

PIAO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2025 | 2027



Sommario

INTRODUZIONE	4
SEZIONE 1: SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'ORGANIZZAZIONE	5
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	7
2.1 VALORE PUBBLICO.....	7
a) PRODUZIONE INTERNA	9
b) PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	17
c) ACCESSIBILITÀ ALLE AMMINISTRAZIONI PER I CITTADINI ULTRASESSANTACINQUENNI E DEI CITTADINI CON DISABILITÀ'	20
d) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE	21
e) OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO ED INCREMENTO DEL BENESSERE ECONOMICO, SOCIALE, EDUCATIVO, ASSISTENZIALE, AMBIENTALE	24
2.2 ALBERO DELLA PERFORMANCE ASL ROMA 3	26
2.2.1 I NEGOZIATORI	48
2.2.2 PERFORMANCE – SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E ACCESSIBILITÀ	53
a) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE	53
b) OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE.....	54
c) OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE	55
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	56
a) VALUTAZIONE DELL' IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO.....	56
b) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO.....	58
c) MAPPATURA DEI PROCESSI PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISCHI CORRUTTIVI	59
d) IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI.....	60
e) PROGETTAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEI RISCHI	62
f) MONITORAGGIO RICHIESTE ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO PERVENUTE	112
g) MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE	112
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	117
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	117
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	118
a) RIFERIMENTI NORMATIVI	118
b) DISCIPLINE E MISURE ORGANIZZATIVE.....	118
c) ACCESSO AL LAVORO AGILE (L'ACCORDO INDIVIDUALE).....	120
d) SMART-WORKING PER I LAVORATORI FRAGILI E/O CONVIVENTI CON PERSONE FRAGILI	120
e) ADOZIONE STRUMENTI TECNOLOGICI PER GARANTIRE LA DIFFUSIONE E L'UTILIZZO DI FORME DI LAVORO AGILE	121
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (TRIENNIO 2025-2027)	122
a) NORMATIVA DI RIFERIMENTO	122
b) PREMessa	122
c) IL CAPITALE DELLA ASL ROMA 3 NEL 2024	123

d)	LA SOSTITUZIONE DI PERSONALE.....	125
e)	PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	126
f)	PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DISTRETTI SANITARI TERRITORIALI	127
g)	PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	128
h)	PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	129
i)	FABBISOGNO PER LE ESIGENZE DEL GIUBILEO ORDINARIO 2025	130
j)	SINTESI DEL FABBISOGNO 2025-2027	130
k)	SOSTENIBILITA' ECONOMICA	133
	3.4 FORMAZIONE	134
	3.5 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE E COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI – CUG	134
a)	PREMESSA	135
b)	QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	135
c)	SITUAZIONE DEL PERSONALE* Relazione CUG del 2024 dati del 2023	137
d)	LINEE GENERALI DI INTERVENTO	145
e)	INIZIATIVE.....	146
	SEZIONE 4: MONITORAGGIO	151
a)	MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI.....	151
b)	MONITORAGGIO RELATIVO ALLE PERFORMANCE	152
c)	MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ANTICORRUZIONE	153
	MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE.....	153
d)	MONITORAGGIO RELATIVO AL LAVORO AGILE	154
	ELENCO ALLEGATI	156
	ALLEGATO 1 – DISCIPLINARE PER IL CORRETTO UTILIZZO DEGLI STRUMENTI INFORMATICI E TELEMATICI, INTERNET E POSTA ELETTRONICA.....	156
	ALLEGATO 2 – ELENCO UPGRADE PER CIASCUNA SEDE AZIENDALE.....	156
	ALLEGATO 3 –CODICE ETICO COMPORTAMENTALE	156
	ALLEGATO 4 – REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING).....	156
	ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITA'	156
	ALLEGATO 6 – REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEL LAVORO IN MODALITA' AGILE (SMART-WORKING)	156
	ALLEGATO 7 - LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN SMART-WORKING.....	156
	ALLEGATO 8 - ORGANIGRAMMA.....	156
	ALLEGATO 9 - PIANO FORMAZIONE AZIENDALE 2025-2026	156

INTRODUZIONE

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

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

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

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

Il PIAO ha durata triennale e deve essere aggiornato annualmente.

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, costituita con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 8 dell'8/08/1994, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale e rappresenta un polo erogante prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza per tutti cittadini. L'attività aziendale si sviluppa orientandosi verso il raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni che le sono state assegnate all'interno del sistema sanitario regionale in un'ottica sistemica che assicuri la continuità delle cure, la centralità del paziente, la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

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

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



Il sito ufficiale Internet dell'Azienda è all'indirizzo web: www.aslroma3.it.

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

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

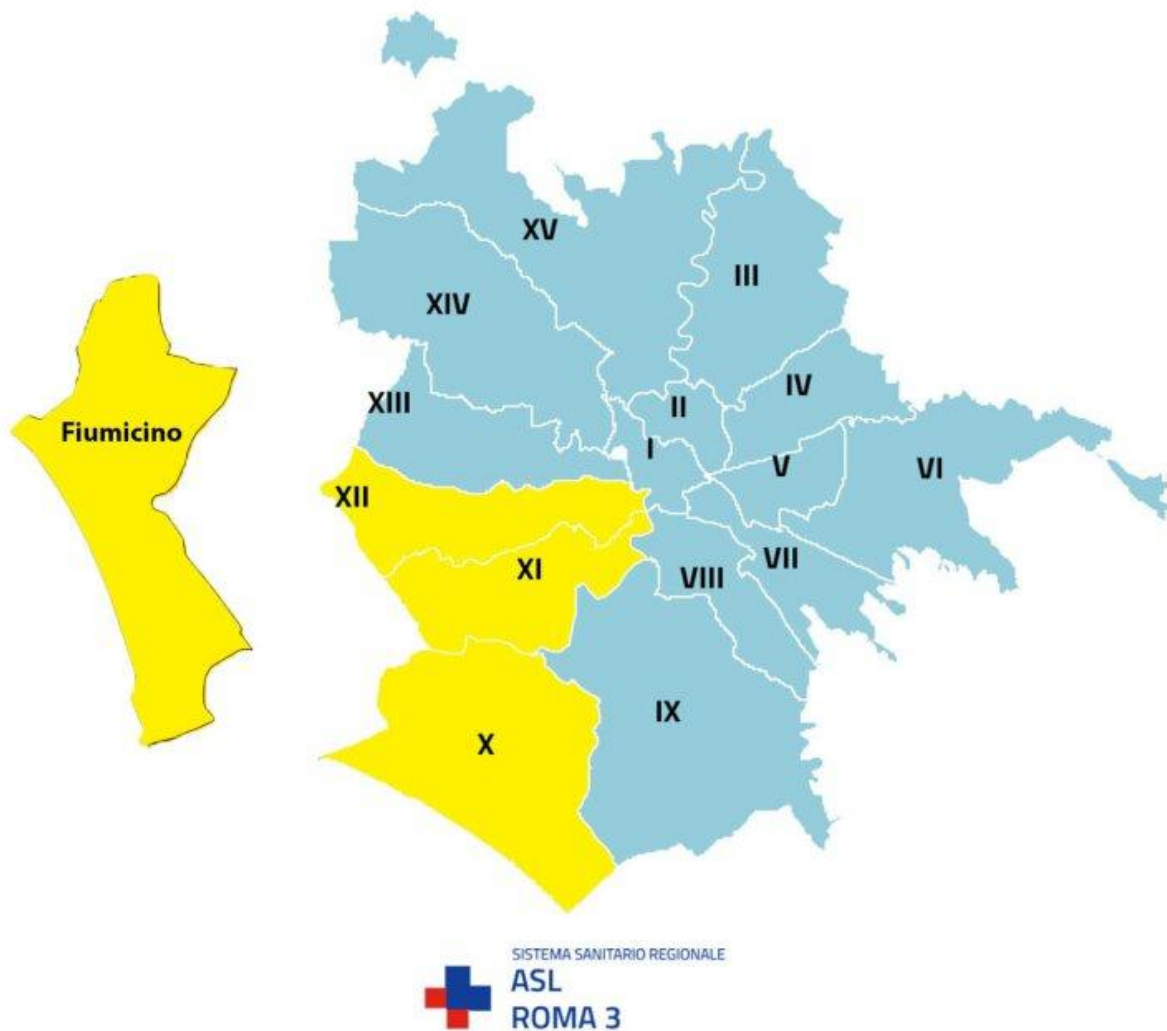
L'Azienda utilizza il patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei libricontabili, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

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

L'Azienda ha un ambito territoriale di 517 kmq. che corrisponde ai Municipi X – XI – XII del Comune di Roma e al territorio del Comune di Fiumicino. Ha un bacino d'utenza di 605.307 abitanti suddiviso in quattro Distretti, coincidenti con i citati Municipi del Comune di Roma e con il territorio del Comune di Fiumicino.

Legenda

- Municipio Roma + Fiumicino ASL Roma 3



SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

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

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

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

In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea attraverso la programmazione di obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e di obiettivi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, l'equilibrio di genere, la produzione di una comunicazione esterna e interna, efficaci e funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

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

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

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

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

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

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

L'Azienda è un'organizzazione che gestisce in modo coordinato i processi assistenziali e organizzativi per la promozione e la tutela della salute attorno ai bisogni prioritari, alle legittime esigenze e alle aspettative dei cittadini, ottimizzando

l'uso delle risorse, ponendo attenzione alla qualità, sviluppando e valorizzando le professionalità dei propri dipendenti, integrando strutture e professionisti esterni o accreditati.

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

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

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

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

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

Al riguardo vengono, illustrati di seguito i risultati gestionali delle principali linee di attività per tipologia di assistenza. Il raffronto con i dati di produzione del 2023 evidenzia un recupero della produzione. Alla data di elaborazione della presente relazione i dati 2024 non sono ancora consolidati e quindi suscettibili di modifiche.

I dati consolidati definitivi verranno illustrati nella relazione sulla gestione.

a) PRODUZIONE INTERNA

Analisi dei dati di produzione riferiti al biennio precedente

1) Assistenza ospedaliera

G.B. GRASSI ANNO 2024							
RICOVERI TUTTI							
		Numero Dimessi			Valore Economico		
Tipologia	Istituto	2024	2023	Differenza	2024	2023	Differenza
Acuti	GB GRASSI	8.759	8.343	416	25.414.062,60	25.616.149,00	-202.086,40
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	239	312	-73	3.169.255,00	3.954.134,00	-610.693,00
Totale produzione		8.759	8.343	416	25.414.062,60	25.616.149,00	-202.086,40
RICOVERI DAY HOSPITAL-DAY SURGERY							
		Numero Dimessi			Valore Economico		
Tipologia	Istituto	2024	2023	Differenza	2024	2023	Differenza
Acuti	GB GRASSI	1.623	1.560	63	1.873.292,04	1.818.615,00	54.677,04
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	43	63	-20	174.186,00	244.052,00	-69.866,00
RICOVERI ORDINARI							
		Numero Dimessi			Valore Economico		
Tipologia	Istituto	2024	2023	Differenza	2024	2023	Differenza
Acuti	GB GRASSI	7.136	6.783	353	23.540.770,50	23.797.534,00	-256.763,50
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	196	249	-53	3.169.255,00	3.710.082,00	-540.827,00

Fonte: flusso SIO restituito da Regione periodo gennaio/dicembre 2024 incluso eventuali duplicati

N.B. Importi provvisori per Ricoveri in DH relativi al CPO

La produzione ospedaliera 2024, attualmente validata, risulta al momento diminuita rispetto alla produzione 2023.

Sono in corso verifiche sul flusso RAD R, relativo alla riabilitazione e all'unità spinale per la corretta attribuzione dei ricavi.

Le tabelle che seguono sintetizzano gli accessi al Pronto Soccorso del PO GB Grassi nell'anno 2024,

Ospedale G.B.GRASSI - P.S. ANNO 2024							
DESCRIZIONE	B ARANCIONE	C AZZURRO	E BIANCO	5 NON ESEGUITO (solo per esito 6)	A ROSSO	D VERDE	Totale anno 2024
A domicilio	4094	11171	474		714	14769	31222
Deceduto in P.S.	51	18			147		216
Dimissione a strutture ambulatoriali	85	185	2		10	200	482
Giunto cadavere					4		4
Non risponde a chiamata	71	549	135		3	1150	1908
Paziente si allontana spontaneamente	239	1186	105	12	108	1588	3238
Ricoverato	1680	1777	5		952	657	5071
Rifiuta ricovero	520	932	2		135	373	1962
Trasferito altro Ist	963	1093	1		460	87	2604
Totale complessivo	7703	16911	724	12	2533	18824	46707

Fonte: flusso SIES restituito da Regione gennaio-dicembre 2024

DATI SIES

Il trend evidenzia, che dopo il crollo di accessi dovuto alla pandemia, si registra un incremento costante degli stessi, senza però tornare ai livelli precedenti (anno 2019 **57.579** accessi).

Di Seguito si riporta il numero delle prestazioni effettuate a seguito di accesso al Pronto Soccorso, e ai Nuclei di Cure Primarie aziendali.

Erogatore	Analisi	Doppler	Ecografie	RX	Risonanze Magnetiche	Tac	Terapie / Interventi	Altra diagnostica strumentale	ECG	EEG	Colloquio /Visita/Consulenza/Anamnesi	Totale complessivo
Anestesia											818	818
Ass.Sociale											187	187
Bambino Gesù											6	6
Cardiologia											3.294	3.294
Chirurgia											1.834	1.834
European Hospital											6	6
Ginecologia											385	385
Laboratorio Analisi	507.909											507.909
Medicina		202									2.146	2.348
NCP	394						5.518	194	1.388		17.847	25.341
Nefrologia											697	697
Oculistica											298	298
Ortopedia											3.327	3.327
Otorino											1.031	1.031
Pediatria											647	647
PS	7.282	51	162				15.681	7.155	17.808	364	49.921	98.425
PS Ginecologico			991					889				1.880
Radiologia			3.403	24.382	124	23.391		54				51.354
San Camillo											650	650
Spallanzani											287	287
SPDC											2.415	2.415
Totale complessivo	515.585	253	4.556	24.382	124	23.391	21.199	8.292	19.196	364	85.796	703.139

L'Azienda ha offerto prestazioni ad accesso libero nei *Nuclei di Cure Primarie di Fiumicino e Fregene*, nonché negli **Ambufest** della Casa della Salute di Ostia, di Casal Bernocchi e Ponte Galeria. Ad Ostia è stata garantita anche la presenza dell'assistenza pediatrica.

Di seguito sono riepilogati gli accessi e le prestazioni erogate nelle strutture **Ambufest**, aperte in orario diurno il sabato e la domenica:

DATI ACP (AMBUFEST) 2024

	Pol. Casal Bernocchi	Casa della Salute Ostia	Casa della Salute Ostia (Pediatria)	Ponte Galeria Distretto XI	Totale
Accessi totali	4.052	10.940	8.177	3.085	26.254
Tipologia di intervento					
Certificazioni	1.850	4.593	89	1.357	7.889
Prescrizioni (in urgenza e in continuità terapeutica)	1.583	5.230	5.834	2.771	15.418
Prestazioni infermieristiche	1.784	3.429	4.848	308	10.369
Invio in PS/chiamata 118	174	99	89	39	401
Prestazioni Totali	5.391	13.351	10.860	4.475	34.077

2) Assistenza territoriale

Come già indicato, l'attività Specialistica Ambulatoriale viene erogata nei diciassette presidi territoriali. Nella tabella di seguito sono messe a confronto le prestazioni degli Esercizi 2022 e 2023.

Il dato 2024, non è ancora consolidato, pertanto è stato riportato solo il periodo gennaio novembre dei due anni.

Le tabelle successive descrivono il volume di prestazioni in dettaglio, specificando i riferimenti per Poliambulatorio e branca periodo gennaio-novembre 2024

Distretto	PresPrinc	Nome	GEN-NOV 2024	GEN-NOV 2023	Variazione %	GEN-NOV 2024	GEN-NOV 2023	Variazione %
			N. Prestazioni	N. Prestazioni		Valorizzazione teorica	Valorizzazione teorica	
1	000901	Poliambulatorio Fregene	57.328	50.810	12,8	€ 229.668,61	€ 194.940,37	17,8
	001001	Poliambulatorio Palidoro	51.519	45.053	14,4	€ 215.415,58	€ 188.468,03	14,3
	001501	Poliambulatorio Fiumicino	250.751	209.094	19,9	€ 1.404.345,20	€ 1.205.321,08	16,5
1 Totale			359.598	304.957	17,9	€ 1.849.429,39	€ 1.588.729,48	16,4
2	000401	Poliambulatorio Paolini	22.064	25.576	-13,7	€ 383.352,07	€ 494.648,89	-22,5
	000501	Casa della Salute di Ostia	231.182	211.028	9,6	€ 1.049.590,47	€ 995.599,53	5,4
	000701	Poliambulatorio Acilia	276.332	250.537	10,3	€ 1.431.751,11	€ 1.284.365,35	11,5
	001701	Poliambulatorio Ostia Antica	172.305	134.794	27,8	€ 761.104,22	€ 617.896,79	23,2
2 Totale			701.883	621.935	12,9	€ 3.625.797,87	€ 3.392.510,56	6,9
3	910301	Poliambulatorio Di Ponte Galeria	31.241	45.850	-31,9	€ 308.761,94	€ 335.430,56	-8,0
	930600	Poliambulatorio Corviale	3.720	3.977	-6,5	€ 66.574,03	€ 71.251,74	-6,6
	930800	Poliambulatorio Vaiano	131.422	117.559	11,8	€ 845.319,72	€ 760.510,06	11,2
3 Totale			166.383	167.386	-0,6	€ 1.220.655,69	€ 1.167.192,36	4,6
4	070200	Poliambulatorio Ramazzini	106.411	92.710	14,8	€ 940.353,35	€ 803.668,11	17,0
	070601	Poliambulatorio Massimina	16.845	14.692	14,7	€ 58.208,39	€ 48.763,96	19,4
	071002	Poliambulatorio Consolata	54.743	45.931	19,2	€ 204.165,76	€ 172.973,53	18,0
	072001	Poliambulatorio Colle Massimo	56.396	46.008	22,6	€ 212.282,29	€ 170.602,95	24,4
4 Totale			234.395	199.341	17,6	€ 1.415.009,79	€ 1.196.008,55	18,3
PPOO	000101	Poliambulatorio G.B. Grassi	338.248	292.739	15,5	€ 5.515.352,12	€ 5.101.982,55	8,1
	000201	Poliambulatorio Cpo	11.685	8.119	43,9	€ 209.152,14	€ 138.966,50	50,5
PPOO Totale			349.933	300.858	16,3	€ 5.724.504,26	€ 5.240.949,05	9,2
Totale complessivo			1.812.192	1.594.477	13,7	€ 13.835.397,00	€ 12.585.390,00	9,9
Prestazioni dialisi								
			N. Prestazioni	N. Prestazioni		Valorizzazione Economica	Valorizzazione Economica	
PPOO	000101	Poliambulatorio G.B. Grassi	23.513	21.882	7,5	€ 1.883.180,24	€ 1.902.884,75	-1,0
	000201	Poliambulatorio Cpo	373	851	-56,2	€ 29.986,17	€ 82.908,45	-63,8
PPOO Totale			23.886	22.733	5,1	€ 1.913.166,41	€ 1.985.793,20	-3,7

Fonte: UOC ESIS.

