamento al RPCT di Referenti individuati nelle diverse strutture nelle quali è articolata l'Azienda, e dunque nelle diverse aree di rischio, nominati con deliberazione del Direttore Generale su proposta del RPCT. In passato, è già stata sperimentata tale modalità (deliberazione n.383 del 28 aprile 2017) ma non ha conosciuto continuità per sopravvenute

difficoltà operative. È auspicabile che possano maturare le condizioni per ripristinare il processo e riattivare la rete dei referenti di supporto al RPCT con il compito di garantire il raccordo necessario alla creazione di un efficace meccanismo di comunicazione/informazione, per il proficuo esercizio della funzione di prevenzione della corruzione.

Ai referenti compete, in particolare:

- cooperare alla gestione del rischio;
- assicurare un efficace flusso informativo tra il Responsabile anticorruzione e i Responsabili delle articolazioni aziendali;
- verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle macro-aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al Responsabile della prevenzione eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;
- cooperare con il responsabile ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- cooperare ai fini dell'individuazione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio nelle aree maggiormente esposte;
- svolgere un costante monitoraggio sull'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata.

### **2.3.2.3 I dirigenti**

La legge affida ai dirigenti poteri di controllo ed obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel piano debbono essere quindi il risultato di un'azione sinergica del responsabile della Prevenzione e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

I dirigenti hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole nella

loro dimensione di valori funzionali al miglioramento dell'efficienza dei servizi, della qualità delle prestazioni e dei rapporti con gli utenti e fra dipendenti.

In tale prospettiva, l'approccio dei Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali deve essere in primis finalizzato al conseguimento del pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti assegnati alle strutture di rispettiva competenza nel processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione e di promozione della legalità.

I dirigenti esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e funzioni:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione, dei referenti e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano al processo di prevenzione e gestione del rischio di corruzione, formulando specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- propongono misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e di illegalità e ne controllano il rispetto da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti;
- osservano e vigilano sull'osservanza, da parte del personale assegnato alla struttura di rispettiva pertinenza, delle norme dei Codici di Comportamento generale ed aziendale e delle misure del presente Piano, rilevano e comunicano tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ed all'UPD eventuali violazioni;
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nella struttura cui sono preposti e, nell'ipotesi di violazioni integranti fattispecie di natura corruttiva, adottano i conseguenti provvedimenti gestionali di competenza, quali l'esercizio dell'azione disciplinare e l'adozione degli atti preordinati all'applicazione delle misure della sospensione e della rotazione;
- individuano almeno un referente interno con il compito di sovrintendere e coordinare le attività e gli adempimenti in materia di anticorruzione nell'ambito della struttura cui sono preposti.

#### **2.3.2.4 L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

Gli OIV rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle Pubbliche amministrazioni, come confermato dal D.lgs. 33/2013.

Gli OIV sono tenuti, in particolare, a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione della performance.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento.

L'OIV esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento Aziendale ed assicura il coordinamento tra i contenuti del codice ed il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del codice.

#### **2.3.2.5 Gruppo di lavoro multidisciplinare**

Con deliberazione n. 174 del 3 marzo 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da personale interno con differente qualificazione professionale ed esperienza di servizio presso le diverse strutture afferenti alle aree di rischio con il compito di collaborare con il RPCT nella rilevazione dei processi afferenti alle attività e soprattutto nella diffusione delle tematiche dell'etica e della legalità.

Il progetto non ha conosciuto continuità per sopravvenute difficoltà operative. È auspicabile che possano maturare le condizioni per ripristinare la rete e i processi ad essa correlati.

#### **2.3.2.6 RASA**

L'inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti e il relativo aggiornamento viene curato dal Direttore UOC Appalti e Contratti il quale funge per questo adempimento da RASA (Responsabile Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti) e al quale compete l'implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo.

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

#### **2.3.2.7 Comitato di audit**

Considerato che il PNA stabilisce che il PTPC "è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi", e tenuto conto che il presente Piano risponde alle seguenti esigenze:

- Individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- Prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- Monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- Individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti dalla legge.



Nell'emanando atto aziendale è previsto un'apposita struttura di internal audit. In precedenza, con deliberazione n.924 del 22 novembre 2016 è stata approvata la "Procedura per la gestione delle attività di auditing interno" con l'istituzione del Comitato di audit, in fase di modifica ed integrazione.

### **2.3.3. Patti di Integrità negli affidamenti**

I Patti di Integrità (altrimenti detti "Protocolli di Legalità") sono strumenti di carattere pattizio atti ad ampliare e rafforzare l'ambito di operatività delle misure di prevenzione e di contrasto alle diffuse forme di illegalità nel settore dei pubblici appalti. Essi, infatti, rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione da parte dell'affidatario viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto, consentendo alle stazioni appaltanti di avvalersi di un regime sanzionatorio piuttosto ampio, comprendente, tra l'altro, in fase di partecipazione alla gara nel caso di mancata sottoscrizione/accettazione del patto, alla revoca dell'aggiudicazione con conseguente applicazione delle misure accessorie (escussione della cauzione e segnalazione all'ANAC) e infine alla risoluzione del contratto eventualmente stipulato, nei casi in cui venga accertata la violazione delle clausole pattuite.

### **2.3.4. Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio**

L'attività di valutazione dei rischi (cd. Risk Assessment) prende in considerazione i fattori, sia interni sia esterni all'Azienda, che possono impedire il raggiungimento degli obiettivi prefissati e stima l'impatto economico del mancato raggiungimento degli stessi.

Tale analisi viene improntata sull'auto-valutazione dei rischi da parte del responsabile del processo esaminato. Essa mira ad introdurre accorgimenti utili alla gestione dei rischi, ossia strategie, politiche, procedure che, pur non eliminando completamente elementi di incertezza, sono in grado di minimizzarli e contenerli.

L'analisi si focalizza sul procedimento di determinazione degli obiettivi aziendali interconnessi con i rischi sia a livello globale di azienda sia a livello più specifico di singole attività.

Una volta individuati e classificati i diversi elementi di rischio, il processo di risk assesment si conclude attribuendo agli stessi un peso che ne misuri la rilevanza per l'impatto sulle strategie e politiche aziendali, ottenendo una classificazione delle minacce incombenti sull'attività e fornendo con immediatezza un quadro di riferimento per la pianificazione degli interventi di audit.

Il Risk Assesment è quindi una metodologia strutturata di autovalutazione del rischio aziendale da parte del management e si articola nelle seguenti fasi operative:

- Mappare i processi principali;
- Rilevare gli obiettivi dei processi attribuiti ai responsabili, e le relative attività necessarie per conseguirli;

- Identificare i possibili rischi, e relative cause, che verificandosi limitano il raggiungimento degli obiettivi;
- Quantificare la rilevanza del rischio e valutare il sistema di controllo post a presidio;
- Individuare ed implementare idonee strategie di controllo, azioni a presidio dei rischi non controllati o parzialmente controllati (Action Plan).

La nuova mappatura verrà progressivamente organizzata con l'attivazione del nuovo Atto Aziendale attraverso l'approccio valutativo, di tipo qualitativo che sarà applicato in modo graduale con l'attivazione delle strutture.

Di seguito le aree a rischio individuate:

- Gestione fondi PNRR e strutturali;
- Gestione fondi Giubileo 2025;
- Gestione dei beni immobili e mobili;
- Contratti pubblici: programmazione, progettazione gara, selezione contraente, verifica aggiudicazione e stipula contratto, esecuzione, rendicontazione;
- Reclutamento del personale e incarichi ex art.53 D.Lgs.n.165\2001;
- Liste di attesa;
- Attività libero – professionale;
- Conferimenti incarichi legali e verifica incompatibilità\inconferibilità;
- Appropriately prescrizioni farmacologiche;
- Autoparco: gestione del parco auto aziendale, analisi dei costi e dei consumi di carburante;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato (es. sovvenzioni, sussidi, contributi, ecc.);
- Rapporto con erogatori privati: verifiche, controlli, valutazione del fabbisogno;
- Incarichi di docenza;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto ed immediato (es. autorizzazioni e concessioni, etc.);
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato (es. erogazione contributi, etc.);
- Programmazione;
- Contratti pubblici - Progettazione della gara;
- Contratti pubblici - Selezione del contraente;
- Contratti pubblici - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto;
- Esecuzione;

- Rendicontazione;
- Incarichi e nomine;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Affari legali e contenzioso.

A queste aree di rischio (obbligatorie per l'ANAC), si ne aggiungono altre, specifiche per le Aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale:

- Attività libero professionale;
- Liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

### **2.3.5. Misure per la riduzione del rischio**

Le misure di riduzione del rischio variano a seconda del contesto nelle quali operano.

Con particolare riferimento alle aree inerenti all'acquisizione e gestione del personale, e alla materia relativa ai contratti pubblici, si osserva che:

- Nelle attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro, ai fini dell'applicazione dell'art.53, comma 16 ter, del d.lgs. 165/2001, l'Azienda prevede la presenza nei contratti di assunzione del personale della clausola del divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Stante quanto detto, le conseguenze sono le seguenti:

- l'esclusione dalle procedure di affidamento dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti di cui sopra;
- la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto ai punti precedenti e il divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con

l'Azienda per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti;

- formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.

La UOC Gestione del Personale espleta un controllo del 100% sulle dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti e richiede ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.lgs. 165/2001, di non aver riportato condanne per i delitti di cui ai capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.

Più in generale, la funzione di controllo fa parte dell'attività ordinaria dell'Azienda tesa ad assicurare che i servizi siano erogati in conformità alle leggi e secondo l'effettiva opportunità di tutela dell'interesse pubblico.

Accanto alle aree di controllo disciplinate dalla legge, es. controllo del collegio sindacale, controllo ufficio ispettivo e disciplinare, controllo sugli atti, controllo strategico e controllo di qualità, l'Azienda prevede altre metodologie di controlli, che dovranno cercare di integrarsi e di cogliere l'elemento della sostanzialità degli stessi:

- Controlli interni (il coordinamento dell'attuazione dei controlli interni è affidata ad una unica struttura aziendale). I principali ambiti di controllo interno sono:
  - personale dipendente
  - personale convenzionato
  - libera professione
  - economico-finanziario
  - ricerca
  - sicurezza dati e privacy;
  - Controlli sulle strutture convenzionate ospedaliere e specialistiche, sia di tipo clinico che amministrativo;
  - Controlli sull'esecuzione dei contratti;
  - Attività di vigilanza esterna;
  - Dipartimento di Prevenzione.

Inoltre, una delle misure di prevenzione del rischio di corruzione riguarda il monitoraggio dell'attività di controllo posta già in essere dai servizi aziendali.

Ogni dirigente ha la responsabilità di controllare le attività che vengono svolte all'interno dei propri uffici o che gli sono specificatamente affidate. Il dirigente è inoltre sollecitato a segnalare forme di controllo

e verifica che possono essere attuate a livello aziendale, essendo i controlli fra le attività più importanti dell'incarico dirigenziale che acquisiscono maggior rilevanza quanto più alto è il grado ricoperto.

Insita nella responsabilità del controllo è la messa in atto di azioni conseguenti per il superamento di situazioni riscontrate non conformi.

### **2.3.6. Formazione dei dipendenti**

La formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo è una misura di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare nell'ambito del PTPCT.

La formazione svolge infatti 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 del Codice di Comportamento e creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza è prevista da specifiche disposizioni contenute nella legge 6 novembre 2012, n. 190 (art. 1, co. 9, lett. b) e c).

La legge 190 del 2012, all'art. 1, co. 9, lett. b) e c), stabilisce che la formazione in materia di anticorruzione e trasparenza deve essere rivolta innanzitutto ai dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione. L'amministrazione è quindi tenuta, per legge, a programmare una formazione specifica e mirata per il RPCT, i dirigenti e tutto il personale operante nelle aree di rischio, sulla base del PTPCT adottato.

La formazione prevista dalla normativa anticorruzione è quindi articolata su due livelli essenziali:

- Un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze e le tematiche dell'etica e della legalità;
- Un livello specifico rivolto al Responsabile anticorruzione ed ai Dirigenti addetti alle aree a rischio.

Una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Consapevolezza dei soggetti nello svolgimento dell'attività amministrativa: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa" (con conseguente riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente);
- Conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- Creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;

- Creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- Creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- Confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio a ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate. Ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogenizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- Diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, spesso non conosciuti;
- Evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- Diffusione dei valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

È auspicabile che l'amministrazione preveda anche una formazione di tipo generale, rivolta a tutti i dipendenti, mirata all'aggiornamento delle competenze e dei comportamenti in materia di etica e della legalità. Le iniziative formative vanno differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono e in relazione alle aree, di rischio o meno, in cui operano.

Gli interventi formativi sono basati su casi concreti e finalizzati a fornire ai destinatari strumenti decisionali in grado di porli nella condizione di affrontare i casi critici e i problemi etici che possono incontrare in specifici contesti e di riconoscere e gestire i conflitti di interessi così come situazioni lavorative problematiche che possono dar luogo all'attivazione di misure di prevenzione della corruzione. L'esame di casi concreti, infatti, calati nel contesto dell'Azienda, favorisce la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti pubblici in materia di prevenzione della corruzione.

L'Azienda, inoltre, può stipulare accordi per favorire un unico programma di formazione in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

I dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività all'interno degli uffici indicati nel Piano triennale di prevenzione della corruzione come a più elevato rischio di corruzione, dovranno partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Tale percorso di formazione, definito d'intesa con il Responsabile della Formazione, dovrà essere indirizzato secondo un approccio che sia al contempo normativo - specialistico e valoriale, in modo da

accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, potrà riguardare le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della L.190/2012, gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre ad ogni tematica che si renda opportuna ed utile per prevenire e contrastare la corruzione.

Per il triennio 2025-2027 si intende promuovere corsi in materia rivolti alle strutture maggiormente esposte a rischio corruzione e interviste “training on the job” sull'anticorruzione, anche al fine di approfondire il metodo qualitativo richiesto da ANAC per la mappatura dei processi, con lo scopo di formare il maggior numero di attori da coinvolgere nella mappatura, così da diffondere il più possibile i valori di etica e legalità all'interno dell'organizzazione.

### **2.3.7. Rotazione dei dipendenti**

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

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

La rotazione va quindi vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e come tale va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare una rotazione come misura di prevenzione della corruzione, le amministrazioni sono tenute ad operare scelte organizzative, nonché adottare misure con effetti analoghi, quale, a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori evitando così l'isolamento di talune mansioni.