Prestazioni SIAS rese in regime di convenzione SSN nelle strutture pubbliche per totali di branca specialistica nel periodo Gennaio -Novembre 2024-2023

Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	dialisi	Totale GEN- NOV 2024	Totale GEN-NOV 2023	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	1.582.571			1.582.571	1.374.244	15,2
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	9.179			9.179	8.855	3,7
08	Cardiologia	26.027	21		26.048	25.364	2,7
09	Chirurgia generale	2.107	13		2.120	2.743	-22,7
12	Chirurgia Plastica	878			878	863	1,7
15	Medicina dello Sport		3.545		3.545	1.672	112,0
19	Endocrinologia	17.471	138		17.609	16.382	7,5
29	Nefrologia	2.127	14.494	23.886	40.507	39.577	2,3
32	Neurologia	8.768			8.768	7.327	19,7
34	Oculistica	17.951	4.484		22.435	23.008	-2,5
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	7.018			7.018	7.830	-10,4
36	Ortopedia e Traumatologia	9.918			9.918	9.384	5,7
37	Ostetricia e Ginecologia	5.319			5.319	5.525	-3,7
38	Otorinolaringoiatria	12.434			12.434	11.105	12,0
40	Psichiatria	18.123			18.123	14.994	20,9
43	Urologia	3.515			3.515	2.884	21,9
52	Dermosifilopatia	3.784	202		3.986	3.788	5,2
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	7.148			7.148	4.528	57,9
58	Digestiva	3.525			3.525	4.101	-14,0
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare					16	
64	Oncologia	2.913			2.913	2.971	-2,0
68	Pneumologia	8.016			8.016	7.334	9,3
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	20.338			20.338	22.994	-11,6
79	Risonanza Magnetica	477			477	312	52,9
82	Anestesia	2.413			2.413	1.748	38,0
99	Altro	17.117	158		17.275	17.661	-2,2
Totale		1.789.137	23.055	23.886	1.836.078	1.617.210	13,5

Fonte ESIS

Stazioni SIAS rese in regime di convenzione SSN nelle strutture pubbliche per Valorizzazione Teorica del totale di branca specialistica nel periodo Gennaio -Novembre 2024-20							
Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	dialisi	Totale GEN-NOV 2024	Totale GEN-NOV 2023	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	5.937.292,21 €			5.937.292,21 €	5.089.679,36 €	16,7
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	395.807,68 €			395.807,68 €	382.391,08 €	3,5
08	Cardiologia	718.861,97 €	749,66 €		719.611,63 €	693.610,85 €	3,7
09	Chirurgia generale	46.567,70 €	6.645,00 €		53.212,70 €	177.975,59 €	-70,1
12	Chirurgia Plastica	20.775,84 €			20.775,84 €	22.682,40 €	-8,4
15	Medicina dello Sport		22.956,86 €		22.956,86 €	10.716,74 €	114,2
19	Endocrinologia	268.522,36 €	1.291,10 €		269.813,46 €	256.250,43 €	5,3
29	Nefrologia	31.683,74 €	114.448,49 €	1.913.166,41 €	2.059.298,64 €	2.137.662,68 €	-3,7
32	Neurologia	140.308,49 €			140.308,49 €	114.584,62 €	22,4
34	Oculistica	324.850,35 €	3.081.461,00 €		3.406.311,35 €	3.002.816,44 €	13,4
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	143.288,88 €			143.288,88 €	168.657,45 €	-15,0
36	Ortopedia e Traumatologia	205.528,74 €			205.528,74 €	194.414,70 €	5,7
37	Ostetricia e Ginecologia	124.062,18 €			124.062,18 €	129.067,20 €	-3,9
38	Otorinolaringoiatria	213.458,26 €			213.458,26 €	192.808,82 €	10,7
40	Psichiatria	278.968,82 €			278.968,82 €	229.726,36 €	21,4
43	Urologia	65.957,05 €			65.957,05 €	52.073,78 €	26,7
52	Dermosifilopatia	73.257,84 €	27.600,00 €		100.857,84 €	107.926,96 €	-6,5
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	87.044,63 €			87.044,63 €	52.263,24 €	66,6
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	182.576,49 €			182.576,49 €	250.590,32 €	-27,1
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare					454,56 €	
64	Oncologia	39.776,66 €			39.776,66 €	38.841,35 €	2,4
68	Pneumologia	151.988,00 €			151.988,00 €	141.776,95 €	7,2
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	847.521,95 €			847.521,95 €	880.920,52 €	-3,8
79	Risonanza Magnetica	77.100,65 €			77.100,65 €	51.681,73 €	49,2
82	Anestesia	42.375,82 €			42.375,82 €	33.597,40 €	26,1
99	Altro	161.935,05 €	733,53 €		162.668,58 €	158.011,67 €	2,9
Totale		10.579.511,36 €	3.255.885,64 €	1.913.166,41 €	15.748.563,41 €	14.571.183,20 €	8,1

Di seguito sono riportati i dati dell'assistenza domiciliare:

POPOLAZIONE ASL ROMA 3 - ANNO 2023 (Fonte dati Istat al 31.12.2022)	
DISTRETTO FIUMICINO	83.839
DISTRETTO X	228.042
DISTRETTO XI	152.569
DISTRETTO XII	140.337
TOTALE	604.787

POPOLAZIONE ASL ROMA 3 ≥ 65 – ANNO 2023 (Fonte dati ISTAT al 31.12.2022)	
DISTRETTO FIUMICINO	15.038
DISTRETTO X	49.706
DISTRETTO XI	35.715
DISTRETTO XII	36.117
TOTALE	136.567

Indicatore PNRR 2024: **n. 12.405 Anziani 65+**
9,34% Anziani \geq 65 anni in ADI

Indicatore PNRR 2024 per Distretto **Pazienti over 65 da prendere in carico anno 2024***

- Distretto Fiumicino: **1.370** (aa 2023: 1.033)
- Distretto X: **4.520** (aa 2023: 3.449)
- Distretto XI: **3.250** (aa 2023: 2.515)
- Distretto XII: **3.280** (aa 2023: 2.560)
- **TOTALE: 12.420**

PERIODO DI OSSERVAZIONE: DAL 01.01.2024 AL 31.12.2024

	<i>Data</i>	<i>Totale PIC\geq65</i>	<i>% PIC \geq 65 aa /target 9.34%</i>
<i>ASL Roma 3</i>	31/12/2024	13.416	9.824
<i>FIUMICINO</i>	31/12/2024	1.448	9.629
<i>DISTRETTO X</i>	31/12/2024	4.787	9.631
<i>DISTRETTO XI</i>	31/12/2024	3.496	9.789
<i>DISTRETTO XII</i>	31/12/2024	3.685	10.203

*parametrato su Target regionale su pop. aa2023

Obiettivo Copertura PIC per livello CIA*

PIC CIA	TUTTI i 4 Distretti
Livello I (CIA 1): > 4,00 ‰	2.419
Livello II (CIA 2): > 2,50 ‰	1.512
Livello III (CIA3): \geq 2,00 ‰	1.209

Monitoraggio al 31.12.2024**

PIC CIA	ASL	%	Fiumicino	%	Distretto X°	%	Distretto XI°	%	Distretto XII°	%
CIA 1 (\geq 0.14 - \leq 0.30)	3.029	5,01	546	6,51	940	4,12	694	4,58	849	6,05
CIA 2 (>0.30 - \leq 0.50)	5.175	8,56	538	6,42	1087	4,77	1678	11,07	1872	13,34
CIA 3 (>0.50)	1.676	2,77	206	2,46	476	2,09	337	2,22	657	4,68

* rif indicatore D22Z NSG "Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)"

** DATI IN FASE DI CONSOLIDAMENTO- rif ISTAT popolazione al 31.12. 2022

3) Prevenzione

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

Linee di attività	UOC SISP_ UOS IMMUNOPROFILASSI										
Prestazione	Descrizione prestazione	Fiumicino		Municipio X		Municipio XI		Municipio XII		Totale	
Anno di riferimento		2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	Numero utenti vaccinati	8.128	9.365	19.633	20.933	10.248	14.078	7.822	6.947	45.831	51.323
	Numero dosi somministrate	18102	18987	35474	37324	18910	24763	15256	13327	87.742	94.401
	Di cui dosi di vaccino MPR-MPRV	1.521	1.648	2.959	3.199	1.602	2.158	1.468	1.073	7.550	8.078
	Di cui dosi vaccino HPV	1.873	2.193	4.509	4.967	2.370	3.964	2.372	1.597	11.124	12.721
Campagna antiinfluenzale	Numero dei vaccinati nei centri vaccinali	724	708	1.221	1.534	1.087	920	93	71	3.125	3.233
Campagna antipneumococcica	Vaccinazioni anti pneumococco 13-15-20-23	872	2.491	1.113	4.296	699	2.851	585	1.812	3.269	11.450
Campagna anti Covid	Vaccinazioni Covid	0	100	0	632	0	228	0	0	0	960
Interventi sanitari su comunità chiuse	Numero dosi somministrate	0	0	0	0	0	0	0	0	1.115	0
Intradermoreazione di Mantoux	somministrati	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0
Registrazioni vaccinazioni da altre regioni	Numero vaccinazioni registrate	745	800	1.080	1.200	1.031	1.400	492	700	3.348	4.100

I dati non ancora consolidati, relativi alle coorti vaccinali, risultano rispettati. Si osserva un aumento rispetto al 2023 delle prestazioni relative alle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Nel corso dell'anno la riduzione di personale ha compresso gli slot di prenotazione disponibili.

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

SCREENING MAMMOGRAFICO

ANNO	2023	2024
Popolazione target annua	46.728	47.910
Donne invitate totali (grezze +spontanee)	55.778	59.497
Donne coinvolte (al netto delle escluse)	51.276	43.835
Estensione****	101%	117,38%
Donne rispondenti totali:	21.724	19.982
Adesione*****	45,8%	45,6%
Donne inviate al 2° livello	611	2.168

SCREENING CITOLOGICO

ANNO	2023	2024
Popolazione target annua	46.728	47.910
Donne invitate totali (grezze +spontanee)	55.778	59.497
Donne coinvolte (al netto delle escluse)	51.276	43.835
Estensione****	101%	117,38%
Donne rispondenti totali:	21.724	19.982
Adesione*****	45,8%	45,6%
Donne inviate al 2° livello	611	2.168

SCREENING DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

ANNO	2023	2024
Popolazione target annua	103.724	105.561
Popolazione maschile grezza	44.132	49.619
Popolazione femminile grezza	55.730	55.942
Totale invitati (coinvolti)	106.273	124.707
Coinvolti***	104.858	91.372
Estensione****	102,4%	118,13%
Rispondenti totali:	25,192	24.306

Al riguardo e a commento dei dati suesposti si sottolinea il vantaggio sui primi livelli ottenuto con la pubblicità che questa Azienda ha fatto agli screening, con le giornate di open day, con locandine informative, con gli incontri divulgativi dedicati all'utenza, con il coinvolgimento dei media. L'auspicio per il futuro è quello di riuscire a rendere i MMG partner sempre più attivi nelle indicazioni da fornire agli utenti, in merito all'importanza di aderire agli screening.

Per quanto riguarda lo screening del Tumore del colon-retto occorre sottolineare come la collaborazione con le farmacie, iniziata nel settembre u.s., ha incrementato l'adesione allo screening menzionato al primo livello e questo, comporta, di conseguenza, anche un aumento dei secondi livelli.

b) PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

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

Vengono illustrati i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi tre anni, del preconsuntivo (non definitivo) 2024 e del bilancio di previsione 2025

0/000

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Bilancio di Esercizio Anno 2021	Bilancio di Esercizio Anno 2022	Bilancio di Esercizio 2023	CE IV Trim. 2024 ¹	Previsione 2025
A-Valore della produzione	1.142.895	1.149.132	1.186.010	1.196.295	1.235.216
B-Costi della produzione	1.140.543	1.144.961	1.187.963	1.191.730	1.222.873
Differenza tra valore e costi della produzione	2.351	4.170	-1.952	4.564	12.343
C-Proventi e oneri finanziari	-3.179	-3.829	-403	-593	-1.600
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	10.191	9.286	81.772	17.104	0
X-Risultato prima delle imposte	9.363	9.627	81.772	21.075	10.743
Y-Imposte e tasse	9.363	9.627	9.787	10.266	10.743
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0	71.984	10.808	0

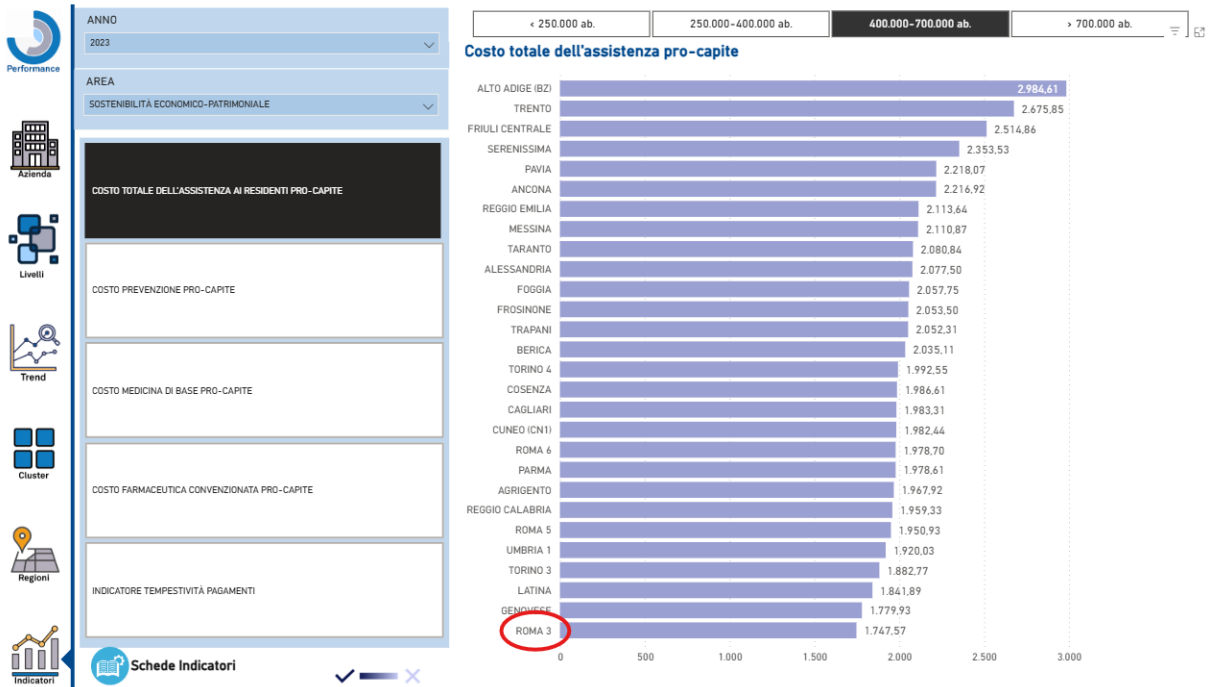
L'Azienda da molti anni garantisce l'equilibrio di bilancio con le risorse assegnate in sede regionale.

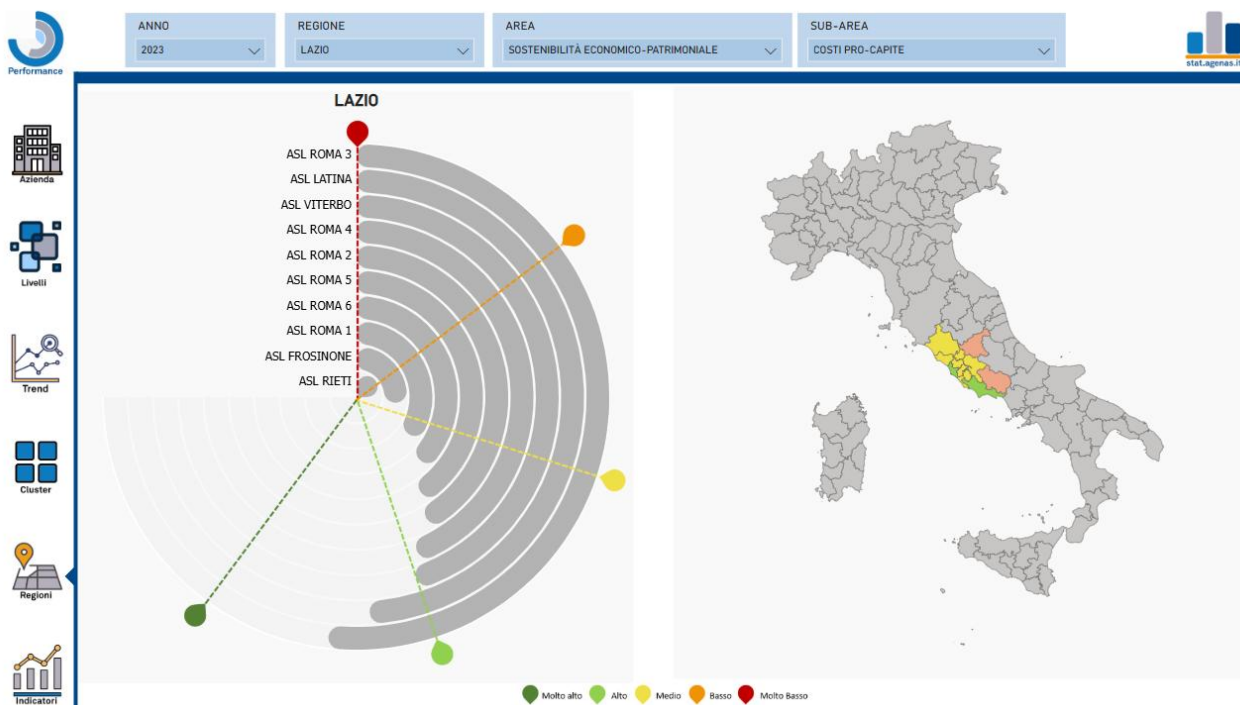
La quota indistinta assegnata rimane significativamente al di sotto dell'indice di spesa pro capite per l'erogazione dell'assistenza sanitaria riferita alla popolazione residente.

Come certificato anche da Agenas, in relazione alla Performance della Aziende sanitarie territoriali la sostenibilità economico patrimoniale è alta.