In attesa di specifiche indicazioni, è auspicabile che l'Azienda, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, applichi il principio di rotazione prevedendo che nei settori più esposti a rischi di corruzione siano alternate le figure dei responsabili di procedimento, nonché dei componenti delle commissioni di gara e di concorso. Inoltre, il D.lgs. 165/01 prevede che i dirigenti dispongano con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio procedimenti penali disciplinari per condotte di natura corruttiva.

In vista del prossimo emanando Atto Aziendale (la cui proposta è stata formalizzata con delibera n.790 del 01/08/2024 e del quale si è in attesa di approvazione da parte della Regione Lazio), verrà a determinarsi un nuovo assetto organizzativo che comporterà necessariamente una nuova ripartizione delle attribuzioni relative alla gestione delle attività a rischio, nonché del personale addetto.

In passato, con deliberazione n.294 del 16 Aprile 2015 avente ad oggetto "Rotazione del personale dirigente e funzionario della Asl Roma 5 ai sensi della Legge 6 novembre 2012 n.190 e s.m.i.", con deliberazione n.757 del 22.09.2015, parzialmente modificata con la rimodulazione degli incarichi dirigenziali con la deliberazione n.60 del 31.01.2017, si è fatto ricorso al criterio della rotazione del personale responsabile di talune strutture sanitarie ed amministrative, pur assicurando il mantenimento delle necessarie competenze delle strutture aziendali nonché continuità e coerenza degli indirizzi tecnico-amministrativi.

La rotazione avviene in base ai criteri definiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica che fissa anche le misure per evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi normativi in capo ai dirigenti ed ai funzionari pubblici, tenendo conto altresì degli specifici profili professionali dei dirigenti e dei funzionari, dei curricula e delle esperienze professionali maturate. In particolare, la Rotazione del personale deve avvenire secondo i seguenti criteri:

- per il personale dirigenziale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, la durata degli incarichi deve essere fissata al limite minimo legale;
- per il personale non dirigenziale, la durata di permanenza nel settore deve essere prefissata secondo criteri di ragionevolezza, preferibilmente non superiore a 5 anni, tenuto conto anche delle esigenze organizzative;
- per il personale dirigenziale, alla scadenza dell'incarico la responsabilità dell'ufficio o del servizio deve essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente;
- nel caso di impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, l'amministrazione applica la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzi tutto ai responsabili del procedimento.

L'istituto della rotazione straordinaria è misura di prevenzione della corruzione ed assume carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi e solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione ordinaria del personale.



### **2.3.8. Tutela del dipendente che segnala illeciti (cd. whistleblowing)**

Il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro 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.

Le segnalazioni saranno valutate dal superiore gerarchico e, qualora questi ritenga che le stesse abbiano rilevanza disciplinare, procederà secondo la normativa vigente.

Nel caso in cui il responsabile per la prevenzione della corruzione, nell'esercizio delle funzioni attribuite con il piano venga a conoscenza di fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare, deve darne informazione al superiore gerarchico dell'ufficio/servizio/UO/Dipartimento nel quale presta servizio il o i dipendenti che potrebbero essere coinvolti. Il superiore gerarchico procederà con le modalità sopra descritte.

In sede di procedimento disciplinare a carico dell'eventuale responsabile del fatto illecito, l'identità del segnalante non potrà essere rivelata, senza il suo consenso, a condizione che la contestazione e l'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione.

Qualora invece la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità del segnalante potrà essere rivelata ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

L'ANAC promuove l'applicazione di adeguati sistemi di whistleblowing presso tutte le pubbliche amministrazioni, individuando, al contempo, criteri idonei per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti di cui viene a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro.

L'Azienda, in ottemperanza al dettato normativo, ha messo a disposizione per le segnalazioni interne una procedura crittografata tramite la piattaforma informatica denominata whistleblowingPA. Il fornitore, attraverso la sottoscrizione di specifico accordo in merito al trattamento dei dati personali, garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante, dei soggetti coinvolti o comunque menzionati nella segnalazione, del contenuto della stessa e della relativa documentazione, secondo l'art. 28 GDPR quale responsabile del trattamento dei dati personali.

La segnalazione attraverso la piattaforma informatica può essere effettuata dall'interno, tramite qualsiasi dispositivo digitale aziendale, oppure con propria strumentazione informatica anche dall'esterno, accedendo al sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente, oppure accedendo al seguente link: <https://aslroma5.whistleblowing.it/#/>

Tutte le opzioni seguite per accedere alla procedura di segnalazione tramite piattaforma informatica condurranno al sito di Amministrazione Trasparente della ASL Roma 5, al link <https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/> ove sarà possibile prendere preventivamente visione della disciplina, delle modalità di segnalazione e dell'informativa sulla gestione e trattamento dati.

La segnalazione tramite piattaforma digitale è possibile cliccando sul link in evidenza, attraverso il quale si accede alla pagina dedicata.

Al termine del percorso di segnalazione verrà visualizzato un codice che potrà vedere solamente il segnalante. Il codice fornito permetterà al segnalante di rientrare nella segnalazione e dialogare con il Responsabile per la prevenzione della trasparenza e della corruzione, nonché di allegare ulteriori documenti.

La ricordata disciplina è stata integrata dal D.L. 24 giugno 2014, n. 90 (Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari), convertito nella legge 114/2014, che ha modificato con l'art.31 il testo dell'art.54-bis introducendo l'ANAC quale soggetto destinatario delle segnalazioni.

Per quanto riguarda la definizione della nozione di "dipendente pubblico che segnala illeciti", occorre rifarsi alla ratio della norma che è quella di evitare che il dipendente, venuto a conoscenza delle condotte illecite in ragione del rapporto di lavoro, ometta di segnalare per timore di subire conseguenze pregiudizievoli.

Per questa ragione, l'art. 54 bis del D.lgs. 165/2001 impone all'amministrazione che tratta la segnalazione di assicurare la riservatezza dell'identità di chi si espone in prima persona. Ciò, tuttavia, non vuol dire che le segnalazioni siano anonime, il dipendente che segnala illeciti è tenuto a dichiarare la propria identità.

L'art 54-bis del D.lgs. 165/2001 prevede inoltre che il dipendente pubblico possa segnalare le "condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro".

Ad avviso dell'ANAC, le condotte illecite oggetto di segnalazioni meritevoli di tutela comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione di cui al Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, nonché i fatti in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un mal funzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Le tipologie di condotte che possono essere oggetto di segnalazione sono quindi più ampie delle ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari (art. 318, 319, 319 ter c.p.) ed includono anche situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Le condotte illecite segnalate devono riguardare situazioni in cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza "in ragione del rapporto di lavoro", ossia a causa o in occasione di esso.

In caso di trasferimento, comando o distacco, o situazioni analoghe, del dipendente presso altra amministrazione, questi può riferire anche di fatti accaduti in un'amministrazione diversa da quella in cui presta servizio al momento della segnalazione.

Non sono meritevoli di tutela le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci.

### **2.3.8.1 Procedura Relativa alla tutela della riservatezza dell'identità del dipendente che segnala**

La procedura per la gestione delle segnalazioni ha come scopo precipuo quello di proteggere la riservatezza dell'identità del segnalante, del segnalato e dei cd. "facilitatori" in ogni fase, anche nei rapporti con i terzi cui l'Amministrazione dovesse rivolgersi per le verifiche o per le iniziative conseguenti alla segnalazione.