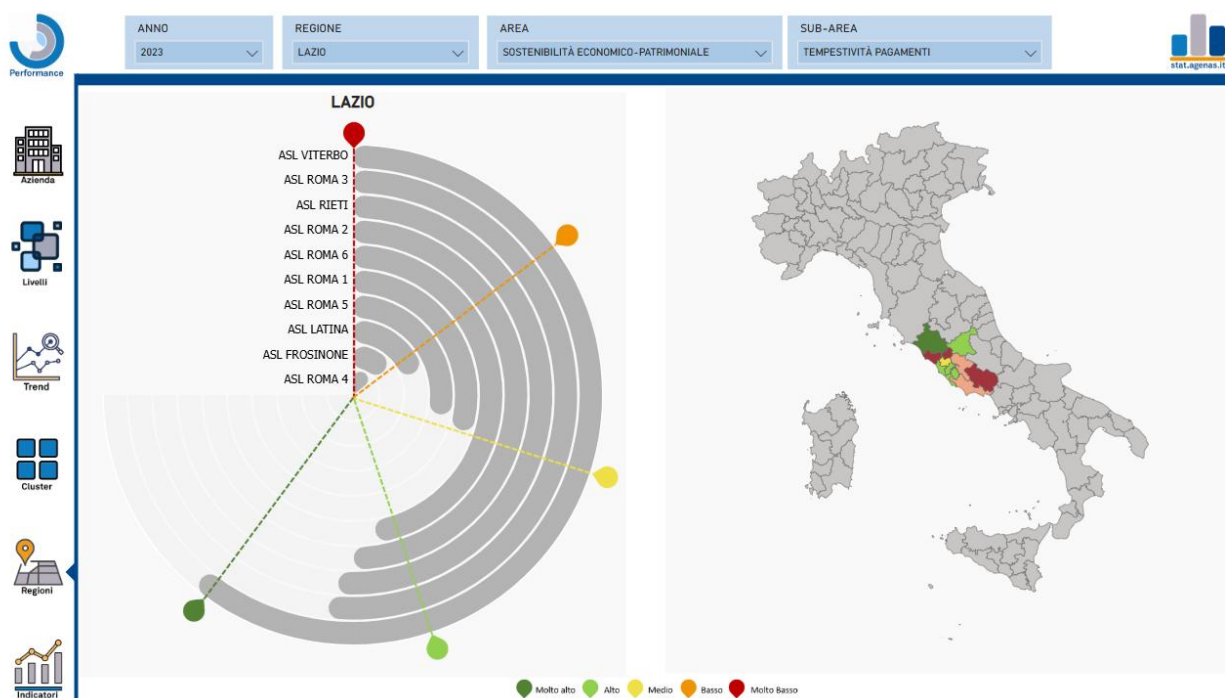
Sempre Agenas nel medesimo rapporto rappresenta come la ASL Roma 3 abbia il finanziamento pro capite più basso tra le Aziende territoriali con popolazione tra 400.000 e 700.000 abitanti e comunque, in termini assoluti segue soltanto le Asl Napoli Nord e Napoli Sud.

¹ Aggiornato al 29.01.2025 - dato non definitivo





Anche il dato Agenas 2023, relativo alla tempestività dei pagamenti è tra i migliori del Lazio.



L'Azienda ha in fase di attuazione un piano investimenti davvero significativo, i cui elementi di dettaglio sono disponibili nella sezione Amministrazione Trasparente Bilancio di previsione 2025 piano degli investimenti.

Gli importi distinti per annualità sono di seguito riepilogati:

2025	20,8 mln di finanziamenti + ulteriori 3,4 mln a carico del bilancio aziendale
2026	16,7 mln
2027	19,4 mln
Annualità successive	28,1 mln

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

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

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

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

Nello specifico, il cittadino può rivolgersi all'URP per ogni esigenza informativa, ma anche per essere ascoltato, presentare e formalizzare segnalazioni, reclami ed elogi. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in sintesi, è l'intermediario e mediatore privilegiato nel dialogo con i cittadini; il suo compito è quello di **aiutare le persone nel rappresentare** le inefficienze che incidono sulla qualità dell'assistenza **e di agevolare** le conseguenti azioni correttive da parte dei Servizi. L'accoglienza dei cittadini è in presenza, via telematica e via telefono con numeri dedicati del servizio 800018972 (da rete fissa nazionale) e 06/56488302 (da telefono cellulare).

L'Asl Roma 3 al fine di permettere l'accesso delle informazioni e di agevolare i percorsi, in particolare, ai cittadini ultrasessantacinquenni e agli utenti con disabilità, prevede delle forme di comunicazione diversificate rispetto a quelle principali rappresentate dal Sito aziendale e dai numeri telefonici dedicati; in particolare presso gli sportelli CUP viene adottato il Regolamento di cortesia, che permette un accesso dedicato a queste due categorie e ad altri utenti fragili, nonché adotta forme di comunicazione più vicine alla popolazione ultrasessantacinquenne, come la messa a disposizione nei presidi della Asl Roma 3 della Carta dei Servizi in formato cartaceo che fornisce tutte le notizie sulle attività e servizi sanitari.

L'Asl Roma 3 al fine di informare ulteriormente la popolazione e in particolare gli utenti più fragili e più raggiungibili per età anagrafica da un tipo di comunicazione diretta, si è dotata, in alcune sale di attesa dei propri Presidi, di monitor, dove vengono veicolate informazioni sui servizi dedicati all'utenza.

SITO WEB, PER TUTTI

L'accessibilità all'Azienda è garantita a tutti i cittadini ed è permessa, in primo luogo, attraverso il sito web aziendale www.aslroma3.it.

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

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

CECITÀ

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

DISTURBI VISIVI

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

DISTURBI COGNITIVI

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

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

DISTURBI MOTORI

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

EPILESSIA

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

SORDITA'

All'interno del sito alla sezione A-Z Servizi ai cittadini è presente un link

[Sordità – accoglienza nei servizi sanitari e sociali](#)

Da cui è possibile accedere a:

- MATERIALE INFORMATIVO Accoglienza nei servizi sanitari e sociali
- Informativa Ospedale
- Informativa Pronto soccorso
- Guida nella Lingua dei Segni Italiana - LIS

d) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

In questa sezione viene presentata l'attività svolta e quella programmata ai fini della semplificazione e della reingegnerizzazione dei processi e delle procedure sulla base della consultazione degli utenti, nonché le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte degli utenti. Tra le attività propedeutiche alla reingegnerizzazione dei processi e delle procedure informatiche, al fine di garantire il miglioramento della qualità e della trasparenza delle attività amministrative e dei collegamenti, come richiesto dal PIAO, tutelando nel contempo il trattamento dei dati personali, l'Azienda si è dotata del "*disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti Informatici e telematici, Internet e Posta elettronica*" (di seguito detto *Disciplinare_Allegato1*).

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

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

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

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

Inoltre il Disciplinare ha inteso perseguire lo sviluppo del processo di consapevolezza e attenzione ai rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie, fungendo da strumento di formazione / informazione e trasparenza / adeguamento del comportamento degli utenti stabilendo tra le altre le:

- regole per il corretto utilizzo dei dispositivi aziendali (pc, tablet, memorie esterne, smartphone, altri dispositivi elettronici e relativi profili di responsabilità);
- regole per la corretta gestione delle credenziali e delle password;
- misure per il corretto utilizzo della rete aziendale e modalità di accesso alla VPN;
- misure per la corretta navigazione in Internet;
- misure per il corretto uso della posta elettronica;
- modalità e misure di controllo.

Tra le tecnologie atte al raggiungimento degli obiettivi di semplificazione e digitalizzazione, di seguito vengono richiamati alcuni Software/ applicativi, che costituiscono strumenti generali al servizio delle finalità di legalità e trasparenza, idonei a garantire certezza nella documentazione delle attività sia con riferimento alla data e al testo documentale che alle responsabilità dei soggetti interessati ai diversi percorsi tecnico-amministrativo:

- Office 365 Online: per la gestione e condivisione dei documenti informatici in modalità cloud e di cooperazione. Tale soluzione, oltre a gestire il versioning dei file, consente di tracciare l'autore delle modifiche;
- Teams: strumento di produttività per effettuare videoconferenze e condividere documenti e informazioni;
- Software per l'accessibilità al sito Web aziendale per le categorie protette;
- Tecnologie IVR (Interactive Voice Response);
- Evoluzione ed estensione del Software del Protocollo informatico verso una unica piattaforma di gestione dei documenti digitalizzati a norma CAD con adozione di strumenti quali la Firma Elettronica Avanzata e la PEC integrata con il processo di gestione dei documenti, compresi i fascicoli ed il processo di firma per tramite di FEA (Firma Elettronica Avanzata);
- Implementazione della Identità Aziendale per tramite del Single Sign On insieme alla gestione degli accessi per tramite di SPID e CIE;
- Iter per l'adozione delle deliberazioni e determinazioni dirigenziali nonché albo pretorio;
- Iter di gestione del ciclo passivo per l'acquisto beni e dei servizi e per la registrazione e liquidazione delle fatture;
- Software per elaborazione dei DRG;
- Software applicativo da utilizzare per la gestione delle Vaccinazioni.

- Migrazione dei servizi definiti da ACN “critici” al Polo Strategico Nazionale entro il 2024 e migrazione completa dei dati diagnostici entro il 2025;
- Gestione delle informazioni correlate agli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente:
 - a) acquisizione in riuso dei sistemi Portale Amministrazione Trasparente con strumenti specifici di recupero gare ed appalti dal database ANAC con possibilità di aggiornamento e pubblicazione nel portale trasparenza aziendale
 - b) Acquisizione ed avvio del portale Whistleblowing aziendale

Gli investimenti legati alle linee di finanziamento PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA ed alla certificazione DEA legata al modello INFRAM/EMRAM porteranno durante il periodo 2025 – 2026 ad una implementazione/estensione dei sistemi di area Clinica Diagnostica quali: Enterprise Imaging, Blocco Operatorio, Prescrizione dei Farmaci, Clinical Data Repository, Order Management ed alla gestione della firma elettronica digitale.

Inoltre, in applicazione del principio del “miglioramento continuo”, anche in adempimento alle indicazioni Regionali e Nazionali in merito alla migrazione al Polo Strategico Nazionale, l’Azienda prevede:

- Raccolta e gestione di tutti gli eventi per tramite di un unico service desk con metodologie standard internazionali legate alla gestione quali ITIL e ISO27001 per raggiungere qualità e crescita strutturata nei processi implementativi;
- la programmazione di specifici corsi di formazione informatici con obiettivo di ampliare le competenze professionali del personale aziendale sul piano informatico e digitale,
- il potenziamento dell’infrastruttura di sicurezza informatica (ossia dell’insieme dei mezzi, delle tecnologie e delle procedure tesi alla protezione dei sistemi informatici) e revisione delle procedure di backup attuali;
- l’accrescimento dell’utilizzo di tecnologie IVR (meglio dettagliata nella sez Performance – Obiettivi di Semplificazione);
- l’attivazione di ulteriori strumenti quali la richiesta informatizzata delle prestazioni la cartella clinica Elettronica Regionale (meglio dettagliata nella sez Performance - Obiettivi di Digitalizzazione) ovvero il consolidamento e l’avvio alcune Cartelle Cliniche dipartimentali;
- l’incremento di strumenti di Telemedicina (meglio dettagliato nella sez Performance - Obiettivi di Digitalizzazione);
- la promozione di gruppi di lavoro per l’attivazione di progetti di semplificazione dei procedimenti amministrativi;
- un sempre più esteso utilizzo delle Piattaforme abilitanti condivise a livello nazionale dalle PA così come raccomandato da AgID;
- mappatura dei rischi e degli interventi per ridurre l’impatto alle potenziali minacce informatiche anche in ottica NIS2 nella istituzione del Punto Unico di contatto;
- l’implementazione di sistemi di supporto agli assistiti e visitatori come ad esempio sportelli automatici, totem multifunzione, sistemi di accoglienza e tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.
- l’ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero previsti nel Piano Sanitario e finanziati con i fondi del PNRR;
- Monitoraggio continuo dei sistemi di rete e dei sistemi server per tramite di sonde che in tempo reale comunicano guasti o mancanze di qualità degli apparati al service desk centralizzato aziendale;
- Ammodernamento degli impianti tecnologici di rete presso il DEA e presso le altre strutture con sostituzione ed aggiunta delle reti di ridondanza per garantire continuità di servizio in caso di guasti;
- Dopo aver terminato come da programmazione la installazione della connettività Wi-Fi, presso l’Ospedale Grassi e la sede di Casal Bernocchi nel primo trimestre 2024 saranno estese le attività alle sedi territoriali sia in termini di implementazione del Wi-Fi che in termini di cablatura delle stesse. Conclusione delle attività di sostituzione delle obsolescenze tecnologiche di rete ed installazione delle ridondanze nelle principali sedi territoriali per garantire servizi.

e) OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO ED INCREMENTO DEL BENESSERE ECONOMICO, SOCIALE, EDUCATIVO, ASSISTENZIALE, AMBIENTALE

Sono state programmate numerose azioni per rafforzare i servizi territoriali in termini di organizzazione, integrazione ospedale territorio e sviluppo della telemedicina, tra le quali, in primo luogo, la capacità di contenere/ridurre la richiesta di accesso alle cure ospedaliere garantendo una presa in carico ed una assistenza h24 agita da remoto.

Infatti, il valore del sistema territorio ha dimostrato chiaramente che un sistema fondato sul ricorso all'ospedale e in particolare il Pronto Soccorso fallisce se non è affiancato da un territorio forte. È stato necessario, quindi, potenziare l'offerta di servizi assistenziali correlati alle attività domiciliari e i volumi dell'attività ADI per l'anno 2023.

Punti di forza della gestione straordinaria dell'anno 2024 sono stati rappresentati da:

- Un incremento sia dei volumi dello screening di I livello che dei tempi di esecuzione dello screening di II livello rispetto al 2023; tale attività è stata svolta prevalentemente con risorse aziendali.
- È stata avviata la campagna per lo screening HCV, sono stati invitati 70.567 cittadini della popolazione target; hanno risposto agli inviti 5968 cittadini. La campagna è stata anche rivolta ai cittadini fragili in carico ai Serd.
- Si è dato seguito ai progetti relativi agli interventi di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 relativi a quanto indicato nel PNRR. Inoltre, nel corso del 2024 sono state evase tutte le richieste di aggiornamento delle anagrafiche pervenute dalla regione Lazio. In particolare, nell'ambito della Mission M6-Salute, è stato dato tempestivo riscontro alle richieste di aggiornamento dei prospetti periodici (mensili, trimestrali, etc...) di monitoraggio dei processi riferiti ai finanziamenti nell'ambito del PNRR individuati con DGR n. 1005/2021, n 1006/2021 e n. 75/2012;
- In relazione agli interventi previsti nell'ambito del PNRR relativi alle Centrali Operative Territoriali, sono stati predisposti gli atti deliberati per l'affidamento della progettazione esecutiva e dell'esecuzione dei lavori relativi agli interventi; l'obiettivo relativo all'apertura e al funzionamento delle COT è stato pienamente raggiunto;
- Con Delibera 829 del 30/07/2024 è stato istituito l'Infermiere di famiglia e Comunità nei distretti Sanitari della Asl Roma 3;
- Il progetto informatico relativo alla contabilità analitica procede, inoltre le attività si sono concentrate sui modelli legati al Bilancio di esercizio 2023 (Modello LA e Modello CP). Il flusso SIO è completato e quello SIAS è in fase di completamento.
- È stato elaborato un cruscotto gestionale su applicativo Excel che riepiloga per periodi omogenei i dati di produzione degli ultimi tre anni. Elabora anche grafici di facile lettura. Tali modelli sono stati inviati ai negozianti. Nel mese di agosto è stato inviato un questionario di gradimento ai negozianti sulla performance 2023 e la maggior parte di loro ha gradito il lavoro sui CE di reparto;
- Sono state messe in atto le misure regionali per la riduzione dei tempi di ricovero dal Pronto Soccorso, per l'incremento delle dimissioni nei giorni festivi e di sabato. Sono state attuati comportamenti organizzativi per la presa in carico del paziente in PS dai medici di reparto, in attesa di posto letto.
- L'attività di televisita è stata incrementata significativamente;
- Sono state attuate le disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali; sono stati monitorati gli slot dell'assistenza specialistica e il tasso di occupazione delle agende. Si è avviato in modo puntuale, secondo le indicazioni regionali il monitoraggio per il rispetto delle liste di attesa operatorie.
- Le ricette dematerializzate sono cresciute percentualmente rispetto al 2024, quasi tutte le strutture si attestano su una percentuale superiore al 90%.
- L'Assistenza domiciliare è aumentata significativamente sia in termini di numero di cittadini presi in carico sia di adeguatezza dei coefficienti di intensità; gli obiettivi di presa in carico previsti dal PNRR sono stati raggiunti in anticipo rispetto alla scadenza di fine anno.

Inoltre con riferimento sempre al PNRR, nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 " Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale sostiene gli investimenti volti a realizzare la

capacità di erogazione dei servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari.

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

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

- incrementare le attività di integrazione ospedale territorio;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva e incrementare l'utilizzazione della ricetta dematerializzata;
- reingegnerizzare i distretti;
- garantire i tempi delle liste di attesa per le prestazioni di cui al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa e il recupero della capacità produttiva antecedente il periodo pandemico;
- rispettare gli standard dell'assistenza ospedaliera e territoriale con mantenimento di standard di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa per diverse aree cliniche, quali l'area cardiovascolare, osteomuscolare, ginecologica e oncologica;
- Proseguire le attività finalizzate alla riduzione delle infezioni correlate all'assistenza, anche mediante corsi mirati destinati a un ampio target di lavoratori;
- Valutare gli esiti: Proporzioni di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni;
- valutazione degli esiti: Proporzioni di Parti con Taglio Cesareo Primario ed Episiotomie;
- L'obiettivo dell'azienda è valutare la percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Per raggiungere questo obiettivo, si monitoreranno attentamente i tempi di degenza, si analizzeranno i dati clinici e si implementeranno strategie di miglioramento continuo per ottimizzare i risultati chirurgici;
- L'obiettivo dell'azienda è garantire che il PTCA (angioplastica coronarica percutanea) venga eseguito entro 90 minuti dall'accesso al Pronto Soccorso. Per raggiungere questo obiettivo, implementeremo protocolli operativi efficienti, miglioreremo la formazione del personale e utilizzeremo tecnologie avanzate per ottimizzare i tempi di intervento. Sono in corso investimenti per duplicare le sale dedicate alla emodinamica ed elettrofisiologia;
- sostenere il Piano regionale cronicità: conseguire un miglioramento degli indicatori ricompresi nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento agli indicatori dell'ambito distrettuale e dell'ambito finalizzato al monitoraggio di processo dei PDTA di malattie croniche nonché stili di vita associati;
- rispettare i tassi copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto e del I e del II Livello;
- verifica ed analisi di scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento.

- proseguire nel processo finalizzato alla riduzione dei tempi di liquidazione e di riduzione dello stock di debito.
- Attuare in modo significativo il piano aziendale della prevenzione, alla cui riuscita l'azienda ha declinato numerosi obiettivi.
- Ottimizzare il Sistema di Contabilità Analitica e della cultura, anche in ambito sanitario della consapevolezza dell'uso delle risorse e degli outcome prodotti.
- Avviare il nuovo programma regionale dedicato ai Percorsi attuativi della Certificabilità (PAC); rispettare i tempi delle richieste di adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali (piano dei conti, piano dei fattori produttivi, anagrafici regionali farmaci e dispositivi)
- rispettare i tempi della programmazione acquisti, e di progettazione delle gare.
attuare il processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 PNRR in riferimento all'Ob.4.1 della Delibera Regionale 762/2021
- adeguare le indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica. Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici.

2.2 ALBERO DELLA PERFORMANCE ASL ROMA 3

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

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

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

La Mission aziendale è suddivisa nei seguenti **Ambiti**, da cui si declina l'albero delle performance:

COD	AMBITO
P	Prevenzione
T	Assistenza territoriale
O	Assistenza ospedaliera
A	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo;
U	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza, formazione e benessere organizzativo

Gli obiettivi specifici per il triennio individuati dai cinque ambiti sono concettualmente suddivisi in:

- I. Obiettivi di sistema: implementati dalla Regione Lazio ed assegnati ai direttori generali sono obiettivi istituzionali che vengono assegnati ai negoziatori e concorrono al raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario regionale.
- II. Obiettivi aziendali che concorrono al raggiungimento dei bisogni di salute della popolazione;

Gli ambiti sono ripartiti sulle schede di negoziazione nelle seguenti **AREE**:

COD AREA	AREA
1	Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
2	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening
3	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori
4	Piano delle cronicità - presa in carico del paziente
5	Assistenza farmaceutica
6	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa
7	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria
8	Salute mentale e dipendenze
9	Governo dell'emergenza
10	Area dell'efficacia clinica
11	Qualità e accreditamento
12	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale
13	Governo delle risorse umane
14	Gestione economico finanziaria
15	Gestione tecnica e attuazione PNRR
16	Approvvigionamenti
17	Area del contenzioso
18	Anticorruzione e trasparenza - privacy
19	Accessibilità ai servizi

Si riporta di seguito l'albero della performance ripartito per **ambiti**:

PREVENZIONE

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Attuazione delle procedure per la gestione delle risorse del Dipartimento di Prevenzione derivanti da prestazioni erogate a favore dei privati e dalle sanzioni - delibera 451 del 14/06/17	rilevazione dei fondi disponibili entro il 31/03 e comunicazione di avvenuto utilizzo alla UOC REF entro il 28/02/2026
	Attuazione progetto regionale relativo alla Antibiotico resistenza	predisposizione progetto con cronoprogramma entro il 31/03/25 (si/no 50% valutazione) - rispetto cronoprogramma (si/no 50% valutazione)
	Centro antifumo - apertura secondo centro nell'area romana (Distretti XI e XII) e monitoraggio attività	Apertura entro 30/09 secondo centro (50%) e relazione nei monitoraggi trimestrale a DS e CDG sulle attività svolte (50%)
	Programma Unplugged: Realizzare incontri con Istituti Scolastici, Enti ed Istituzioni Organizzare corsi a carattere formativo – 5 programmi formativi l'anno nelle scuole superiori	N°INCONTRI =5
	Realizzazione degli interventi di comunicazione a supporto dei programmi di Screening. (Percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	organizzare 12 iniziative a supporto della promozione dei programmi di screening
	Realizzazione del progetto di Peer Education: La promozione della salute nelle relazioni giovanili e il contrasto al Cyberbullismo e alla violenza in almeno una scuola del territorio aziendale, organizzato nell'ambito del programma "PP1 Scuole che promuovono salute" del Piano Aziendale di Prevenzione 2021-25.	Report trimestrale (escluso primo trimestre)
	Realizzazione di un report annuale per l'analisi dei dati trasmessi dai medici competenti relativi all'attività svolta l'anno precedente nel territorio della ASL Roma 3 (art. 40 Allegato 3B d.lgs. 81/08) Dati 2023 entro 30/09/25.	TRASMISSIONE REPORT A DS E CDG
	Ridurre la disuguaglianza di accesso agli screening dei pazienti afferenti ai CSM aziendali (Anche DSM) - esecuzione test	eseguire 400 pap test a persone fragili inviate dai CSM
	Ridurre la disuguaglianza di accesso agli screening dei pazienti afferenti ai CSM aziendali (Anche DSM) - reclutamento	relazione trimestrale contenenti i dati di reclutamento delle donne inviate all'attività di screening

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
	scuole medie e superiori, seguite dai Consultori, con interventi d'equipe su: "La promozione della salute sessuale e affettività e il contrasto alla violenza nelle relazioni giovanili"	Attuazione di quanto previsto dal piano 2021/25
	Sportello d'ascolto Giovani e sostanze d'abuso: nuovo spazio d'ascolto e di supporto psicologico per gli adolescenti e i loro contesti familiari, sul tema dell'abuso di sostanze stupefacenti.	Report trimestrale
Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione). > 2023	2025>2023
	Garantire nei centri vaccinali le vaccinazioni antinfluenzali nei gruppi target	2025 > 20% del 2023
Benessere degli animali anche ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Copertura delle principali attività riferita al controllo delle anagrafi animali da reddito e della somministrazione di farmaci.	Garantire le attività previste dalla Scheda Indicatore P10Z del Ministero della salute con soglia minima attesa: aziende bovine controllate per anagrafe: 90% aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90% capi ovicaprini controllati per anagrafe: 90% aziende suine controllate per anagrafe: 90% aziende equine controllate per anagrafe: 60% allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70% esecuzione del PNAA: 90% controlli di farmacovigilanza veterinaria: nessuna. 4 relazioni trimestrali da inviare a Direttore Dipartimento di Prevenzione, DS e CdG
Copertura vaccinazioni obbligatorie	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatte B, pertosse, Hib) - >95%	>95% DELLA COORTE OSSERVATA
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - >95%	>95% DELLA COORTE OSSERVATA
Lotta al randagismo e sterilizzazione dei cani ospitati sterilizzabili	relazione delle attività svolte dall'ospedale veterinario in termini di prestazioni svolte	Trasmettere relazione trimestrale a CDG DS ESIS corredata da file numerico di riepilogo delle prestazioni svolte
	valutazione delle attività svolte in relazione alla % di cani sterilizzabili presenti in canile	4 relazioni trimestrali
Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Predisposizione di una reportistica trimestrale che riporti la coorte, il target raggiunto, i tempi di	INVIO N° 4 REPORT A CDG -DS- ESIS e strutture erogatrici delle prestazioni

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
	erogazione e la % di appropriatezza dei secondi livelli	
Piano regionale dei controlli	esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ)	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obbiettivo)
	Svolgere controlli di vigilanza proattiva programmata relativi al mantenimento dei requisiti autorizzativi delle strutture sanitarie	Eseguite quattro controlli a semestre, uno in una struttura di ricovero e uno in una struttura ambulatoriale o di riabilitazione
Screening di II livello – Obiettivi di esito	Colon retto: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 30 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. >50%	ESEGUIRE N° ____ Prestazioni entro 30gg
	Mammella: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. > 50%	ESEGUIRE N° ____ Prestazioni entro 28gg
Screening di I livello – Obiettivi di esito	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina. >25%	>25%
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto. > 25%	>25%
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella. >35%	>35%
Screening di I livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello - COLPOSCOPIE	eseguire n. 1.831 prestazioni
	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - ESAME SANGUE OCCULTO	ESEGUIRE N°26.000 Prestazioni
	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - MAMMOGRAFIE	ESEGUIRE N° _____ Prestazioni
	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - PAP TEST	ESEGUIRE N° 12.210 Prestazioni
	Tempo di attesa tra erogazione Mammografia di I livello e refertazione della stessa	Garantire almeno il 65% delle refertazioni entro 15 gg (regione lazio 2024 64,16) (minimo 51 oggi 39,55)
Screening di II livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello.	ESEGUIRE N°1030 Prestazioni biopsie per colon retto e 500 esami istologici per la cervice uterina entro 10 gg

ASSISTENZA TERRITORIALE

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Avvio del servizio di radiologia domiciliare entro il 01/04/2025 e raggiungimento della produzione ottimale entro il 01/10/2025	Il risultato è raggiunto al 50% in caso di avvio entro il 01/04/2025, il restante 50% è raggiunto se nell'anno 2025 vengono raggiunte 600 esami o 350 esami nell'ultimo trimestre
	Avvio del servizio di radiologia domiciliare entro il 01/04/2025 previa predisposizione della procedura operativa	Predisposizione della procedura operativa e coordinamento del gruppo di lavoro finalizzato all'avvio del servizio di radiologia domiciliare entro il 01/04/2025
	dare seguito agli adempimenti richiesti da UOC Cure Primarie in relazione al monitoraggio delle agende, degli slot, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti (Valuta UOC Cure Primarie)
Appropriatezza, monitoraggio e miglioramento dell'efficienza della spesa protesica	Predisporre relazione con cadenza trimestrale contenente le seguenti elaborazioni con descrizione delle eventuali relative azioni correttive: tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a ordine). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a autorizzazione). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. Analisi (costo, n. tipologie) presidi restituiti e presidi riassegnati dopo il riutilizzo.	PREDISPORRE 4 relazioni trimestrali a cdg
Controllo della spesa – farmaceutica convenzionata	Spesa per farmaceutica convenzionata coerente con le indicazioni regionali	Valore C2 inferiore o pari al concordamento regionale
Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Monitoraggio della quantità / qualità delle prestazioni rese dai soggetti accreditati (tempo di presa in carico - rapporto prese in carico/ rinuncie - tipologia prestazioni effettuate - % di pazienti per CIA) R
		Raggiungere il 10 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]
Incremento arruolamento pazienti nei PDTA	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA.	Monitoraggio dei PDTA attivi, dei pazienti presi in carico, delle prestazioni eseguite. Relazioni trimestrali con Report da inviare in sede di monitoraggio
Incremento attività di telemedicina	Incremento delle prestazioni di telemedicina rispetto al 2024	percentuale in sede di negoziazione
Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati in CAPI, successive alla convocazione. - reportistica	trasmissione ai distretti al DS e al CDG dei dati sulle prescrizioni oggetto di analisi della Capi. Verifica a sei mesi dei corretti adempimenti. Trasmissione a CAPI. Sei relazioni bimestrali.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati in CAPI, successive alla convocazione. Azioni correttive	trasmissione provvedimenti effettuati a seguito dei controlli sui dati contenuti nel report della farmacia al DS e al CDG. Tre relazioni trimestrali a partire dal secondo monitoraggio.
	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	n° Capi effettuate con indicazione delle attività relative anche ai dispositivi medici
Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Attuazione delle indicazioni a seguito del monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.	Valutazioni di esito in ordine alla adozione delle azioni correttive trasmesse dalla UOC Cure Primarie
	Monitoraggio della produzione della Specialistica ambulatoriale	Rapporto costo personale medico che eroga prestazioni di specialistica/ valore della produzione = > 2024
	Monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.	miglioramento del tasso di occupazione slot agende infermieristiche + 10% rispetto al 2023
	Monitoraggio e trasmissione delle relazioni trimestrali dei Coordinatori di Branca a DS DCP e CDG	Trasmissione entro il mese successivo al trimestre di riferimento delle relazioni dei coordinatori di branca a DS DCP e CDG. Analisi delle criticità.
Ottimizzazione delle strutture di residenzialità a gestione diretta	Garantire l'indice di occupazione del Posto letto pari o superiore al 97%	Indice di occupazione dei posti letto MAZZACURATI =>97%
		Indice di occupazione dei posti letto CATACOMBE DI GENEROSA => 97%
Potenziamento assistenza dell'età evolutiva: produzione e committenza	Migliorare il rapporto produzione specialistica/costo personale medico e Terapisti della riabilitazione	n. prestazioni / costo personale medico (esclusa esclusività+ risultato + oneri) +costo tecnici della riabilitazione (esclusi oneri e risultato) 2025<2024 (ESCLUSO PERSONALE SU CDC LUNGA ASSENZA)
Presa in carico del paziente psichiatrico: attività CSM	Miglioramento dell'individuazione dei percorsi di cura dei pazienti trattati nei CSM, differenziati per livelli di intensità assistenziale disamweb	Monitoraggio trimestrale della presa in carico/cura/consulenza in equipe o individuale secondo i parametri PANMS (DCA U00287/2014)
Presa in carico del paziente psichiatrico: monitoraggio ricoveri ripetuti.	Monitoraggio dei ricoveri ripetuti presso SPDC o accessi al PS	PREDISPORRE 4 RELAZIONI trimestrali alla Direzione Strategica e CDG in riferimento ai pazienti in carico al CSM che abbiano nel biennio ricoveri ripetuti presso SPDC
		Ridurre del 30% il numero di pazienti che vengono ricoverati presso SPDC + due volte nell'anno 2024

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
	Relazione trimestrale sulle azioni svolte a favore di pazienti in carico presso i CSM che hanno subito un ricovero presso SPDC e /o Cliniche psichiatriche.	Pazienti in carico, ricoverati presso SPDC o Cliniche psichiatriche con l'indicazione dei costi di ricovero e del numero delle prestazioni effettuate dai CDM a favore degli stessi. Indicare anche se il paziente frequenta centri diurni.
	Rispetto degli indicatori nazionali relativi ai re ricoveri presso SPDC tra 8 e 30 giorni	Adeguare alla Media nazionale (Anno 2023- media a 30gg=14,8% e a 7 gg = 8,4%) le percentuali di riammissione dei ricoveri ordinari non programmati a 30 gg e a 7 gg dalla Dimissione.
Prosecuzione progetti finanziati e Casa di Alice	Prosecuzione e rendicontazione trimestrale a Direttore Sanitario e CdG dei progetti finanziati.	Valutazione appropriatezza invii CSM al Centro Casa di Alice - n. pazienti presi in trattamento/totale degli invii effettuati dai CSM
Rilevazione farmaci sentinella (antibiotici, antidepressivi...)	Analisi consumo antibiotici per singole strutture organizzative di linea (UOC Farmacia Territoriale-UOC Farmacia Ospedaliera)	Trasmissione trimestrale del consumo e valutazioni di appropriatezza
	Monitoraggio consumo di antibiotici con l'utilizzo del Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve) presso le UUOO degenza.	Report mensile di consumo antibiotici per UO di degenza.
Rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale nell'Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) - Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2024 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >4,00 = 1 punto; Livello II (CIA 2): >2,50 = 2 punti; Livello III (CIA 3): >=2,00 = 3 punti (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali	Monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni BREVI E PROGRAMMATE da parte delle strutture accreditate	Report mensile a DG, DS, DCP e CDG sul rispetto dei tempi di attesa da parte delle strutture accreditate, azioni di controllo e valutazione ai fini anche dell'attribuzione del budget
	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni BREVI E PROGRAMMATE	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. % di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg e come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa risponde alla formula $=1-(\%b*50+\%p*100)/2$

ASSISTENZA OSPEDALIERA

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Predisporre reportistica trimestrale sulle dimissioni difficili, previa procedura	definizione, stesura ed applicazione di un modello di segnalazione/presa in carico delle dimissioni difficili (tempi stretti max 1° marzo con applicazione 1° aprile). Questo per tracciare sia azioni e relative tempistiche degli assistenti sociali che del reparto
	Ricalcolo della degenza media al netto delle dimissioni difficili, certificate dal servizio sociale e a condizione che il reparto abbia collaborato nella tempestiva individuazione del problema sociale	La Degenza Media viene calcolata al netto delle dimissioni difficili nei casi in cui la struttura abbia dato tempestiva comunicazione al servizio sociale ospedaliero e piena collaborazione nella gestione del processo clinico finalizzato alla dimissione o al cambio setting. ricalcolo in funzione di quanto rilevato dalla check list (n° segnalazioni/ presa in carico/ azioni attuate) per gestire le dimissioni difficili.
Adesione agli standard di qualità previsti dal programma nazionale esiti	% di colecistectomia laparoscopica con degenza post - operatoria entro 3 gg (1 giornata data intervento). (percentuale target in scheda di negoziazione)	Percentuale di colecistectomia Laparoscopica con degenza inferiore a 3 gg >85%
	% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 20% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)	% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 15% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)
	Fratture del femore pazienti over 65 anni di età:> 60 % entro 48 h dall'accesso al PS	N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore; =>0,6 (60%)
	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità obiettivo con < 1000 parti massimo 15% di cesarei.	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (500 s vol <1.000) < 15%
	PTCA entro 90' dall'accesso al PS > del 70%	nr PTCA entro 90 dall'accesso al PS > 70 %
Appropriatezza e tempo di permanenza in OBI	Pazienti che accedono nuovamente al PS dopo 24 e 72 ore dalla dimissione i OBI	(Numero di accessi con rientro in PS < 24H dalla dimissione da OBI + Numero di accessi con rientro in PS < 24H dalla dimissione da OBI) / Totale accessi in OBI < 10% (anno 2024 3,79+5,98 pari a 9,77)
	Tempo di permanenza oltre le 44 ore e inferiore alle 6 ore	n. Pazienti in OBI oltre le 44 ore + pazienti dimessi entro 6 ore/pazienti in obi >25% (Anno 2024 tot 3.368 +6-44 tot. su Accessi 4937)
Controllo della qualità e della Completezza della Cartella Clinica	Aggiornamento Check list di controllo della cartella clinica in ordine alla completezza e tempestività di chiusura della stessa, predisposizione analisi relative a Bundle per VAP (Rianimazione) - SSI (Chirurgie) e UTI (Nefrologia e Medicina)	Trasmissione bimestrale degli esiti delle check list di controllo ai reparti, alla Direzione Sanitaria e al CCICA

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	Attuazione delle azioni mirate alla prevenzione delle ICA	Attuazione processi di gestione degli ALERT secondo procedura specifica (Del. 429/22). Valutazione Direzione Medica POU
	consumo delle soluzioni idroalcoliche	Analisi dei consumi semestrali in base ai gg di degenza (dato fornito da ESIS) e trasmissione rapporti ai reparti alla Direzione Medica POU e al CdG
	Corso formativo sulla gestione delle Infezioni Ospedaliere correlate all'assistenza, nell'ambito degli obiettivi PNRR	Monitoraggio sulla partecipazione del personale sanitario al corso nel rispetto dei contingenti già arruolati (50% entro 31/03 50% entro 31/12)
	Costituzione del gruppo di Antimicrobial Stewardship entro il 31/03/2025 con l'obiettivo di definire un programma di antimicrobial stewardship	Delibera di costituzione del gruppo approvata entro il 31/03/2025, trasmissione tempestiva delle decisioni assunte al DS aziendale (reportistica trimestrale delle decisioni assunte per numero di protocollo a CDG)
	Monitoraggio microrganismi ALERT	Attuazione processi di gestione degli ALERT secondo procedura specifica (Del. 429/22). La Direzione Medica di POU relaziona trimestralmente a DS Rischio Clinico e CdG in ordine al rispetto delle procedure.
	Utilizzo della piattaforma dedicata per la gestione degli alert a decorrere dal 01/06/2025	Corretto e tempestivo utilizzo della piattaforma dedicata per la gestione degli alert e trasmissione a Rischio Clinico e DMPOU di 3 relazioni bimestrali (31/07 - 30/09 - 30/11) relative alle azioni predisposte
	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Dimissioni sabato e domenica (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
Garantire gli esami istologici e citologici richiesti dai reparti di degenza al fine di contenere i tempi di degenza		Eeguire gli esami istologici e citologici entro 5 gg (Media dei giorni di esecuzione per singolo esame)
Garantire la disponibilità di sangue necessaria alle attività di ricovero del Presidio Ospedaliero		Raccogliere 3.750 sacche di sangue
Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario /produzione rispetto al 2024.		Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario, a Convenzione e delle professioni sanitarie della riabilitazione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2024
Miglioramento rapporto Dispositivi medici/Produzione rispetto al 2024.		Il valore del rapporto costo dei Dispositivi medici / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2024
Organizzazione della raccolta di sangue in ambito extraospedaliero		Organizzare almeno 6 giornate di donazione in ambito extra ospedaliero