Come già evidenziato, infatti, l'art. 54-bis del D.lgs. 165/2001 prevede che, nell'ambito del procedimento disciplinare eventualmente avviato nei confronti del soggetto cui si riferiscono i fatti oggetto della segnalazione, l'identità del segnalante non possa essere rilevata "senza il suo consenso", sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti ed ulteriori rispetto alla segnalazione. Solo se la contestazione dell'addebito disciplinare è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione l'identità può essere rivelata, ove la sua conoscenza sia "assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato".

Per evitare che il dipendente ometta di segnalare illeciti per il timore di subire misure discriminatorie, occorre che, ai fini di un'efficace gestione delle segnalazioni, l'Amministrazione si doti di un sistema che si compone di una parte organizzativa e di una parte tecnologica, tra loro interconnesse:

- La parte organizzativa riguarda principalmente le politiche di tutela della riservatezza del segnalante;
- La parte tecnologica riguarda il sistema applicativo per la gestione delle segnalazioni: flusso informativo del processo con attori, ruoli e responsabilità necessari al suo funzionamento.

Per tutelare il dipendente che segnala illeciti e garantire quindi l'efficacia del processo di segnalazione il sistema di gestione delle segnalazioni deve essere capace di:

- gestire le segnalazioni in modo trasparente attraverso un iter procedurale definito e comunicato all'esterno con termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria;
- tutelare la riservatezza dell'identità del dipendente che effettua la segnalazione;
- tutelare il soggetto che gestisce le segnalazioni da pressioni e discriminazioni, dirette ed indirette;
- tutelare la riservatezza del contenuto delle segnalazioni;
- fornire una risposta, su richiesta del segnalante, solo alla scadenza dei termini previsti per la conclusione dell'istruttoria o consentire a quest'ultimo, attraverso appositi strumenti informatici, di verificare lo stato di avanzamento dell'istruttoria.

### **2.3.8.2. Schema della procedura proposta per la gestione delle segnalazioni**

Con Deliberazione n. 60 del 10.01.2024 l'Azienda ha approvato il Regolamento per la protezione delle persone che segnalano condotte illecite in violazione di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea (c.d. whistleblowing)", aggiornato ai sensi del D.lgs. n. 2412023.

### **2.3.9. Incompatibilità ed inconferibilità**

Il Consiglio dell'ANAC, preso atto che dopo l'emanazione della delibera n.58 del 2013 alcune amministrazioni hanno formulato osservazioni e quesiti all'ANAC relativi all'applicazione del decreto legislativo 8 aprile 2014, n. 39 nel settore sanitario; considerato che con l'interpretazione formulata dall'Autorità con la citata delibera n. 58/2013, sono diventate destinatarie delle norme in materia di inconferibilità/incompatibilità delle figure professionali diverse da quelle apicali, che seppur oggetto di potenziali ed effettivi conflitti d'interesse, non sono state individuate dal legislatore, né nella legge delega, né nei decreti attuativi e che risulta certamente complesso l'accertamento delle situazioni di incompatibilità/inconferibilità basato sull'analisi di piani aziendali e regolamenti che sono diversi per ogni realtà aziendale sanitaria; vista anche la sentenza n. 5583/2014 emessa dalla terza sezione del Consiglio di Stato secondo la quale, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190, deve ritenersi che non sussista incompatibilità tra la qualifica di dirigente medico di una ASL e la carica di consigliere comunale; ha ritenuto necessario adottare una nuova delibera interamente sostitutiva della delibera n. 58 del 2013, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi e applicativi.

Trattasi della delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, che interpreta e applica il decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.

L'ANAC, dunque, ha proceduto all'individuazione delle strutture sanitarie alle quali si applica il d.lgs. 39/2013 includendo oltre le aziende sanitarie locali (cui fa riferimento il decreto), anche le aziende ospedaliere, gli istituti di ricerca e di ricovero e assistenza. A tutte le strutture del servizio sanitario che erogano attività assistenziali volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo.

È prassi la richiesta della compilazione della dichiarazione a tutti i Dirigenti titolari di incarico.

L'ANAC, nella propria attività istituzionale, si confronta con tutti i soggetti coinvolti e interessati all'ambito dell'applicazione delle complesse disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità contenute nel decreto legislativo n. 39/2013. Al fine di supportare l'attività degli stakeholders, dei soggetti coinvolti nell'applicazione delle disposizioni previste dal d.lgs. n. 39/2013 nonché dell'attività stessa

dell’Autorità, mette a disposizione una sorta di “manuale pratico” ricavato dalle disposizioni in materia esistenti, volto a guidare le stesse amministrazioni nell’applicazione della complessa disciplina prevista dal decreto legislativo 39/20213.

Sono tre i documenti pubblicati. Il primo, intitolato ‘Catalogazione delle delibere Anac in materia di inconfiribilità e incompatibilità’, è composto da due sezioni: una tabella nella quale vengono indicati il riferimento normativo nel quale è contenuta l’ipotesi e le pronunce dell’Autorità nelle quali è stata applicata la specifica causa impeditiva. La seconda sezione contiene alcuni focus relativi a singole fattispecie di inconfiribilità e incompatibilità. Il secondo documento contiene undici “pillole” esplicative in materia di inconfiribilità e incompatibilità e i relativi riferimenti normativi. Il terzo documento riguarda il conflitto di interessi su cui l’Anac non dispone di specifici poteri di intervento e sanzionatori, ma svolge una funzione preminentemente collaborativa, di aiuto all’operato di ciascun ente. Le singole amministrazioni restano competenti a prevenire e vigilare, nonché risolvere, gli eventuali conflitti di interessi che riguardano i propri dipendenti. L’Autorità tuttavia fornisce indirizzi generali sull’applicazione della normativa come in questo caso, attraverso sei principi, sei ‘pillole’, sulla materia del conflitto di interessi.

#### **2.3.10. Conflitto di interessi**

Il conflitto di interessi, reale o potenziale, è una condizione giuridica che si verifica quando viene affidata una responsabilità valutativo-decisionale a un soggetto che versi in condizioni tali, per interessi personali o professionali, che gli impediscono di svolgere le proprie mansioni in modo trasparente ed imparziale.

Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell’Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi da quella attività, ai sensi dell’articolo 6 bis della legge n.241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Il conflitto di interesse deve essere reso noto con immediatezza per via di dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile.

In materia di conflitto d’interesse devono essere rispettati i principi generali previsti nel “Codice di Comportamento Aziendale” nonché le disposizioni particolari sancite agli articoli 6 e 7 del medesimo codice.

##### **2.3.10.1 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)**

Ai fini dell’applicazione dell’art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001, relativo alle misure per evitare potenziali conflitti di interesse e fenomeni di corruzione, vengono adottate le seguenti misure:

- nei contratti di assunzione del personale dovrà essere 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 cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, dovrà essere inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- i soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento;
- nell'ipotesi di violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16, D. Lgs. 165/2001 l'Azienda agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti responsabili.

#### **2.3.11. Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

Il Piano Nazionale Anticorruzione individua, quale misura trasversale, la definizione di un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsto dall'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012, con l'obiettivo di evidenziare eventuali omissioni o ritardi e di consentire la tempestiva adozione di adeguate iniziative in caso di scostamenti, requisito di pubblicazione già introdotto dall'art. 24 c. 2 del D.Lgs n.33/2013.