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
	Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	risponde alla formula $=1-N$. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza / (totale ricoveri - N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza) (si escludono ricoveri di un giorno)
	Peso medio DRG	Il valore del Peso medio deve essere maggiore di 1,40
		Il valore del Peso medio relativo all'UTIC deve essere maggiore di 1,75 e alla cardiologia superiore a 1,55 risponde alla formula $=((\text{punteggio ottenuto}/1,75*100) + (\text{punteggio ottenuto}/1,55*100))/2$
	Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario / produzione rispetto al 2024.	Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario e a Convenzione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2024
	Degenza media coerente con i valori soglia nazionali (primi 60 DRG)	I valori soglia sono coerenti con i DRG (percentuale in negoziazione)
Monitoraggio tempo di accesso al trattamento dopo il triage	% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono al trattamento entro 60 minuti (ott. 23 - feb. 24 55,80)	n. pazienti trattati entro 60 minuti / n. pazienti totali > 68% (dato 2024 52,64%)
	% di pazienti con urgenza codice 2 che accedono al trattamento entro 15 minuti;	n. pazienti trattati entro 15 minuti / n. pazienti totali > 60% (dato 2024 48,11%)
Rete ictus	Assicurare gli interventi appropriati secondo standard clinico-assistenziali regionali al fine di ridurre la mortalità e gli esiti permanenti dell'evento acuto	Eeguire Tac entro 60' dalla richiesta del medico di PS per ipercuti che si presentano a meno di 4,5h dalla comparsa dei sintomi. Tempo esecuzione TAC entro 60? Codici da 430 434 (esclusi i peggiori 10 esami)
Rispetto liste di attesa chirurgiche	Rispetto dei tempi di attesa regionali (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	n° prestazioni per Classe A e B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A e B.
Tempi di ricovero	Rispetto del tempo di attesa di 24 ore massime di attesa per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve diminuire del 22% rispetto al 2023
		Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve diminuire del 27% rispetto al 2023
	Rispetto del tempo di attesa di 24 ore massime di attesa per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore al 15%
		Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore all'8%
Tempo medio di attesa e appropriatezza dell'accesso	Riduzione percentuale abbandoni e non risponde a chiamata inferiore al 13%	abbandona e non risponde a chiamata >13%

AMBITO DEGLI ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI, SANITARI E DI CARATTERE INFORMATIVO

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Aggiudicazioni senza proroga e rinnovo affidamenti ICT	Evitare le delibere di proroga e il ritardo nel rinnovo degli affidamenti	1-((delibere proroga/delibere aggiudicazione) + (valore dp/valore da)) /2
		somma giorni di ritardo dalla scadenza degli affidamenti ICT alle delibere di rinnovo
Analisi dei dati di produzione derivanti dai flussi del Sistema Informativo Sanitario	Organizzazione di incontri di approfondimento relativi all'analisi dei dati di produzione	Incontri anche in modalità a distanza finalizzati al monitoraggio della produzione, dell'appropriatezza, degli esiti, dei processi, da convocarsi entro 45 gg dalla trasmissione alla direzione dei dati di produzione
	Trasmissione trimestrale CE di reparto per CDR (30/04 – 31/07 – 30/10 e 31/03/26) + Ce di reparto di fine anno (30 gg dopo approvazione bilancio di esercizio) e analisi sugli indicatori di esito e processo	trasmissione alle strutture del Ce di reparto - 4 report trimestrali e analisi sull'andamento degli indicatori di esito e processo da trasmettere a Direzione Strategica. (CdG ed Esis)
Analisi dei fabbisogni e programmazione	Monitoraggio attuazione piano gare 2024/25	predisposizione di 2 relazioni semestrali da trasmettere al CDG e al RPTC
	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2026/27 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2025	approvazione della delibera entro il 31/10/25
Analisi dei processi Amministrativi	Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali, nonché degli esiti	Redigere tre relazioni al 30/06 al 30/09 e a rendicontazione relativamente all'efficacia dei patrocini esterni, rispetto ai costi interni di funzionamento dell'Ufficio Legale
Apparecchiature alta tecnologia	Monitoraggio trimestrale del tempo di utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia - TAC e RMN. Relazione a Direttore Sanitario e CdG.	4 relazioni trimestrali
Attuazione nuovo codice appalti e monitoraggio della corretta esecuzione degli affidamenti	Formazione continua Peer to peer in piccoli gruppi per favorire le competenze gestionali relative allo svolgimento del ruolo di RUP e DEC	predisporre almeno 12 incontri RUP/DEC entro il 31/12/2024
	predisporre un albo aziendale per l'individuazione di RUP e DEC	predisporre alla Direzione Strategica un regolamento finalizzato a istituire l'albo aziendale per l'individuazione di RUP e DEC. Proposta entro il 30/04/2025
	Relazioni trimestrali sulla concreta attuazione del Nuovo Codice degli appalti.	predisporre 2 relazioni semestrali da trasmettere al DA, CDG e al RPTC
Attuazione Piano Azioni Positive e Piano Attuazione Equità	Evento formativo per il contrasto alle discriminazioni di genere nei luoghi di lavoro.	realizzare almeno 1 evento per il contrasto delle discriminazioni nei luoghi di lavoro
	Monitoraggio dell'efficacia delle attività aziendali finalizzate al contenimento della violenza di genere	2 relazioni al 30/06 e ala 30/10 con proposte di azioni integrative

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Contrattualizzazione dei fornitori aggiudicatari di gare sopra soglia	Sottoscrizione tempestiva dei contratti a seguito aggiudicazione gare	Predisposizione tempestiva del contratto e trasmissione ai fornitori a seguito di aggiudicazione di gara sopra soglia. 4 relazioni con report tempistica (del. agg.ne - arrivo documentazione - trasmissione contratto a fornitore - ricevimento contratto sottoscritto) con le quali valuta anche tempestivo adempimento UOC Approvvigionamenti.
		Trasmissione tempestiva della documentazione necessaria alla sottoscrizione dei contratti sopra soglia alla UOSD Affari generali. Valuta UOSD AAGG (30 GG Da data di aggiudicazione)
Controlli strutture accreditate	Effettuare la verifica di almeno 25 strutture accreditate. Report trimestrali	Verificare 30 strutture accreditate e trasmettere alla fine del trimestre relazione a DS e CdG (percentuale in relazione al numero di strutture controllate - il mancato invio delle relazioni determina il non raggiungimento dell'obiettivo)
Controllo della spesa, programmazione e soddisfacimento del fabbisogno	Analisi trimestrale sulle cause delle cessazioni / trasferimenti / comandi in uscita (esclusi pensionamenti)	predisporre 4 report trimestrali sulle cause delle cessazioni (gruppo Risorse umane + Competence)
	Relazioni trimestrali sui tempi di reclutamento, distinti per concorso aziendale, e utilizzo graduatorie.	predisporre 4 report trimestrali
	Rispetto del valore di spesa concordato a bilancio e mantenimento delle sopravvenienze passive entro i 400.000,00 euro	Risponde alla formula $=(\text{Valore B1 concordamento}/\text{B1 Ce IV Trim} * 100)$ - (importo sopravvenienze superiore a 500.000,00/500.000,00). Se le sopravvenienze del personale dipendente e specialista convenzionato non superano le 500.000,00 non vengono considerate in tale caso la percentuale del concordamento superiore a 100% produce 100.
	Monitoraggio del benessere e del corretto inserimento lavorativo dei nuovi assunti, anche attraverso questionari da inviare online	Predisporre 4 report trimestrali da inviare a DG DA DS CDG UOC Risorse Umane, ove si rilevino criticità relazionarsi con i Dirigenti dei servizi e il Diprosan se trattasi di professioni sanitarie
E-health - sanità digitale - dematerializzate	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Ridurre a 10% < l'utilizzo di ricettario cartaceo. Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.
E-health - sanità digitale - eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. Produzione riconosciuta > al 98,5 % di quella eseguita.	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. La mancata possibilità di recuperare le prestazioni nel 13° mese impone alle strutture particolare attenzione nel rispetto dei tempi.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
E-health - sanità digitale – Fascicolo sanitario	Attuazione cronoprogramma Regionale per l'avvio del fascicolo sanitario elettronico (FSE)	Relazioni semestrali sul rispetto del cronoprogramma regionale al Ds Da e CDG
E-health – sanità digitale – innovazione tecnologica	Facilitare l'utilizzo degli applicativi presenti su office 365 attraverso linee guida e attività formative.	predisposizione da parte della UOC SISTEMI ICT di almeno 4 corsi e due Demo nella intranet
	Garantire il supporto richiesto, nell'ambito degli investimenti PNRR e alle dashboard di Contabilità analitica, finalizzato alla certificazione INFRAM ENFRAM	Garantire il supporto e l'adozione delle misure richieste dalla UOC Sistemi ICT che valuta trimestralmente il raggiungimento del risultato
	Migrazione dei servizi definiti da ACN "critici" al Polo Strategico Nazionale entro il 2025 e migrazione completa dei dati diagnostici entro il 2025;	Trasmissione cronoprogramma entro 31/03, validazione della direzione e rispetto delle scadenze dello stesso (rispetto scadenza cronoprogramma e altre scadenze. gg di ritardo). Limite oggettivo i tempi della programmazione regionale.
	Riduzione del numero stampanti locali e monitoraggio dei consumabili	Ridurre le stampanti locali e dei consumabili in relazione all'analisi svolta dalla UOC Sistemi ICT (% in sede di negoziazione)
	Adozione dello strumento documentale aziendale (share doc) per quanto riguarda PEC e processo di giro delle firme.	Dare seguito alle linee guida e alla formazione di competenza della UOC ICT e Adottare lo strumento con Spin off account pec attuale entro 30/06
Formazione	accreditamento dell'Azienda quale struttura facente parte delle reti formative finalizzata all'assunzione degli specializzandi	Dare attuazione a quanto previsto dall'art. 1 comma 342 della legge 207 2024 - predisporre gli atti finalizzati ad ottenere il decreto entro il 31/03/2025
	Aggiornamento Piano Formativo Aziendale in corso di vigenza	Aggiornamento del PFA relativamente alle nuove esigenze manifestate, previa validazione della Direzione strategica e del Comitato scientifico. Due relazioni semestrali
	Corretta gestione del corso di formazione triennale per Medici di medicina generale	Relazionare trimestralmente in ordine alla gestione didattica, logistica e economico finanziaria del Corso di formazione triennale per MMG.
	Monitoraggio sull'attuazione del Piano formativo biennale - relazioni al 30/06 - 30/09 e a consuntivo con indicazione di numero corsi / numero frequentanti / numero docenti interni ed esterni / costi sostenuti	predisporre tre report
	Progetto Syllabus - acquisizione da parte del personale amministrativo inquadrato in categoria D di almeno 10 badge	Risponde alla formula = 100-personale inquadrato fte /corsi effettuati. Se è presente personale che non ha conseguito almeno 3 badge il risultato non è raggiunto. (si esclude personale in lunga assenza)
	Promozione di corsi sul benessere del personale.	realizzare almeno 4 eventi formativi

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
	Supporto alle strutture per l'abilitazione del personale alla piattaforma Syllabus e monitoraggio trimestrale relativo al raggiungimento dell'obiettivo da parte delle strutture interessate	Supporta le strutture, garantendo tempestive abilitazioni e monitora il raggiungimento dell'obiettivo con tre relazioni a partire dal monitoraggio al 30/06
Governo della spesa – rispetto del concordamento	Assegnazione ai negoziatori di spesa dei tetti fissati dal bilancio di previsione aziendale e monitoraggio dell'andamento della spesa. Riunioni ove necessario a seguito dei CE che evidenziano incremento di spesa.	Riunioni con i negoziatori di budget con incremento di spesa evidenziata dai CE elaborati da UOC REF. Analisi dei CE di Reparto con incrementi anomali. Relazioni trimestrali congiunte UOC REF + CdG a DA e DG.
	Assegnazione Budget economico	Assegnazione dei budget economici alle strutture entro 30 gg dalla delibera aziendale di presa d'atto del concordamento regionale
	Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione.	Totale budget assestato a fine anno / budget assegnato se il budget è stato superato risponde alla formula =100- (incremento di budget/budget assegnato) *100. Valuta UOC REF
Modalità di pagamento vaccinazioni non obbligatorie	Possibilità di pagamento tramite il portale Pago PA dal 01/07/2025	avvio della possibilità di pagamento entro il 01/07/2025
Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice- DSM).	Attività di sollecito e monitoraggio in relazione al rispetto della committenza sulle strutture territoriali di rispettiva competenza. Quattro relazioni trimestrali da trasmettere a DS CdG e strutture responsabili della committenza.
		Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle strutture) le verifiche di conformità - valuta UOC Accreditamento mentre per ADI UOC Amm.va Cure Primarie
		Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle strutture) le verifiche di conformità - Valuta UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale
Monitoraggio e gestione eventi avversi	Rendicontazione trimestrale alla Direzione Sanitaria degli eventi avversi segnalati.	realizzazione 4 report. Al controllo di Gestione vanno inviate le note di accompagnamento senza il report
	Rispetto delle scadenze utili alla difesa dell'azienda;	Relazionare DS in ordine alla attività consulenziale verso Rischio clinico E Ufficio Legale 30/06 - 31/12
		Relazionare per competenza a DS e DA e CDG in ordine alla collaborazione offerta dalle strutture interessate dalle richieste di istruttoria. 30/06 - 31/12
Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Attività di sollecito dei DEC dagli uffici liquidatori per quanto riguarda il rispetto dei tempi di trasmissione della congruità di competenza. (relazione bimestrale al Direttore Amministrativo e al CdG sugli inadempimenti)	realizzare 6 relazioni bimestrali da parte di Uffici liquidatori

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare Rispetto dei tempi di liquidazione	Risponde alla formula =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali) + (valore fatture liquidate oltre temine/valore totale) /2
	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da liquidare	Rispetto dei tempi di liquidazione. =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali) + (valore fatture liquidate oltre temine/valore totale) /2
Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Altri debiti	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Altri fondi per oneri e spese	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità crediti e altri crediti	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Debiti verso fornitori	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Debiti verso personale	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Fatture da ricevere	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Fondo Rischi	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Fondo svalutazione crediti	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Note di Credito da Ricevere	Il Direttore UOC REF valuta, in sede di rendicontazione trimestrale, la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale
	Monitoraggio trimestrale in relazione all'attuazione dei PAC	Relazioni trimestrale con il grado di raggiungimento dell'obiettivo da

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
		trasmettere ai soggetti coinvolti, DA e CGG
Performance individuale	Rispetto delle linee guida aziendali relative alla performance individuale	Rispettare le indicazioni aziendali e la tempistica per la valutazione della performance individuale 2024 e per l'assegnazione degli obiettivi 2025 (Indicazioni già emanate con nota da UOC Risorse Umane - tempistica fornita da UOC Risorse Umane)
Qualità e rischio clinico	Approvazione Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2025	Approvare la Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2025
	Elaborazione del programma qualità ICA	Conclusione del programma avviato nel 2024 entro il 30/06/2025
Qualità e tempestività' nella gestione dei flussi informativi	Corretta gestione del flusso SIO. Implementazione recupero SDO in abbattimento ancora rettificabile. Invio a DMPOU e ai reparti il dettaglio delle cartelle non chiuse.	Controllo relativo alle SDO con abbattimento tariffario e comunicazione alla DM POU per correzione e recupero. Copia della comunicazione va inviata ai reparti con SDO non chiuse.
	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso Dispositivi Medici (trimestrale)	Corretta elaborazione del flusso. Valuta farmacia Ospedaliera
	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R (mensile) e Dispositivi Medici (trimestrale)	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii
	Elaborazione / Trasmissione delle SDO nel rispetto delle scadenze previste dalla regione e corretta compilazione della cartella clinica	Il risultato è frutto della seguente formula per il 50% del punteggio pari a: $1 - (\text{valore produzione non riconosciuta} * 100) / (\text{valore della produzione riconosciuta} * 10)$; per il restante 50% pari alla valutazione di completezza della cartella clinica assegnata dalla DMPOU
	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Corretto invio del flusso, scarti inferiori al 5%
	Trasmissione flusso mensile regionale entro il 20 (Sistema Informativo Ospedaliero Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Riabilitazione, Flusso Hospice)	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii (i numeri verranno rideterminati se il rad r confluirà nel SIO)
Rispetto dell'attuazione del piano investimenti finanziato	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	4 relazioni trimestrali
Rispetto delle azioni e del cronoprogramma PNRR in ordine alla programmazione dell'attività sanitaria	Monitoraggio dei processi gestiti dalle COT	Report trimestrale sul numero dei pazienti presi in carico e sulle transizioni di setting gestite, monitorare il tempo tra la richiesta di dimissione e dimissione effettiva
Rispetto delle azioni e del cronoprogramma PNRR sia in ordine ai lavori, agli acquisti alla programmazione dell'attività sanitaria	Rispetto degli adempimenti regionali e aziendali relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	Adempimenti richiesti/adempimenti eseguiti relazioni trimestrali a DA - CdG

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture accreditate	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate	30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione della remunerazione, in case di cura private e ai laboratori analisi/centri specialistici; 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione dei saldi, in relazione agli Ospedali classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari privati
Semplificazione di accesso ai servizi e alle informazioni	Chiusura del vecchio sito intranet aziendale e aggiornamento del nuovo	Chiusura del vecchio sito intranet entro il 30/06/2025
Tempistica approvazione adempimenti di bilancio	Rispetto della tempistica regionale legata all'approvazione dei CE Trimestrali, Bilancio Economico 2025, Concordamento 2024, Bilancio di Esercizio 2023. Trasmissione a CDG il file estratto da SIGES, nei tempi previsti da regione. (la somma dei giorni max di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 30 e riduce in percentualmente il risultato)	Trasmissione al CDG file stratto da SIGES, nei tempi previsti da Regione. (La somma dei giorni max di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 30 e riduce in percentuale il risultato)

AMBITO DEGLI OBIETTIVI DI TRASPARENZA, ANTICORRUZIONE E ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI, RACCORDO CON STAKEHOLDER E UTENZA, FORMAZIONE E BENESSERE ORGANIZZATIVO