I Responsabili delle articolazioni aziendali individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, anche parziale, e provvedono al loro monitoraggio periodico.

Il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza deve essere inviato dal Responsabile di ogni singola articolazione aziendale alla Direzione Generale e al RPCT il quale verifica che i Responsabili delle articolazioni aziendali provvedano periodicamente al monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti acquisendo dai Responsabili delle articolazioni aziendali un report periodico in materia.

#### **2.3.12. Codice di Comportamento**

I codici di comportamento sono considerati un'importante misura di prevenzione della corruzione e costituiscono un fondamentale strumento per regolare le condotte dei funzionari ed orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i Piani triennali di prevenzione della corruzione

e della trasparenza e la sezione anticorruzione e trasparenza dei Piani integrati di organizzazione e attività. Essi, quindi, rivestono un ruolo importante nella strategia di prevenzione della corruzione delineata dalla legge n. 190 del 2012.

In particolare, la legge n. 190 del 2012 ha sostituito l'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001 rubricato "Codice di comportamento", prevedendo, da un lato, un codice di comportamento generale, nazionale, valido per tutte le amministrazioni pubbliche e, dall'altro, un codice per ciascuna amministrazione, obbligatorio, che integra e specifica il predetto codice generale.

Il codice nazionale è stato emanato con d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, modificato con d.P.R. 13 giugno 2023 n. 81. Esso prevede i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta per i dipendenti pubblici e stabilisce che le disposizioni ivi contenute siano integrate e specificate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni.

Tutti gli enti e le amministrazioni cui si applica il codice nazionale, inclusi gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, sono, quindi, tenuti all'adozione di un proprio codice di amministrazione che integri e specifichi le previsioni del codice nazionale adattandole alle proprie caratteristiche organizzative.

Ciascuna amministrazione deve definire doveri di comportamento che siano integrazione e/o specificazione di quelli individuati dal codice nazionale.

L'attività di integrazione e/o specificazione presuppone una mappatura dei processi cui far seguire l'analisi dei rischi e l'individuazione dei doveri di comportamento, seguendo quindi lo stesso approccio utilizzato per la redazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

In ogni caso nell'individuazione dei doveri le amministrazioni non possono regolare ambiti diversi da quelli previsti dal codice nazionale, a pena di sconfinare in aree riservate ad altre fonti, né replicare in maniera acritica i contenuti dello stesso codice nazionale.

In particolare, le amministrazioni nei propri codici devono approfondire quei valori ritenuti importanti e fondamentali in rapporto alla propria specificità, in modo da aiutare i soggetti cui si applica il codice a capire quale comportamento è auspicabile in una determinata situazione.

- Gli ambiti generali entro cui le amministrazioni definiscono i doveri, avuto riguardo alla propria struttura organizzativa, possono essere ricondotti a sei:
- prevenzione dei conflitti di interesse, reali e potenziali;
- rapporti col pubblico;
- correttezza e buon andamento del servizio;
- collaborazione attiva dei dipendenti e degli altri soggetti cui si applica il codice per prevenire fenomeni di corruzione e di malamministrazione;
- comportamento nei rapporti privati;
- corretto utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media.

Le categorie di personale tenute al rispetto del codice nazionale e dei codici di comportamento sono:

- dipendenti pubblici c.d. contrattualizzati di cui al d.lgs.165/2001 (art 2, co.1, d.P.R. 62/2013);
- le categorie di personale in regime pubblicistico per le quali le norme del codice costituiscono solo principi di comportamento (art 2, co. 2, d.P.R. 62/2013 e art 3, d.lgs. 165/2001);
- coloro che, pur estranei alla PA, sono titolari di un rapporto di qualsiasi tipo e a qualsiasi titolo con essa, cui il codice si applica nei limiti “della compatibilità” (art 2, co.3, d.P.R. 62/2013).

Le amministrazioni definiscono il codice di comportamento attraverso una procedura aperta alla partecipazione dei dipendenti dell’amministrazione e degli altri stakeholders, interni ed esterni che conduca all’adozione definitiva del codice in modo graduale e progressivo. Ciò al fine di evitare il rischio che il codice venga percepito come un documento “astratto”, redatto solo come adempimento formale ad un obbligo di legge e “preconfezionato”.

Il Nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è stato allegato al PIAO 2024 – 2026, quale parte integrante e sostanziale.

### **2.3.13. Trasparenza e pubblicazione degli atti**

La legge 190/2012 individua la trasparenza come una delle principali misure di prevenzione della corruzione e dell’illegalità, in quanto l’accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività della pubblica amministrazione favorisce forme diffuse di controllo sul corretto esercizio delle funzioni e sull’utilizzo delle risorse.

Con deliberazione n. 761 del 12 settembre 2018 l’esercizio delle funzioni in materia di trasparenza è stata affidato al RPCT.

Nella redazione della Programmazione della trasparenza, il RPCT, deve assicurare l’adempimento degli obblighi di pubblicità previsti dal d.lgs. 33/2013 e recepire gli eventuali ulteriori obblighi di trasparenza previsti dall’ANAC.

In conformità alle indicazioni contenute nella determinazione ANAC n. 831/2016 di aggiornamento del PNA, la Programmazione della trasparenza, costituisce parte integrante del presente Piano di Prevenzione della Corruzione, nell’ambito del quale viene inserito sotto forma di apposita Sezione, denominata “Programmazione della Trasparenza” alla quale si rinvia per il dettaglio della politica di trasparenza adottata dall’Azienda e delle misure adottate in materia.

Il RPCT, sovrintende al corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, assicurando, insieme alla completezza, la chiarezza e l’aggiornamento delle informazioni e dei dati pubblicati.



I casi di mancato, ritardato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione, dovranno essere segnalati, dal Responsabile, alla Direzione Aziendale, all'OIV, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, per le più gravi inadempienze, all'ufficio dei procedimenti disciplinari.

### **2.3.13.1 Programmazione della Trasparenza**

#### **(A) Collegamenti con il Piano della performance**

Oltre che sotto un profilo "statico" - consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, per finalità di controllo sociale -, la trasparenza deve essere assicurata anche sotto il profilo "dinamico" direttamente correlato alla performance.

A tal fine la pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di un controllo diffuso che consenta un "miglioramento" dei servizi pubblici erogati dall'azienda. In tale ottica il programma mette a disposizione di tutti i cittadini dati chiave sull'andamento dell'amministrazione.

Per il buon andamento dei servizi pubblici e la corretta gestione delle relative risorse, la completa pubblicazione on line del Piano della Performance ha l'obiettivo di consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione della ASL, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

I contenuti della "Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza" costituiscono, compatibilmente con le risorse a disposizione, gli impegni definiti dalla Direzione Strategica, da perseguire con la temporalità definita nel Piano delle Performance e negli altri strumenti di programmazione annuale e con la finalità di consentire ai cittadini una maggiore conoscenza della gestione dell'Azienda, di valutare i risultati raggiunti anche in rapporto alle risorse impiegate.

La valutazione annuale dei risultati conseguiti in materia di trasparenza e di pubblicazione delle informazioni, costituisce un riferimento per la valutazione della performance degli assetti aziendali e dei responsabili ed è collegata alla corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.