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Aggiornamento e qualità del Sito Internet	verifica dell'aggiornamento del sito Internet in ordine a: orari, sedi e modalità di accesso dei servizi, numeri di telefono, individuazione dirigenti e responsabili delle strutture. Valutazione dell'obiettivo 19.3.1	predisposizione 3 report a CDG e monitoraggio dell'obiettivo 19.3.1.
Aggiornare la segnaletica obsoleta dei presidi	Mantenere aggiornata la segnaletica interna alle strutture e per l'accesso alle stesse.	predisporre un piano di aggiornamento triennale della segnaletica Aziendale interna entro il 30/04, validazione della direzione e attuazione nel 2025 secondo il cronogramma approvato
Analisi dei fabbisogni e programmazione	Analisi trimestrale degli acquisti in economia e con il fondo economale effettuati a causa di assenza o incapienza delle gare aziendali e azioni correttive. Relazione a DA UOC Approvvigionamenti CDG e RPCT	Relazionare trimestralmente con le relazioni di monitoraggio
	Azioni correttive a seguito analisi trimestrali Strutture assegnatarie Fondo Economale e Spese in Economia Analisi - relazione a DA CDG RPCT	Relazione trimestrale 30 gg successivi alle analisi trimestrali delle strutture assegnatarie fondo economale

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Analisi della qualità dell'offerta	Otto analisi per altrettante strutture sul grado di apprezzamento dell'offerta erogata	Svolgere analisi sul campo o telefoniche per misurare il grado di apprezzamento del servizio. Nella scelta delle strutture il 30% va scelto tra quelle per le quali pervengono un maggior numero di reclami. (3 analisi entro 30/06 - 3 analisi entro 31/10 - due analisi entro il 31/12)
Incremento delle ore / giorni di apertura dei servizi al pubblico	Incremento e diversificazione delle ore di accesso ai servizi per l'utenza.	Migliorare gli orari di apertura dei servizi al pubblico, garantendo presidi pomeridiani e/o di sabato mattina. Trasmettere proposta entro il 30/04 a DS e CdG - validazione e attuazione secondo cronoprogramma
Monitoraggio della committenza	Predisposizione di una proposta finalizzata alla corretta gestione del processo di governo dell'Assistenza domiciliare (attivazione servizio, scelta del contraente, monitoraggio dei tempi e dei rifiuti di presa in carico, monitoraggio prestazioni rese attraverso check list)	Predisposizione proposta entro il 30 aprile comprensivo di cronoprogramma e risorse necessarie + attuazione della proposta previa validazione direzione strategica (risponde alla formula 70 punti se entro il 30/04, dopo 60 gg il risultato va a zero + 30 punti SI/NO se cronoprogramma rispettato o meno)
Qualità e aggiornamento delle pubblicazioni.	Adempimenti in tema di pubblicazioni; valutazione da RPCT coerente con la valutazione della griglia da parte dell'OIV. Viene valutato: compliance, completezza, aggiornamento, apertura formato.	invio 4 Report RPCT a CDG e valutazione finale delle strutture
Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	relazioni semestrali a DG e CDG in ordine alle attività svolte nel periodo di riferimento, che contenga l'elenco degli adempimenti richiesti alle strutture ed eseguiti;	predisposizione 2 relazioni semestrali DG e CDG
	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di anticorruzione (Trasparenza / Rischio corruttivo / Contrattualistica);	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti valuta RPCT
Rispetto tempo progettazione gare, e indicazione fabbisogni.	Tempestiva progettazione delle gare e indicazione dei fabbisogni	Rispetto dei tempi definiti dalla UOC Approvvigionamenti per la progettazione delle gare e la definizione dei fabbisogni. Valuta UOC Approvvigionamenti sul parametro gg di ritardo.
Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali a campione delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)
		Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)

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

In attuazione del D. Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 e s.m.i. e della Legge Regionale n. 1/2011, la Direzione strategica aziendale, con l'adozione del PIAO 2025-2027 dà avvio all'intero ciclo che prevede la successiva emanazione delle linee guida per il processo di budget per l'anno di riferimento e la conseguente contrattazione di budget con i Centri di Responsabilità al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione lavorativa, nell'ottica della valorizzazione del merito.

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

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

Inoltre, è da precisare che La Direzione Strategica risponde in modo diverso del ciclo della Performance, in quanto il Direttore Generale è destinatario, dal committente regionale, di obiettivi annuali e di mandato che declina al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo. Gli obiettivi di mandato del Direttore Generale sono stati assegnati con DGR n. 1111 del 30 novembre 2022 gli obiettivi annuali non sono stati ancora assegnati; per la programmazione si è tenuto conto degli obiettivi 2024.

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

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

Il processo di budgeting e definizione degli obiettivi specifici si articola nelle seguenti tappe:

- Approvazione del PIAO.
- Negoziazione per l'anno 2025 tra Direzione Aziendale e Negoziatori (v. sotto).
- Predisposizione dell'atto deliberativo relativo all'assegnazione degli obiettivi 2025.
- Trasmissione alla UOS Controllo di Gestione entro il 30 giorni dalla data in cui è avvenuta la rispettiva negoziazione, degli obiettivi specifici e relative schede di negoziazione tra i Direttori di UOC e Responsabili di UOS o altri titolari di budget, con l'individuazione degli obiettivi specifici per la dirigenza e il comparto;
- Verifica di coerenza degli obiettivi specifici individuati al punto precedente da parte della UOS Controllo di Gestione e conseguente trasmissione alla UOC Risorse Umane.



Procedura di negoziazione

La negoziazione si concluderà con la sottoscrizione degli obiettivi generali e delle relative misure e pesi negoziati.

Sottoscrizione e notifica degli obiettivi negoziati

Alla fine del percorso di negoziazione di primo livello, le schede, nella loro versione finale così come formulate in esito al percorso di negoziazione, saranno sottoscritte.

I Negoziatori dovranno altresì notificare a tutto il personale afferente alla Struttura gli obiettivi negoziati, che tutti dovranno contribuire a raggiungere. A tal fine verranno notificate le schede di budget negoziate anche al Coordinatore delle professioni sanitarie, che a sua volta le condividerà con il personale del comparto, affinché tutti possano conoscere e contribuire a raggiungere gli obiettivi di Struttura.

Processo di monitoraggio e di valutazione

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

I Direttori di Dipartimento, ove presenti, cureranno il monitoraggio degli obiettivi e il coordinamento trasversale delle attività. A loro compete l'analisi di coerenza della performance raggiunta dai negoziatori afferenti il Dipartimento e la trasmissione al Controllo di Gestione della relazione trimestrale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento e ai Negoziatori.

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

I Direttori di Dipartimento parteciperanno altresì alle riunioni che si renderanno necessarie per la valutazione delle azioni da porre in essere in caso di difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi.

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

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

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

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

Verifica dei risultati di fine anno

Il processo di budget si conclude con la verifica della gestione annuale. La Direzione Aziendale, sulla base dei risultati evidenziati dal sistema di monitoraggio (confronto tra risultati attesi e conseguiti) effettuato dall'UOS Controllo di Gestione, valuta le performance conseguite e predispone la relazione conclusiva sui risultati della gestione di ciascun titolare di budget, che verrà successivamente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Qualora un obiettivo si ritenesse non valutabile per modifiche delle normative di riferimento o per cause esterne sopraggiunte che ne impediscano la realizzazione, sarà cura del Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario rideterminare il valore del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Criteri delle verifiche

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

- le verifiche saranno condotte in base a documentazione e numeri oggettivi e comprovabili;
- le verifiche non dovranno essere generiche ma specifiche per ogni struttura;
- nel caso in cui il Direttore sovraordinato non raggiungesse un obiettivo, il mancato raggiungimento dovrà trovare corrispondenza anche in una o più delle strutture sotto ordinate;
- il Controllo di Gestione verificherà la completezza dei risultati raggiunti e la coerenza tra i risultati delle strutture sovra ordinate con quelli delle strutture sotto ordinate;
- Concluso il controllo di coerenza e congruità, il Controllo di Gestione trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Risorse

In merito alle risorse economiche disponibili, le stesse sono definite sulla base di quanto previsto nella delibera di adozione del Bilancio preventivo anno 2024 e della delibera di budget economico per i negoziatori assegnatari di budget ed eventuali successive modificazioni.

2.2.1 I NEGOZIATORI

I Negoziatori sono così definiti:

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

Si riporta nello schema sottostante l'elenco dei negoziatori di primo livello per l'anno 2025:

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE		Cognome e Nome
	UOC SVILUPPO ORG. E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	Dott.ssa Tiziana Chiriaco f.f.
	UOS CONTROLLO DI GESTIONE	Dott. Andrea Storri
	UFFICIO LEGALE	Avv. Carmen Di Carlo
	UOS COMUNICAZIONE	<i>Dott. Emilio Sergio Giorgio Saverio Scalise f.f.</i>
	RPCT	Dott. Andrea Storri
FUNZIONI DI STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA		
	UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	Dott. Emilio Sergio Giorgio Saverio Scalise
	UOC QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	Dott. Enrico Ciccirello f.f.
	UOC EPIDEMIOLOGIA E SIS	Dott.ssa Maria Grazia Budroni
	UOC ACCREDITAMENTO VIGILANZA E CONTR. STRUTT. SAN.	Dott. Marcello De Masi
	UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	Dott.ssa Gabriella Ergasti
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE		Dott. Antonio Bray
	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	Dott.ssa Alessia De Angelis
	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	Dott. Antonio Bray
	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	Dott. Antonio Bray
DIPARTIMENTO DI MEDICINA		Dott. Massimo Morosetti
	UOC NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Massimo Morosetti
	UOC MEDICINA	Dott. Claudio Santini
	UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	Dott.ssa Cristina Spandonaro f.f.
	UOC PEDIATRIA	Dott.ssa Luisa Pieragostini
	UOSD NEONATOLOGIA	Dott.ssa Maria Letizia Fiorenza
	UOSD ONCOLOGIA	Dott.ssa Monica Moreschi
	UOSD GASTROENTEROLOGIA	Dott.ssa Maria Grazia Mancino

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA		Dott. Gianluca Mazzoni
	UOC OCULISTICA	Dott. Andrea Niutta
	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dott. Mario Ciampelli
	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Dott. Gianluca Mazzoni f.f.
	UOC CHIRURGIA GENERALE	Dott. Gianluca Mazzoni
	UOSD ANESTESIA	Dott. Francesco Iandimarino
	UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	Dott. Roberto Morello
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		Dott.ssa Roberta Di Turi
	UOC FARMACIA OSPEDALIERA	Dott.ssa Roberta Di Turi
	UOC FARMACIA TERRITORIALE	Dott. Salvatore Rosario Accordino f.f.
	UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SMT)	Dott. Luca Mele
	UOC LABORATORIO ANALISI	Dott. Stefano Antonaci
	UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	Dott.ssa Patrizia Mocetti
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		Dott. Fabrizio Ammirati
	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA	Dott. Giulio Maria Ricciuto
	UOC CARDIOLOGIA	Dott. Fabrizio Ammirati
	UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Dott. Oscar Tommasini
	UOSD RIANIMAZIONE	Dott. Fabrizio Marra
COORDINATORE AREA FUNZIONALE DI CORDINAMENTO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE INTERDIPARTIMENTALE		Fabrizio Marra
COORDINATORE AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE		Paola Savina
	UOC AMMINISTRATIVA POU	Dott. Pierfrancesco Calzetta
	UOC AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	Dott.ssa Paola Savina
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA		Dott.ssa Daniela Sgroi
	UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	Dott. Filippo Muscolo
	UOC DISTRETTO X MUNICIPIO	Dott.ssa Daniela Sgroi f.f.
	UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO	Dott.ssa Monica Foniciello
	UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO	Dott.ssa Maria Letizia Eleuteri
	UOC MEDICINA LEGALE	Dott.ssa Katarzyna Sowicza f.f.
	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	Dott.ssa Daniela Sgroi
	UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	Dott.ssa Rosanna Clementi

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		Dott. Pietro Pietrini
	UOC SALUTE MENTALE X MUN. E FIUMICINO	Dott.ssa Paola De Gregori
	UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	Dott.ssa Martina Curto
	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - GRASSI E SAN CAMILLO	Dott. Pietro Petrini
	UOC SALUTE DIPENDENZE	Dott. Giuseppe Anastasi f.f.
	UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	Dott. Giampaolo Imparato f.f.
	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	Dott. Pierfrancesco Calzetta ad interim
	UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	Dott.ssa Maria Franca Chiossi
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		Dott. Aldo Benevelli
	UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Dott. Leonardo Saul Torchia
	UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	Dott. Alberto Valentini
	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	Dott.ssa Orietta Angelosanto
	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Dott. Aldo Benevelli
	UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	Dott.ssa Maria Rita Noviello
	UOSD CANILE SOVRAZIONALE	Dott. Giuseppe Cariola
	UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	Dott. Aldo Benevelli ad Interim
	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	Dott. Pierfrancesco Calzetta ad interim
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI		Dott. Giovanni Farinella
	UOC APPROVIGIONAMENTI	Dott.ssa Lorenza Abbate f.f.
	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	Ing. Enzo Pietropaolo
	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	Dott. Davide Buoncristiani
	UOSD AFFARI GENERALI	Dott.ssa Cristina Vio
	UOC SISTEMI ICT	Dott. Matteo Montesi
	UOC RISORSE UMANE	Dott. Giovanni Farinella

Il processo di budget e la definizione degli obiettivi si articola nelle seguenti fasi:

- Predisposizione da parte del Comitato di Budget della griglia degli obiettivi strategici sulla base delle indicazioni della Direzione Aziendale
- Approvazione del PIAO, contenente l'Albero della Performance, la griglia degli obiettivi strategici e le regole di negoziazione (entro il 31 gennaio di ogni anno);
- Negoziazione da parte del Direttore Generale nei confronti dei Negoziatori di 1° livello (Direttori di Dipartimento/Area, Direttori di UOC, Dirigenti di UOSD, (entro febbraio di ogni anno);
- Predisposizione da parte del Controllo di Gestione dell'atto deliberativo relativo all'assegnazione degli obiettivi;
- Negoziazione da parte dei Negoziatori di 1° livello (Direttori di Dipartimento/Area, Direttori di UOC, Dirigenti di UOSD) con i Negoziatori di 2° livello (Responsabili di UOS) (entro marzo di ogni anno);
- Trasmissione al Controllo di Gestione entro 30 giorni dalla data in cui è avvenuta la rispettiva negoziazione, degli obiettivi specifici e relative schede di negoziazione tra i Direttori di UOC e Responsabili di UOS o altri titolari di budget, con l'individuazione degli obiettivi specifici;

- Verifica di coerenza degli obiettivi specifici individuati al punto precedente da parte del Controllo di Gestione e conseguente trasmissione alla UOC Risorse Umane.

3. Il Sistema, quindi, si inserisce nel Ciclo di gestione annuale della performance e dei risultati e si articola nelle seguenti fasi:

- a) assegnazione "a cascata" rivolta dalla Direzione a tutte le Strutture aziendali degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei rispettivi indicatori, formulati in termini chiari e misurabili, corredati a valori attesi (100% dell'indicatore) ed a valori minimi (0% dell'indicatore di risultato);
- b) monitoraggio degli indicatori in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- c) misurazione e valutazione della performance e dei risultati organizzativi;
- d) utilizzo del Sistema premiante aziendale secondo le performance organizzative di cui sopra applicando opportuni criteri di valorizzazione differenziata del merito condivisi con i collaboratori;
- e) valorizzazione dell'apporto individuale alla produttività della struttura di assegnazione (flessibilità individuale);
- f) rendicontazione dei risultati alla direzione strategica, agli organi di controllo, nonché ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi attraverso la pubblicazione di tutti i documenti e le fasi sulla sezione dedicata del sito

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

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

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

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

Valutazione e verifica dei risultati

Com'è noto, la legge delega 4 marzo 2009, n. 15 ed il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., innovando la materia della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, anche con riferimento alla revisione del sistema retributivo dei dipendenti, hanno introdotto il concetto della performance riferito all'amministrazione, nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative, e ai singoli dipendenti, in sostituzione del concetto di produttività individuale e collettiva.

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

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

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

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

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

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

Criteria e tempistica delle verifiche

Le verifiche sono intermedie e finali. Le verifiche trimestrali devono essere effettuate in base ai risultati raggiunti al **30 aprile, 30 giugno** e al **30 settembre** e devono essere relazionate al Controllo di Gestione entro le medesime date.

Tale calendarizzazione sfalsata (**quattro mesi, due mesi, tre mesi**) ha l'obiettivo di rendere efficace il primo monitoraggio, non troppo vicino alla negoziazione e di permettere di cogliere le criticità a metà anno consentendo le opportune azioni correttive.

La verifica finale è relativa ai risultati raggiunti su base annuale al 31 dicembre e deve essere rendicontata entro il **01 marzo 2026**.

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

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

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

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

La misurazione degli obiettivi avviene con un sistema di ponderazione.

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

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

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

Fattispecie di calcolo	Abbr	Raggiungimento Pieno			Raggiungimento Parziale	
SI / NO	SI/N O	100%	dei	punteggi	Non ammesso, salvo che nelle relazioni intermedie siano state motivate le difficoltà di raggiungimento	
Adempimenti temporali	AT	100%	dei	punteggi	Numero adempimenti richiesti / Numero adempimenti effettuati	

Fattispecie di calcolo	Abbr	Raggiungimento Pieno	Raggiungimento Parziale
In base alla % di Raggiungimento	%	Stabilito nel range atteso, garantisce il 100%	È frutto della formula, se il valore minimo è rispettato, il grado di raggiungimento è pari all' atteso/ raggiunto * 100
gg ritardo	gg	100% dei punteggi dell'obiettivo	1/giorni massimi di ritardo * giorni di ritardo * 100

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

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

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

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

2.2.2 PERFORMANCE – SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E ACCESSIBILITÀ

a) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE

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

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

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

b) OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE

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

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

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

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

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

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

Inoltre, nell'ambito della strategia di implementazione delle soluzioni tecnologiche e digitali all'interno dei processi organizzativi nei diversi ambiti assistenziali, si riportano i servizi di **Telemedicina**, volti a migliorare le attività di assistenza e di intervento precoce nei confronti della popolazione nell'ambito delle patologie croniche e dell'emergenza, e a realizzare una maggiore integrazione di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali.