#### **(B) Indicazione degli uffici e dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma.**

L'incarico di Responsabile per la trasparenza è stato assorbito dall'incarico di RPCT.

Al responsabile sono, in particolare, affidati i seguenti compiti:

- svolgere un'attività di coordinamento e controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa, con particolare riferimento alla continuità, completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni;
- predisporre ed aggiornare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, in relazione anche al piano triennale di prevenzione della corruzione;

- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'istituto dell'accesso civico;
- segnalare all'Organo di indirizzo politico, all'OIV della performance, all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

I soggetti che risultano coinvolti nell'individuazione dei contenuti del presente Programma sono: il RPCT e i Dirigenti Responsabili delle singole strutture, per quanto di rispettiva competenza.

### **2.3.13.2 Individuazione dei Dirigenti Responsabili della Trasmissione dei dati**

Tutti i Dirigenti sono coinvolti nell'attuazione del programma e sono responsabili, secondo gli obblighi di legge, della pubblicazione delle informazioni per la Trasparenza e per il Trattamento dei dati:

- adempiono agli obblighi di pubblicazione, di cui alla sezione "Amministrazione Trasparente" del presente Programma;
- garantiscono il rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla Legge;
- assicurano l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- individuano all'interno della propria struttura il personale referente che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni. La relativa designazione dovrà essere comunicata via email al Responsabile della trasparenza, alla casella di posta elettronica [responsabile.anticorruzione@aslroma5.it](mailto:responsabile.anticorruzione@aslroma5.it).

La trasmissione dei dati, intesa quale confluenza degli stessi dall'archivio al soggetto responsabile della pubblicazione, avviene sotto la diretta responsabilità del Dirigente della Struttura competente per materia, con il supporto del referente appositamente individuato.

Successivamente alla trasmissione, il Dirigente è tenuto a monitorare l'avvenuta corretta pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale da parte del competente servizio.

I dati da pubblicare di competenza delle singole strutture, relativa tempistica di aggiornamento ed i nominativi dei Dirigenti responsabili per ogni sono puntualmente elencati nella tabella allegata al Programma.

### **2.3.13.3 Individuazione dei dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati**

Il RPCT, in merito al controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, per le funzioni relative agli «Adempimenti in materia di trasparenza amministrativa» verifica l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul portale aziendale da parte dei dirigenti responsabili. I dati vengono aggiornati e pubblicati a seguito della comunicazione da

parte dei dirigenti competenti alla mail [pubblicazioneweb@aslroma5.it](mailto:pubblicazioneweb@aslroma5.it) per la pubblicazione sul sito istituzionale. Seguirà una verifica a campione semestrale sull'avvenuta pubblicazione.

Con specifico riferimento all'individuazione dei Referenti della trasparenza e alle modalità di coordinamento con il RPCT, ogni Dirigente individua all'interno della propria Struttura un Referente per la trasparenza, con compiti di supporto al dirigente responsabile nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione, anche al fine di adempiere tempestivamente ad eventuali ulteriori richieste di dati, informazioni e aggiornamenti.

Il nominativo del referente individuato deve essere comunicato via e-mail al RPCT.

Inoltre, il Dirigente di ogni struttura è tenuto ad individuare all'interno della struttura stessa i soggetti che detengono materialmente i dati, che li elaborano e che li trasmetteranno al Referente della trasparenza, che li sottoporrà alla supervisione del Dirigente e successivamente provvederà alla relativa trasmissione per la pubblicazione attraverso la mail [pubblicazioneweb@aslroma5.it](mailto:pubblicazioneweb@aslroma5.it)

Tale trasmissione avviene entro i sei giorni precedenti la scadenza prevista per la pubblicazione del dato (Rif. Allegato1 Tabella ANAC obblighi di pubblicazione in Amministrazione trasparente giusta deliberazione ANAC 1310 del 28/12/2016).

Il RPCT, attraverso incontri, posta elettronica, eventuale elaborazione di modelli/documenti, provvede all'aggiornamento dei referenti della trasparenza.

#### **2.3.13.4 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi**

Per l'inserimento dei documenti e dei dati necessari per adempiere agli obblighi di trasparenza e per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi i Responsabili individuati ed i propri collaboratori si avvarranno della casella di posta elettronica indicata. I flussi delle informazioni da pubblicare nel rispetto dei contenuti del Programma devono rispettare le temporalità definite nell'allegato al Programma ed ove possibile utilizzare la forma tabellare ed il file in formato aperto.

Il RPCT svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dei dirigenti responsabili degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e cura l'organizzazione di incontri da tenersi con i dirigenti responsabili e/o con i referenti, per la soluzione di eventuali problematiche afferenti all'attuazione del Programma.

#### **2.3.13.5 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del responsabile della trasparenza**

Lo stato di attuazione del Programma viene anzitutto verificato dall'OIV e dal RPCT. Il Responsabile effettua un monitoraggio con cadenza annuale delle attività programmate, ed il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge e dal Programma medesimo, attraverso la pubblicazione di una relazione che viene trasmessa alla Direzione Aziendale, all'OIV e pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente".

Inoltre, effettua anche monitoraggi semestrali su determinati parametri di trasparenza richiedendo ai Direttori interessati la massima collaborazione nel fornire i dati e le motivazioni di eventuali ritardi o omissioni.

Qualora nell'attività di monitoraggio e verifica il Responsabile riscontri inadempimenti, incompletezze, ritardi, mancanza di accuratezza nella pubblicazione dei dati rispetto a quanto previsto dalla vigente normativa e dal Programma, procede alle previste segnalazioni.

In allegato al presente piano, l'elenco degli obblighi di pubblicazione [anno 2025].

#### **2.3.13.6 Il Diritto di Accesso**

Fondamentale concretizzazione della trasparenza è l'istituto del diritto di accesso agli atti e documenti della PA. (artt. 22 e ss. L. 241/90) ossia il diritto per tutti i soggetti privati di prendere visione o estrarre copia dei documenti amministrativi detenuti dalle PA. I cittadini devono avere un "interesse" (diretto, concreto, attuale) ad accedere poiché non si può avere un accesso indiscriminato agli atti della PA. La richiesta di accesso necessita pertanto di motivazione della situazione giuridica tutelata e collegata al documento oggetto di richiesta.

Dall'accesso documentale va tenuto distinto l'accesso civico, introdotto dal D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016. Questo tipo di accesso si distingue in "semplice" e "generalizzato" o universale (FOIA, Freedom of Information Act) e si connota in quanto per la relativa istanza non è richiesto un interesse specifico, non essendovi alcuna limitazione alla legittimazione soggettiva del richiedente.

L'accesso "semplice" si riferisce ai contenuti che le PA sono obbligate a pubblicare sul sito nella sezione Amministrazione Trasparente. Tali contenuti sono descritti nel D. Lgs. 33/2013 e s. m. i. e meglio definiti nella delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016.

L'accesso "generalizzato" favorisce il controllo diffuso sul perseguimento delle funzioni istituzionale e sull'utilizzo delle funzioni pubbliche e per promuovere la partecipazione al dibattito pubblico; chiunque ha il diritto di accedere ai dati e ai documenti della PA, ulteriori rispetto a quello oggetto di pubblicazione. In Amministrazione Trasparente è consultabile il Registro delle istanze di accesso.

Con delibera n. 1139 del 27 dicembre 2018 è stato adottato il Regolamento sul Responsabile del Procedimento e sugli Accessi.

#### **2.4 PIANO AZIONI POSITIVE**

Il Piano triennale delle Azioni Positive (PAP) grazie anche all'ampliamento delle garanzie non solo di Genere (*art. 21 della legge 183/2010*), rappresenta lo strumento operativo per l'applicazione concreta, dei principi di parità, di non discriminazione diretta ed indiretta, per età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento e alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni in carriera e alla sicurezza.

Ai sensi della Direttiva n.2 /19 *“Misure per promuovere le Pari Opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”* emanato dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e sottosegretario delegato alle Pari Opportunità, la promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita di un’adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti indispensabili per rendere più efficiente e più efficace l’azione amministrativa. Gli obiettivi sono stati rappresentati attraverso tabelle delle quali si riportano di seguito gli ambiti di intervento:

- Analisi dell’organizzazione in ottica di diffusione della cultura di genere;
- Ottimizzazione degli strumenti di flessibilità lavorativa in ottica di conciliazione vita-lavoro;
- Pari Opportunità;
- Qualità dell’ambiente lavorativo;
- Benessere Organizzativo;
- Formazione.

### 3. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è descritta nell’Atto Aziendale pubblicato sul portale aziendale che rappresenta la carta d’identità dell’Azienda.

**Per i contenuti di merito si rimanda alla sezione di Amministrazione Trasparente/disposizioni generali/atti generali.**

### 4. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L’istituto trova la sua disciplina nella Legge 22 maggio 2017, n. 81, contenente *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”*.

L’articolo 18, comma 1, della Legge definisce il lavoro agile *“quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all’interno dei locali aziendali e in parte all’esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”*. Il comma 3 del citato articolo precisa poi che le disposizioni in materia di lavoro agile *“si applicano, in quanto compatibili, anche nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all’art. 1, comma 2, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell’art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, e fatta salva l’applicazione delle*

diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti”. La legge disciplina specificatamente altri rilevanti aspetti del lavoro agile, quali la forma e il recesso dal contratto stipulato tra le parti, il trattamento e il diritto all’apprendimento continuo e la certificazione delle competenze del lavoratore agile, il potere di controllo e disciplinare del datore di lavoro, la sicurezza del lavoratore sul lavoro, l’assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali.

Gli aspetti importanti del lavoro agile sono rappresentati dall’accordo sottoscritto dalle parti e dagli obblighi di informativa. In effetti, per l’accesso alla modalità agile, il datore di lavoro e il lavoratore stipulano un accordo che deve avere necessariamente la forma scritta ai fini della regolarità amministrativa. L’accordo disciplina l’esecuzione della prestazione lavorativa svolta all’esterno dei locali aziendali, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro e agli strumenti utilizzati dal lavoratore.

L’accordo disciplina il trattamento economico e normativo del lavoro agile, che non può essere inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi.

In data 2 novembre 2022 è stato sottoscritto il CCNL Comparto sanità 2019-2021 che al Titolo IV – Capo IV – dall’art. 76 all’art. 81 disciplina il lavoro a distanza, agile e da remoto.

#### **4.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- Art. 14, Legge 7 agosto 2015, n.124
- Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017
- Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2017
- Artt. 18, 19, 20, 21, 22 e 23 della Legge 22 maggio 2017, n. 81
- Art. 87, Decreto Legge 17 marzo 2020, n.18, convertito dalla Legge del 24 aprile 2020 n. 27
- Art. 263, D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito dalla Legge 17 luglio 2020 n. 77
- Circolare Ministeriale Pubblica Amministrazione n. 3/2020
- Art. 21-bis, D.L. 14 agosto 2020 n. 104, convertito dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 08 ottobre 2021
- Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali del 03 gennaio 2022
- Legge 4 agosto 2022, n. 122 (che ha convertito con modificazioni il D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni)
- CCNL Comparto Sanità 2019-2021, sottoscritto il 2 novembre 2022
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri 29 dicembre 2023.

#### 4.2 LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

A seguito della sottoscrizione del CCNL Comparto Sanità 2019-2021, l'ASL Roma 5 con la deliberazione n. 1059 del 31 maggio 2023, ha disciplinato il lavoro agile e da remoto per il personale del comparto, si riporta di seguito il numero di dipendenti che hanno espletano l'attività lavorativa in modalità agile e da remoto nel 2024:

<b>LAVORO AGILE - ANNO 2024</b>	
<b>PROFILO</b>	<b>N.</b>
Collaboratore Amministrativo	9
Assistente Amministrativo	20
Coadiutore Amministrativo	4
Assistente Tecnico	1
Collaboratore Tecnico	1
<b>Totale</b>	<b>35</b>

<b>LAVORO DA REMOTO - ANNO 2024</b>	
<b>PROFILO</b>	<b>N.</b>
Collaboratore Amministrativo	10
Assistente Amministrativo	6
Coadiutore Amministrativo	2
Commesso	2
<b>Totale</b>	<b>20</b>

#### 4.3 MODALITÀ ATTUATIVE

Le azioni che l'Asl Roma 5 che ha intrapreso per l'accesso alla modalità lavorativa agile e da remoto sono rappresentate dal potenziamento del sistema di digitalizzazione ed informatico aziendale già avviato (piattaforma di gestione dei concorsi, protocollo informatico, fascicolo personale digitale), dalla diffusione della cultura della modalità agile del lavoro attraverso interventi formativi, dal maggiore coinvolgimento del personale dirigenziale in modelli organizzativi basati sulla programmazione e sul controllo degli obiettivi stabiliti.

L'ASL Roma 5, attraverso il lavoro a distanza (agile e da remoto), persegue le seguenti finalità:

- migliorare la qualità dei servizi erogati all'utenza e potenziando la capacità di risposta nei confronti dei cittadini;
- agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti tra abitazione e luogo di lavoro;

- promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica di incremento della produttività e del benessere organizzativo e personale;
- facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti ai quali, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulti particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
- promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance.

#### **4.4. SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE**

I dirigenti sono chiamati ad adottare uno stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati.

Inoltre sono chiamati a individuare le attività che possono essere svolte con la modalità del lavoro a distanza definendo per ciascun dipendente le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione.

Importante è la collaborazione del Comitato Unico di Garanzia (CUG), dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e del Responsabile della Transazione al Digitale (RTD).

La direttiva 2/2019 DFP chiarisce il ruolo dei CUG nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Il ruolo dell'OIV è fondamentale sia per la valutazione della performance organizzativa che per il monitoraggio sulla scelta degli indicatori condivisi da tutti i soggetti coinvolti nel processo.

La Circolare n. 3/2018 Dipartimento della Funzione Pubblica contiene le indicazioni relative al ruolo dei Responsabili per la transizione al digitale (RTD) con il compito di definire un maturity model per il lavoro agile.

Altrettanto fondamentale la presenza del Responsabile per la sicurezza informatica e la gestione dei rischi legati all'adozione delle tecnologie digitali e quella del DPO (Data Protection Officer), necessaria per la protezione del patrimonio informativo aziendale.



#### 4.5 PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Il lavoro agile è attuato in linea con lo sviluppo delle competenze relative all'utilizzo degli strumenti informatici con l'obiettivo di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il successo del lavoro a distanza dipenderà dalla capacità di programmare, misurare e valutare:

- Le condizioni abilitanti del lavoro agile e da remoto (le caratteristiche organizzative, le risorse strumentali e le competenze individuali),
- Le modalità tecniche e organizzative necessarie per attuare il lavoro a distanza,
- I risultati di performance individuale, i risultati organizzativi (a livello di ufficio e di singola PA) e gli impatti del lavoro agile all'esterno.