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

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

- **Televisita**: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un care-giver;
- **Telemonitoraggio**: consiste in uno scambio di dati acquisiti da remoto tramite dispositivi digitali (parametri vitali) fra il paziente e una piattaforma centrale volta al monitoraggio dell'andamento dei parametri stessi, con un sistema di allarmi e segnalazioni al paziente;

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

Nella nostra Azienda sono attivi i seguenti servizi:

- teleconsulto nell'ambito dell'emergenza tra i medici del Pronto Soccorso e gli specialisti degli Hub di riferimento per le reti dell'emergenza, malattie infettive, ictus, trauma. Il sistema informatico utilizzato è regionale, denominato Teleadvice, e permette di effettuare un teleconsulto sulla base delle immagini radiologiche, analisi di laboratorio e videoconferenza, tra le strutture Hub e Spoke delle Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive.
- Televisita di follow-up e rinnovo dei piani terapeutici: è stata adottata una Procedura aziendale di Televisita (Delibera 782/2022) con l'obiettivo di favorire di l'applicazione uniforme delle norme e dei regolamenti dell'ordinamento giuridico per l'esecuzione delle televisite di controllo per i pazienti afferenti ai setting assistenziali di specialistica ambulatoriale, dimissione protetta, servizi territoriali e domiciliari, servizi ambulatoriali di salute mentale e consultori, e quindi a promuovere il miglioramento della qualità del Servizio Sanitario. Il sistema in uso è integrato con Recup Web ed il Fascicolo Sanitario Elettronico, ed è accessibile per i pazienti anche tramite app.
- Teleassistenza domiciliare presso le Centrali Operative Territoriali, in favore dei pazienti COVID-19 con malattia lieve in gestione domiciliare, pazienti cronici ed anziani a rischio durante le campagne di prevenzione delle Ondate di Calore. L'ultima versione della procedura di teleassistenza aziendale è stata adottata con la Delibera n. 550 del 23 maggio 2023.
- Teleassistenza nefrologica in favore dei pazienti in dialisi domiciliare seguiti presso la UOC Nefrologia e Dialisi del PO GB Grassi di Ostia.
- Controllo remoto dei dispositivi cardiaci (pacemaker, defibrillatori e loop recorder) e televisite di controllo dei pazienti dimessi dalla UOC di Cardiologia del PO GB Grassi di Ostia.

Stante la forte evoluzione del contesto tecnologico e le conseguenti minacce e i rischi di cyber security che sono in continua crescita sia in termini di frequenza di accadimenti che di potenziali impatti sui processi e attività aziendali, l'Azienda ha adottato il "Piano Aziendale per la previsione della mappatura dei rischi e degli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche" (Delibera n. 1266 del 28/12/2022). Tale piano sarà rivisto ed aggiornato in una ottica di verifica dei processi di transizione e di consolidamento nella migrazione al Polo Strategico Nazionale (PSN) coerentemente con le necessità e le direttive Regionali.

Inoltre, in relazione alle ulteriori necessità di adeguamento in indicazioni normative e tecnico organizzative in tema di sicurezza informatica, emanate dalla Regione Lazio in adempimento del Decreto Legislativo 4 settembre 2024, numero 138 e direttiva (UE) 2022/2555 sarà individuato il Referente NIS2, insieme alle successive attività di adeguamento normativo, organizzativo e tecnico.

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

Per accessibilità si intende la capacità di garantire l'accesso ai servizi erogati a tutti gli utenti potenzialmente interessati in termini spaziali (es. facoltà di accesso al territorio), temporali (es. orari di apertura al pubblico, tempi di attesa per accesso ai servizi) e di possibilità di utilizzo di **canali diversi** (es. telefono, mail, PEC, posta elettronica, etc... cui si rimanda ai paragrafi precedenti).

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

Infine:

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

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

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

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

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

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

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

a) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO

Il periodo compreso tra il 2025 e gli anni seguenti rappresenta una fase estremamente importante il contesto del X Municipio e delle realtà di competenza dell'Asl Roma 3. In ambito sanitario stanno per concretizzarsi significativi investimenti dovuti al PNRR e al Giubileo. È di tutta evidenza come questi investimenti rivestano un ruolo fondamentale nel PNA e, di conseguenza, nel PTPCT. Tali investimenti possono costituire una innegabile e formidabile "tentazione" per gli appetiti delle associazioni di stampo mafioso.

Il contesto territoriale dell'Asl di Roma 3 si presenta come caratterizzato da una presenza diffusa ed in alcuni casi pervasiva delle consorterie criminali come attestano plurime sentenze, passate in giudicato. Il quadro ricostruito dalle indagini delle FFPP ha delineato la presenza di associazioni di tipo mafioso come il clan Fasciani, il clan Spada ed altri gruppi criminali che utilizzano il metodo mafioso per il compimento di tutti i delitti tipici dell'associazione di tipo mafioso. Il procuratore generale presso la Corte di Cassazione aveva già sottolineato che: *"Il litorale romano continua ad essere uno dei territori in cui le dinamiche mafiose sono risultate maggiormente stratificate nel tempo e le relazioni dei clan con l'area grigia dell'amministrazione sono state solide e diffuse, tanto da portare allo scioglimento in passato del X Municipio^[1]. I gruppi autoctoni storicamente presenti sul territorio avevano da tempo adottato il modello mafioso, non solo relativamente all'utilizzo della violenza e dell'intimidazione, ma anche nella gestione delle relazioni con un'ampia area grigia, formata da imprenditori, amministratori pubblici e politici^[2]. Il potere che esercitavano sul*

territorio era stabile e preferiva, dove possibile, non agire esplicitamente la violenza^[3]. I clan di più recente formazione, al contrario, hanno bisogno di legittimarsi agli occhi della comunità dei territori in cui sono insediati e ovviamente rispetto agli altri gruppi criminali operanti nella zona e per questo tendono molto più frequentemente a rendere visibile la propria forza^[4].

L'autorità giudiziaria ha quindi statuito con più sentenze, passate in giudicato, la presenza sul litorale di strutture mafiose e aggregazioni che utilizzano il metodo mafioso, ad esempio i cd napoletani di Ostia che hanno indirizzato i propri interessi criminali anche nei confronti degli appalti pubblici come attestano tra l'altro le sentenze di condanna per tentata estorsione caratterizzata dall'utilizzo del metodo mafioso. Sentenze che sono state emesse anche grazie alla preziosa collaborazione di alcuni imprenditori locali.

Le recenti attività investigative scaturite nella esecuzione di misure custodiali nei confronti di soggetti indagati per reati estorsivi aggravati dal metodo mafioso, nonché il compimento sul territorio lidense di atti intimidatori ai danni di attività commerciali, confermano la delicata situazione dell'area lidense. Sul punto vale la pena ricordare una recente sentenza della Corte di Cassazione che ha confermato la condanna nel delitto di concorso esterno in associazione di tipo mafioso: lo stesso Casamonica ed altri in "concorso tra loro e con Piscitelli Fabrizio (deceduto)-contribuivano concretamente, pur senza farne formalmente parte, alla stessa conservazione della capacità operativa dell'associazione mafiosa denominata clan Spada, operante sul territorio di Ostia; [...] in particolare, fornendo un contributo causalmente rilevante al raggiungimento di un accordo che mettesse pace tra il clan Spada e un altro gruppo criminale operante sul territorio ostiense e capeggiato da Esposito Marco detto Barboncino, accordo determinante per la stessa conservazione delle capacità operative del sodalizio in un momento di forte difficoltà del clan Spada, dovuto allo stato di detenzione di elementi di vertice della consorceria come Spada Roberto e Spada Ottavio cl. '89, alla limitazione cui era soggetto il capo indiscusso della stessa, Spada Carmine detto Romoletto (sottoposto all'obbligo di dimora in Roma e vittima di due tentati omicidi in data 4 e 8 novembre 2016), al fatto che i capi e numerosi sodali del clan Fasciani, storicamente alleato degli Spada e operante sul medesimo territorio, erano detenuti dal luglio 2013. Proprio in ragione del momento difficile del clan Spada - acuito dal fermo di indiziato di delitto di Spada Roberto (eseguito il 9.11.2017) e dalla conseguente applicazione allo stesso della custodia cautelare in carcere - in appena tre giorni erano stati perpetrati tre atti intimidatori nei confronti di soggetti organici o contigui agli Spada, precisamente: in data 23 novembre 2017 erano stati gambizzati Bruno Alessandro e Ferreri Alessio: quest'ultimo era fratello di Ferreri Fabrizio, cognato di Spada Ottavio cl. '89 e trait-d'union tra il clan Spada e il Clan Fasciani nel settore del narcotraffico; in data 25 novembre 2017 erano stati esplosi colpi d'arma da fuoco in Via Forni sulla porta di casa di Spada Silvano, soggetto organico al clan Spada; sempre in data 25 novembre 2017 erano stati esplosi colpi di arma da fuoco contro la vetrina del bar "Music" nella disponibilità di Roberto Spada, elemento di vertice dell'omonimo clan, esercizio commerciale situato nella zona di Piazza Gasparri, storica roccaforte del clan Spada^[5]". Significativo inoltre quanto emerso nel procedimento, passato in giudicato contro il clan Spada per 416 bis cp. I giudici della Corte di Assise di Roma scrivono è emersa: "una infiltrazione tale da assicurare una presenza di informatori anche presso la struttura ospedaliera del Grassi^[6]". Va poi ricordato il grave episodio di minaccia contro un medico in servizio presso il P.O. G.B. Grassi. In particolare, un soggetto è stato condannato, con sentenza non definitiva, per violenza privata ai danni di un medico avvenuta nell'agosto del 2023. Il soggetto in questione nel proferire le minacce, faceva riferimento ai suoi legami con il clan Spada.

In riferimento alle altre aree della capitale ove insiste l'Asl Roma 3 si evidenzia quanto segue:

Il 10 maggio 2022 sono state eseguite quarantatré misure cautelari che [...] hanno riguardato la asserita, da parte nostra, costituzione di un'altra locale di 'ndrangheta, questa volta la «locale di Roma», anch'essa costruita come formale distacco della locale di Cosoleto, unita a una componente di famiglie originarie di Sinopoli^[7]. Questa locale, a differenza dell'altra, a nostro giudizio, era caratterizzata da una vocazione spiccatamente imprenditoriale^[8]. Anche in questo caso abbiamo già una sentenza di primo grado, datata 20 settembre 2023, che conferma la configurazione del reato di associazione mafiosa^[9]."

L'operatività della 'ndrangheta nella capitale è già emersa in numerosi procedimenti ed indagini giudiziarie la stessa costituisce una minaccia particolarmente elevata per la sua capacità di intessere relazioni con settori del mondo politico, amministrativo ed economico, come dimostra anche nel Lazio l'inchiesta della DDA di Roma Tritone^[10] e Propaggine.

È evidente come anche questa consorceria criminale di origine calabrese possa costituire una minaccia potenziale per tutte le attività connesse a lavori del PNRR e per l'anno Santo Giubilare. Sul punto vale riportare quanto contenuto nella Relazione relativa al secondo semestre del 2023 della DIA: "Non bisogna tuttavia abbassare la guardia. I successi

sin qui ottenuti devono rappresentare il punto di partenza per affrontare le nuove sfide poste dalle sempre più diffuse manifestazioni affaristico-imprenditoriali della criminalità organizzata, dall'infiltrazione negli appalti ai tentativi di influenzare il mercato e la Pubblica amministrazione, tanto più perniciose nell'attuale fase storica in cui gli investimenti pubblici correlati al PNRR e alla organizzazione di grandi eventi costituiscono una potenziale opportunità di profitto per la criminalità organizzata^[4]. Va infine sottolineata l'operatività nelle zone limitrofe a Bravetta di aggressive compagini criminali come la famiglia Gambacurta, di Montespaccato, che hanno dimostrato la capacità di interfacciarsi con ambienti imprenditoriali ed anche della P.A. nonché di altri gruppi criminali presenti nell'area di Primavalle”.

^[1] Relazione del procuratore generale presso la Corte di cassazione Giovanni Salvi per l'inaugurazione dell'anno giudiziario del 2020 in https://www.procuracassazione.it/resources/cms/documents/Relazione_definitiva_PDF.pdf

^[2] Rapporto nr V sulle mafie nel Lazio a cura dell'Osservatorio tecnico scientifico sulla sicurezza e la legalità

^[3] Id.

^[4] Id.

^[5] Cass. sez. V n. 18132 del 2024 Casamonica Salvatore

^[6] Sentenza della corte di assise di Roma sez III n. 14 del 2019 Spada Carmine + altri

^[7] Resoconto stenografico dell'audizione del procuratore capo di Roma Francesco Lo Voi e del procuratore aggiunto coordinatore della DDA di Roma innanzi alla commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia, 10/07/2024 in

https://parlamento18.camera.it/268?id_commissione=24&annomese=202407&view=filtered&shadow_organoparlamentare=3881

^[8] Id.

^[9] Id.

^[10] Basti ricordare che in seguito all'inchiesta Tritone sono stati sciolti i consigli comunali di Anzio e Nettuno per condizionamento della criminalità organizzata

^[11] Relazione DIA secondo semestre del 2023 in <https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2021/12/Rel.-Sem.-2-2023-WEB.pdf>

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

b) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO

L'ASL opera in un settore, quello dei servizi sanitari, che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, presenta caratteristiche del tutto peculiari in considerazione di fattori, quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, che lo espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi nel suo ambito. Peraltro, la maggior parte degli ambiti di attività dell'Azienda risultano presidiati da norme di legge, di livello statale e/o regionale, da regolamenti, procedure, istruzioni operative aziendali che disciplinano in modo puntuale tutte le fasi del processo, delimitando e riducendo l'ambito di discrezionalità e prevenendo, al contempo, la possibilità di errori involontari da parte degli operatori e dei funzionari.

Contribuisce a mitigare il rischio di fatti corruttivi la gestione informatica della maggior parte dei processi attraverso procedure che garantiscono la tracciabilità delle operazioni e la loro riconducibilità agli operatori e il monitoraggio costante della regolarità, anche sotto il profilo contabile e del rispetto dei vincoli di spesa, dei processi posti in essere.

Nello specifico tale attività viene svolta attraverso due processi:

Sistemi e tecnologie

Relativamente alla tracciabilità delle attività, per quanto riguarda la gestione delle identità digitali, i sistemi ICT possiedono i requisiti di gestione degli accessi in modalità Single Sign On ovvero l'accesso unicamente gestito da un sistema Aziendale delle identità: nel caso specifico l'Azienda ASL ha adottato Microsoft Active Directory ed Microsoft Azure quale unico contenitore a tendere delle utenze aziendali (di seguito AD).

È in corso un processo di integrazione di tutti i sistemi principali con AD; ad oggi sono stati già integrati oltre ad altri: Gestionale Amministrativo Contabile, Gestionale Sanitario Accettazione Dimissione Ricoveri, Gestionale Laboratorio, Gestionale area Amministrazione del Personale, Gestione Presenze, Sistema di posta elettronica aziendale, Sistema di accesso alle postazioni di lavoro, Sistema di Radiodiagnostica.

L'elenco completo dei sistemi (integrati e non) è disponibile nel sistema CMDB (di raccolta informazioni tecniche e organizzative dei sistemi informatici).

Gestione delle utenze ed accessi da remoto:

La gestione delle utenze (creazione e dismissione) all'interno del sistema AD è stata uniformata tramite un progetto definito di Identity Management affinché vi sia un processo centralizzato di alimentazione di anagrafiche dei soggetti tra il Gestionale del Personale ed altre fonti dati (personale interno ed esterno).

L'elenco delle utenze attive e da disattivare è collegato alle singole persone fisiche per tramite del codice fiscale, matricola ed unità di appartenenza/Azienda di appartenenza.

Anche gli accessi da remoto sono vincolati ad essere ricondotti a questo elenco in gestione presso ICT riconducibile a persone fisiche e ad eventuali amministratori di sistema.

Il collegamento con le utenze e le deleghe previste da GDPR è in carico alla Funzione Privacy Aziendale.

Relativamente ai concorsi/avvisi pubblici l'Azienda utilizza la piattaforma "Concorsi Smart", fornita dalla Società Recrytera S.r.l., per la gestione delle diverse procedure selettive di reclutamento del personale, dell'intero processo delle candidature, razionalizzando aspetti procedurali ed organizzativi sia per l'azienda che per i partecipanti alle prove selettive, riducendo i rischi di gestione e garantendo sempre la sicurezza, trasparenza e imparzialità, nel rispetto della normativa concorsuale vigente e tutela della Privacy.

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

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

Da ultimo, giova rappresentare il dato relativo a **procedimenti disciplinari** avviati e/o conclusi nell'anno 2024

I procedimenti disciplinari avviati nel 2023 e conclusi nel 2024 sono:

Dirigenza: 2 procedimenti conclusi con un'archiviazione e una sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per giorni 4;

Comparto: 2 procedimenti conclusi con un richiamo scritto ed una sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per giorni 5.

I procedimenti disciplinari avviati e conclusi nel 2024 sono:

Dirigenza: 8 procedimenti conclusi con un'archiviazione, un licenziamento senza preavviso, una censura scritta, una sanzione pecuniaria e 4 rimproveri verbali;

Comparto: 8 procedimenti conclusi con 3 licenziamenti senza preavviso, una sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per giorni 3, due rimproveri scritti e due richiami verbali.

I procedimenti avviati nel 2024 ed ancora non conclusi sono:

Dirigenza: 3 procedimenti;

Comparto: 2 procedimenti.

Nell'anno 2024 sono stati avviati n. 21 procedimenti disciplinari per fatti non riconducibili ad eventi corruttivi; in tali procedimenti è stata contestata anche la violazione del codice comportamentale.

Nell'anno 2024 risulta pervenuta n. 1 segnalazione di whistleblowing, la cui istruttoria è al momento in corso.

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

Nell'anno 2025 è intenzione dell'Azienda aggiornare la mappatura dei processi, mappatura che vedrà analizzate le correlate misure di prevenzione. Particolare attenzione verrà data ai processi relativi a settori quali autorizzazioni, concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera oltre che al settore degli appalti (sia lavori che beni e servizi); si procederà altresì all'analisi dei processi di validazione della produzione di servizi sanitari.