L'Azienda, per l'organizzazione del lavoro a distanza, è in fase di un progressivo potenziamento degli strumenti tecnologici e informatici, di un programma di formazione finalizzati all'accrescimento di una cultura aziendale del lavoro a distanza.

#### 4.6 REQUISITI TECNOLOGICI

La ASL Roma 5 adotta sistemi informatici che consentono a soggetti abilitati l'accesso agli applicativi aziendali interni. Le modalità di accesso si basano su meccanismi in grado di garantire un elevato livello di sicurezza e controllo al personale assegnato alle linee di attività da svolgere in lavoro agile.

Il personale che svolge la prestazione lavorativa al di fuori delle sedi aziendali viene dotato di postazioni di lavoro informatizzate utilizzabili in mobilità; tutti gli accessi alla rete intranet aziendale dalle postazioni di lavoro esterne al perimetro di rete aziendale sono adeguate agli standard di sicurezza correnti che prevedono l'autenticazione utente a più fattori.

Si fornisce di seguito un riepilogo al 31/12/2024 delle dotazioni informatiche e dell'accessibilità ai sistemi informatici aziendali messi a disposizione al personale che ha svolto e svolge la prestazione lavorativa al di fuori delle sedi aziendali.

Presenza di un Help desk informatico dedicato	Sì
Numero dei lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali potenzialmente utili per il lavoro agile	50
N. PC a disposizione per lavoro agile	55
Presenza di un sistema VPN	Sì, autenticazione MFA
Presenza di una intranet	Sì
Presenza di sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	Sì (file server aziendale su rete intranet, Microsoft 365)

Applicativi consultabili in da remoto (n° di applicativi consultabili da remoto sul totale degli applicativi presenti)	95%
Banche dati consultabili da remoto (n° di banche dati consultabili da remoto sul totale delle banche presenti)	95%
Utilizzo firma digitale tra i lavoratori	ca. 10%
Processi digitalizzati (n° di processi digitalizzati sul totale dei processi digitalizzabili))	30%
Servizi digitalizzati (n° di servizi digitalizzati sul totale dei servizi digitalizzabili)	80%
Costi per formazione delle competenze direzionali, organizzative e digitali funzionali al lavoro agile	0
Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile (al 31/12/2024)	€ 7.000

## 5. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (PTEP)

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è previsto dall'articolo 6, comma 2, del Dlgs. n. 165/2001 allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter.

Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà di assunzione previste a legislazione vigente. Costituisce allegato al Bilancio di previsione. È stato introdotto dal D. Lgs. 75/2017 (Decreto Madia), ha valenza triennale con aggiornamento annuale e viene redatto sulla base di Linee guida nazionali che sono state pubblicate nella G.U. serie generale n. 173 del 27 luglio 2018 e vengono aggiornate annualmente a livello regionale.

Si compone di tabelle che proiettano l'andamento della spesa, sia in termini di personale effettivamente presente (FTE), che di dotazione organica e di una relazione sintetica del Direttore Generale che rappresenta le strategie di sviluppo del personale nel triennio di riferimento.

Viene approvato con Delibera dopo che i contenuti sono stati validati dall'Amministrazione Regionale.

**Il documento, all'esito dell'approvazione formale, sarà pubblicato sul sito internet aziendale al seguente link: <https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/conto-annuale-del-personale/> .**

## 6. PIANO DELLA FORMAZIONE

Il capitale umano rappresenta la più importante leva di sviluppo della Pubblica Amministrazione. È necessario investire nelle risorse umane, al fine di valorizzare il personale, stimolare la motivazione, sviluppare le competenze in modo da erogare servizi più efficaci ai cittadini. In quest'ottica, le attività formative rivestono un ruolo molto importante, tanto che rispondono a diverse esigenze e funzioni nel miglioramento della qualità dei processi organizzativi e di lavoro dell'ente. Nell'ambito della gestione del personale, le pubbliche amministrazioni sono tenute a programmare annualmente l'attività formativa, rivolta a tutti i dipendenti in relazione alle esigenze formative riscontrate, nel rispetto del principio di uguaglianza e imparzialità e garantita in maniera continuativa. Le nuove sfide che la Pubblica Amministrazione deve affrontare richiedono di focalizzare l'attività formativa dei dipendenti sulle competenze chiave alla base del nuovo modello lavorativo ed organizzativo: non solo informatica e nuove tecnologie, ma un vero e proprio cambiamento "culturale" in grado di finalizzare la prestazione lavorativa ai risultati attesi ed al "problem solving" e non alla mera presenza fisica, in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. L'azienda ha adottato il Piano Formativo Aziendale con Deliberazione n. 905 del 30/08/2024. Il documento, è pubblicato sul sito internet aziendale <https://www.aslroma5.info/web/staff-direzionestrategica/uos-formazione-del-personale-ed-universitaria> e vi si rimanda per i contenuti di merito.

## 7. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE

Il monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi dell'art. 6, comma 3 del Decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, nonché delle disposizioni di cui all'art. 5 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) sarà effettuato secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, per quanto attiene alle sottosezioni "Valore pubblico" e Performance".

Il monitoraggio si sviluppa nelle Aziende attraverso una serie di strumenti già attivi e normati e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda (Centri di Responsabilità). Tale processo è orientato a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso dell'anno considerato, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali o delle disposizioni nazionali.

Il Budget viene definito con un processo "a cascata annuale" rispetto al Piano della Performance, che ne rappresenta la sua fonte superiore, trovandosi in esso gli obiettivi strategici che devono essere declinati in

obiettivi operativi assegnati alle macro articolazioni aziendali attraverso indicatori e risultati attesi; gli obiettivi di budget fanno inoltre riferimento alle Linee di programmazione regionali annuali e ad altri Piani e obiettivi aziendali specifici definiti annualmente, oltre che a diversi ulteriori aspetti di natura più operativa o strumentale. In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra gli obiettivi strategici e quelli operativi, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

Il budget rappresenta dunque il principale strumento di programmazione operativa aziendale annuale, poiché in maniera esplicita e formale vengono definiti i programmi di azione dell'Azienda, se ne verifica la fattibilità tecnica e finanziaria e si allocano le risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire.

Il processo si sviluppa in un percorso di negoziazione tra le macrostrutture, articolate per i Centri di Responsabilità, e la Direzione aziendale.

La formalizzazione annuale degli obiettivi dei centri di responsabilità sono riportati nella scheda che viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno.

Importante strumento di monitoraggio aziendale è costituito dalla **Relazione sulla performance**, prevista dal D.Lgs. 150/2009 (pubblicata sul sito aziendale in Amministrazione Trasparente/Performance).

La relazione sulla performance è un documento annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate nel Piano della performance, che verso l'interno, per rendere conto ai vari livelli organizzativi dell'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione.

La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel Piano della performance.

**La Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** (pubblicata sul sito aziendale in Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione), redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda relativamente alla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza". Infine, l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV), di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, su base triennale effettua il monitoraggio relativamente alla Sezione "Organizzazione e capitale umano", con riferimento alla coerenza con gli obiettivi di Performance.