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

a) autorizzazione o concessione;

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

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

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

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

d) IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

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

STRUTTURA E PROCESSO	RISCHIO
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - attività di vigilanza e monitoraggio delle strutture sanitarie private accreditate	elevato
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - liquidazione crediti strutture sanitarie private accreditate	moderato
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - istruttoria contenzioso	moderato
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - assegnazione contenzioso	elevato
UOC Distretto Sanitario X Municipio - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	elevato
UOC Distretto Sanitario XI Municipio - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	elevato
UOC Distretto Sanitario XII Municipio - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	elevato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	moderato
Presidio Ospedaliero Grassi - UOC Servizio di Immunoematologia e medicina Trasfusionale - Acquisizione beni e servizi	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOSD Attività Specialistica, Liste d'Attesa e CUP - Gestione agende medicina specialistica	elevato

STRUTTURA E PROCESSO	RISCHIO
Dipartimento Salute Mentale - UOSD Interventi Precoci - Progetti personalizzati	moderato
Dipartimento Salute Mentale - UOSD Interventi Precoci - invio in residenze	moderato
UOC Amministrativa Cure Primarie - rimborsi delle prestazioni sanitarie prenotate e non effettuate e/o esenzioni	moderato
Presidio Ospedaliero Grassi - Laboratorio analisi - Acquisizione dei reattivi e della strumentazione di laboratorio	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - attività amministrativo/contabile esenzioni	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - attività amministrativo/contabile incassi CUP	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - Pareri, autorizzazioni, certificazioni	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - amministrazione	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - Vigilanza, ispezioni e controllo	elevato
Dipartimento di Prevenzione - UOC SIAOA - Vigilanza, ispezioni e controllo	elevato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD SIAN - Pareri, autorizzazioni, certificazioni	elevato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD SIAN - Vigilanza, ispezioni e controllo	elevato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD Canile sovrazonale e controllo del randagismo - Vigilanza, ispezioni e controllo	elevato
UOSD Comunicazione e Rendicontazione Sociale - URP - gestione reclami e segnalazioni	moderato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - espletamento procedure di gara	elevato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - attivazione gare aggiudicate	elevato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - gestione fondo economale	elevato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - emissione certificati per incidente stradale NCP	moderato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - esenzione ticket per patologia	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - rimborsi diretti agli assistiti / cooperative. Trapiantati, dializzati, cure all'estero	elevato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie -autorizzazione ricoveri all'estero	moderato
Dipartimento professioni sanitarie - corso di laure infermieristica la Sapienza - attribuzione incarichi di docenza	moderato

STRUTTURA E PROCESSO	RISCHIO
Dipartimento professioni sanitarie - corso di laurea infermieristica la Sapienza - esami di profitto	moderato

e) PROGETTAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEI RISCHI

La formazione svolge un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

L'Azienda adotta annualmente il programma di formazione dei dipendenti. La formazione in tema di anticorruzione è articolata su due livelli essenziali:

a) un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);

b) un livello specifico, rivolto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai Referenti, Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio e alle altre figure a vario titolo coinvolte processo di prevenzione, avente ad oggetto le politiche, i programmi ed i vari strumenti, tecniche e metodologie utilizzati per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

I responsabili delle articolazioni aziendali comunicano, ogni anno, al Responsabile Aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza i nominativi dei dipendenti che andranno formati. La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria.

Nel Piano Formativo 2023-2024 si è riscontrata una carenza, superata successivamente con le riunioni di Comitato Scientifico del 12/06/2023 e 21/09/2023.

A tal proposito l'Azienda ha attivato la piattaforma "Syllabus", ovvero una piattaforma per la formazione del personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni gestita dal Dipartimento della Funzione Pubblica, utile per migliorare le competenze dei dipendenti pubblici e per supportare i processi di innovazione delle amministrazioni. Attraverso tale piattaforma digitale i dipendenti possono trovare un'offerta formativa **ampia, gratuita e costantemente aggiornata**.

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

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

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

Relativamente agli obblighi di pubblicazione per l'anno 2024, a seguito della delibera ANAC 213 del 23/04/2024 – Monitoraggio obblighi di pubblicazione 2024 – ed a seguito dei monitoraggi effettuati dall'OIV nelle date del 31/05/2024 e 30/11/2024, si apprende che gli stessi sono stati ottemperati come specificato nel documento di attestazione redatto dall'OIV e trasmesso all'Azienda in data 14/01/2025.

In linea, con le disposizioni in materia di trasparenza, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 855 del 27/10/2017, è stato approvato il regolamento per l'accesso agli atti, l'accesso civico è l'accesso generalizzato, pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente, ed è stato istituito il Registro degli accessi, anch'esso consultabile on line.

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

L'adempimento degli obblighi previsti dal d.lgs. 33/2013 e s.m.i. è curato dal RPCT cui compete la definizione delle misure, dei modi e delle iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. Il RPCT, adempie e sovrintende agli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, assicurando, insieme alla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni e dei dati pubblicati. La mancata o incompleta o tardiva pubblicazione delle informazioni di cui al comma 31 del d.lgs. 33/2013, qualora imputabile a negligenza del Dirigente tenuto all'adempimento, costituisce fonte di responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. 165/2001.

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

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

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

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, a cura dell'Ufficio del Personale, è inserita una clausola che prevede l'impegno dell'interessato a rispettare le norme del Codice di comportamento aziendale e la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi ivi previsti;

- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori e per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture convenzionate/accreditate, a cura della Struttura competente alla gestione del procedimento, è inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento generale e aziendale da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL, nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Tutti i destinatari sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nel Codice, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della performance e della conseguente

corresponsione della retribuzione di risultato, sia ai fini del conferimento e dell'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali. I Responsabili delle varie articolazioni aziendali hanno il compito di promuovere, anche attraverso un'adeguata informazione, il rispetto delle regole comportamentali definite nel Codice e di vigilare costantemente sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore secondo la disciplina prevista dalle norme di legge e contrattuali. I dipendenti e i collaboratori hanno l'obbligo di segnalare al Responsabile della struttura di assegnazione, o al RPCT, eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza. Qualora la segnalazione pervenga al Dirigente della Struttura, questi deve trasmetterla al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Ai sensi dell'art. 16 del DPR 62/2013 e dell'art. 54, c. 6, del d.lgs. 165/2001, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento: - I Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura; - Le strutture di controllo interno; - L'Ufficio Procedimenti Disciplinari. L'Ufficio per i procedimenti disciplinari, ai sensi dell'art. 16, comma 3, del DPR 62/2012 provvede: - all'aggiornamento del Codice di comportamento; - a formulare pareri sui quesiti presentati dai dipendenti in merito alla corretta applicazione del Codice di comportamento, raccordandosi a tal fine col Responsabile della prevenzione; - alla raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e alla tenuta del relativo registro nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dall'art. 54 bis, nonché l'esame delle segnalazioni di violazione o di sospetto di violazione del codice di comportamento. L'Ufficio per i procedimenti disciplinari e i Responsabili di ciascuna struttura aziendale sono tenuti a svolgere una costante attività di vigilanza sull'attuazione dei Codici di comportamento, provvedendo a tenere costantemente informato il Responsabile della prevenzione di ogni violazione accertata e contestata e dell'esito del procedimento instaurato nei confronti del trasgressore.

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

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti. Ai sensi dell'art. 16, comma 2, lett. l quater, del d.lgs 165/2001, nell'ipotesi di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare la sospensione dal servizio, in applicazione dell'ivi previsto obbligo di rotazione, nei confronti dell'accusato vengono adottati i seguenti provvedimenti: - per il personale dirigenziale, la revoca dell'incarico in essere e il conferimento di altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. 165/2001; - per il personale non dirigenziale, l'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma, lett. l quater, del d.lgs. 165/2001. Rientra nelle competenze del Responsabile della struttura cui afferisce il dipendente sottoposto a giudizio penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, adottare o proporre alla Direzione Generale, ove non competente, i suddetti provvedimenti, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione. La rotazione è esclusa, e si dovrà far luogo alla sospensione dal servizio, nelle ipotesi di reati di particolare gravità o qualora la permanenza in servizio dell'accusato, in considerazione della natura dei fatti contestati, risulti pregiudizievole all'immagine dell'amministrazione o alla sicurezza degli utenti e dipendenti. Al di fuori dell'ipotesi sopra considerata, nelle more dell'adozione degli atti che costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione sistematica dell'istituto, si farà luogo, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni negoziali, alla rotazione del personale nell'ipotesi di eventi che, pur non integrando un'ipotesi di reato o un illecito disciplinare, siano sintomatici di una significativa criticità. Con riferimento alle attività classificate ad "Alto" rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare ed implementare, ove non ancora adottate, le azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti, ed adottare misure di controllo compensative, quale l'affidamento delle pratiche sensibili a due funzionari, atte a prevenire il rischio di condotte corruttive. I Responsabili delle articolazioni aziendali, possono regolarmente disporre la rotazione del personale assegnato alle proprie strutture nell'ambito delle

loro ordinarie prerogative gestionali della qualifica e del profilo professionale e dei limiti stabiliti dai CC.NN.LL. I Responsabili delle strutture interessate trasmettono al RPCT, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione in merito all'attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni che ostano alla sua applicazione e le misure compensative adottate in tal caso. La rotazione non potrà essere applicata ai profili professionali nei quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa o da un numero comunque esiguo di unità lavorative; tale condizione deve essere espressamente dichiarata dal dirigente dell'Unità Operativa di riferimento. Nel corso di validità del presente Piano verranno adottate le iniziative per definire i criteri generali ed oggettivi e le modalità di applicazione in via ordinaria del principio della rotazione, tali da salvaguardare le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari, anche attraverso la previsione di adeguati percorsi formativi e di forme di affiancamento, per consentire al personale coinvolto nella rotazione di acquisire le adeguate competenze.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- in tutti i contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla data di cessazione del rapporto di lavoro con l'ASL nei confronti dei soggetti privati destinatari, nell'ultimo triennio di servizio, dell'attività svolta dal dipendente nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali;

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

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

Tenuto conto della necessità di adeguare il sistema di segnalazione alle nuove disposizioni normative di cui al D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 nonché alle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2023 del Piano nazionale Anticorruzione - Delibera Anac n. 605 del 19 dicembre 2023 è stata richiesta l'acquisizione di una specifica piattaforma per le segnalazioni whistleblowing.

Attualmente le segnalazioni potranno essere inviate all'indirizzo e-mail cui può accedere esclusivamente il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (whistleblowing@aslroma3.it).

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

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

L'ASL Roma 3 ha sempre posto particolare attenzione alla predisposizione di percorsi di formazione, attuazione e controllo dei processi e delle decisioni al fine di garantire il perseguimento dei fini istituzionali nel rispetto della legalità, dell'efficienza e dell'efficacia e delle attività e della qualità dei servizi resi ai cittadini. In particolare, l'Azienda nel tempo si è organizzata al fine di circoscrivere e presidiare gli ambiti di discrezionalità, quali la segregazione delle funzioni e responsabilità e dei compiti, le valutazioni e decisioni collegiali, l'informatizzazione dei processi e procedimenti

“sensibili”, la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, controlli informatici preventivi e successivi, sistema di valutazione della performance, controllo di gestione, sistema di qualità. A questi si aggiungono quelli istituzionali di legalità e regolarità amministrativo contabile da parte del Collegio Sindacale. Tali modalità organizzative e procedurali, concorrono a formare il sistema delle misure volte a prevenire il fenomeno della corruzione e dell’illegalità nell’ambito dell’ASL di cui costituiscono, a pieno titolo, i regolamenti di cui l’Azienda si è dotata nel tempo e che vengono pubblicati nel portale aziendale al fine di darne la massima diffusione all’interno dell’Azienda stessa.

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

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

Principi generali:

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

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

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

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

Settore affidamento di lavori, servizi e forniture:

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

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

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

Settore contratti

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

Settore controlli sulla Committenza

✓ le articolazioni aziendali preposte alla verifica della congruità sanitaria sui progetti in essere presso le Strutture accreditate che erogano prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone

con disabilità fisica, psichica e sensoriale, devono svolgere la loro attività con **cadenza mensile** rendicontando alla UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie ed alla UOC Controllo di Gestione;

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

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

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

✓ gli atti di vigilanza, controllo e ispezione di competenza delle strutture del Dipartimento di Prevenzione, compatibilmente con le risorse disponibili, devono essere effettuati da almeno due operatori abbinati secondo la rotazione casuale. E' possibile da parte dei responsabili dei servizi individuare attività che prevedano l'accesso presso le strutture soggette a vigilanza e che non necessitino dell'accesso con due operatori in quanto attività a basso rischio corruttivo. L'individuazione di tali attività va resa nota con atto formale e trasmessa al RPCT.

Settore rilevazione presenze:

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

Il rischio di corruzione nelle pubbliche amministrazioni è particolarmente elevato nelle attività di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, come evidenziato dalla legge 190/2012. Inoltre, il Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, ora D.Lgs. 36/2023) disciplina le modalità di selezione del contraente, che devono essere attuate nel rispetto delle normative in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. Il Piano triennale per la prevenzione e la trasparenza, oggi parte integrante del PIAO, nell'ambito della mappatura dei processi ha identificato le attività di espletamento delle procedure di gara e l'attivazione delle aggiudicazioni come caratterizzate da un elevato rischio corruttivo. Questo Piano si basa su quanto disposto dal Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'ANAC, che fornisce linee guida per la prevenzione dei rischi di corruzione nelle diverse fasi dei procedimenti di gara.

Per quanto riguarda l'affidamento dei contratti pubblici, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), attraverso vari atti normativi, ha evidenziato le criticità che possono emergere nelle diverse fasi di un contratto pubblico, dall'affidamento all'esecuzione. L'attenzione si concentra in particolare sulle normative derogatorie introdotte negli ultimi anni, che potrebbero favorire comportamenti finalizzati ad eludere le leggi sugli affidamenti diretti o sul principio di rotazione, determinando vantaggi indebiti per alcuni operatori economici.

La gestione dei rischi corruttivi nella UOC Approvvigionamenti si sviluppa attraverso una serie di misure specifiche nelle diverse fasi del procedimento di affidamento:

Fase di progettazione:

Richiesta tempestiva della redazione del capitolato tecnico e verifica della corrispondenza con l'atto di programmazione approvato.

Supporto alle strutture richiedenti nella definizione dell'oggetto dell'appalto e nell'individuazione dell'importo, evitando pratiche che possano favorire un determinato operatore economico.

Verifica dell'esistenza di Convenzioni Quadro CONSIP o gare delle Centrali di acquisto regionali per evitare il mancato ricorso a queste, che potrebbe favorire specifici operatori.

Attenta scelta della tipologia di procedura di gara, accertando i presupposti per l'utilizzo della procedura negoziata o dell'affidamento diretto, in linea con la normativa vigente.

Fase di affidamento:

Predisposizione della pubblicazione dei bandi, gestione delle richieste di chiarimenti e verifica dei requisiti di partecipazione.

Acquisizione di attestazioni di assenza di conflitti di interesse per i membri delle commissioni di gara, nonché della sottoscrizione del patto di integrità da parte dei concorrenti.

Fase di esecuzione:

Gestione delle modifiche contrattuali in collaborazione con il RUP, in conformità con le disposizioni legali in materia.

Monitoraggio delle commissioni di gara, soprattutto alla luce della riforma del Codice dei Contratti, che ha abrogato l'albo dei commissari e modificato la normativa sull'incompatibilità endoprocedimentale. Tuttavia, il coinvolgimento di soggetti con una conoscenza approfondita dell'oggetto della commessa è ritenuto utile per la valutazione delle offerte.

In prospettiva, le azioni per la prevenzione e la gestione del rischio corruttivo potrebbero essere ulteriormente potenziate, estendendo il controllo e l'utilizzo degli strumenti proposti dall'ANAC lungo tutto il ciclo di vita degli appalti.

Nell'anno 2024 il RPCT ha coinvolto i soggetti aziendali interessati al fine di dare attuazione alla delibera ANAC 497/24 con l'obiettivo di dare attuazione nel corso del vigente piano alle seguenti linee di attività:

1. previsione nei capitolati di gara e nei contratti di una disciplina analitica dei controlli e dei ruoli dei soggetti chiamati a svolgerli, con la predisposizione anche di check list di verifica. Particolare attenzione deve essere rivolta alle migliorie offerte.
2. Investimenti sul personale chiamato a svolgere i controlli, sia relativamente alla formazione, che al numero che alla strumentazione adeguata.
3. Svolgimento dei controlli in modo sostanziale e non formale, attraverso la verifica qualitativa e quantitativa delle prestazioni rese.
4. Verbalizzazione dell'attività di controllo dalla quale emerge l'utilizzo di criteri di misurabilità della qualità;

In ambito di RUP e DEC il Piano della performance prevede specifici obiettivi.

PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Tenuto conto delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2023 del Piano nazionale Anticorruzione - Delibera Anac n. 605 del 19 dicembre 2023, sono in via di previsione specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito del sistema informatico in uso presso l'Azienda nonché, ove possibile, nel software di aggiornamento dell'AT in fase di acquisizione.

TRASPARENZA

Premesso che dal 1° gennaio 2024, con l'attuazione della digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici (artt. 19-36 del D.Lgs. 36/2023), i relativi adempimenti vanno assolti secondo le nuove modalità definite dal Codice e dalle delibere attuative ANAC. [Per assicurare conformità alle norme efficaci dal nuovo anno](#), occorre dunque:

- Trasmettere tempestivamente i dati relativi alla programmazione e alle procedure dei contratti pubblici alla BDNCP attraverso una piattaforma digitale certificata AgID.

- Pubblicare il link alla BDNCP per ciascuna procedura nella sottosezione "Bandi di gara e contratti" dell'Amministrazione Trasparente sul sito istituzionale.

- Nella stessa sottosezione, pubblicare i dati, gli atti e le informazioni individuati dall'allegato I alla Delibera ANAC n. 264, come modificata e integrata dalla Del. 601/2023.

È stato inoltre abrogato l'obbligo di predisporre il file XML con l'elenco delle procedure svolte nell'anno precedente e dell'invio alla ANAC della PEC, come previsto dall'art. 1, co. 32, della Legge n. 190 del 2012 (abrogato dall'art. 226 del D.Lgs. 36/2023).

LA TRASPARENZA APPLICABILE NEL PERIODO TRANSITORIO E A REGIME: SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI

Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023

La pubblicazione nella “Sezione Amministrazione trasparente” sottosezione “Bandi di gara e contratti”, deve avvenire secondo le indicazioni ANAC di cui all’All. 9) al PNA 2022.

Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023

L’assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull’avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d’intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.

Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024

La pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Si riportano, di seguito, le tipologie di misure di contenimento dei rischi corruttivi in relazione alla realtà organizzativa dell’Azienda:

NORMA	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	POSSIBILI MISURE
Art. 50 D. Lgs. 36/2023 – Appalti sottosoglia comunitaria	Affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici	Previsione di procedura interna che individuino criteri oggettivi di rotazione nella nomina dei RUP
Art. 76 D. Lgs. 36/2023 – Appalti sopra soglia comunitaria	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui all’art. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare: - dell’unicità dell’operatore economico; - dell’estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante	Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre delle motivazioni che hanno indotto la stazione appaltante a ricorrere alle procedure negoziate
Art. 53 D.L.. 77/2021 – Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di <i>e-procurement</i> e acquisto di beni e servizi informatici in applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l’acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia <i>cloud</i> nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026 anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento	Improprio ricorso alla procedura negoziata piuttosto che ad altra procedura di affidamento per favorire determinati operatori economici per gli appalti sopra soglia	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la stazione appaltante a ricorrere alla procedura negoziata, anche per gli importi superiori alla soglia UE

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

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione e della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Rtpc	Trasparenza
	Atti generali	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
		Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
		Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
		Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Rtpc	Trasparenza
Organizzazioni			Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Curriculum vitae	(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Titolari di incarichi politici, di		Importi di viaggi di servizio e missioni	Tempestivo (ex art. 8,	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	amministrazione, di direzione o di governo		pagati con fondi pubblici	d.lgs. n. 33/2013)		
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB è necessario limitare con accorgimenti a cura dell'interessato o dell'amministrazione la pubblicazione di dati sensibili	Entro 3 mesi dall'elezione e dalla conferma o dal conferimento 'incarico		
				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				Nessuno (va presentata una sola volta entro 3	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e		
		Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con	mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi			
			consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al	resta pubblicata		
			momento dell'assunzione dell'incarico]	fino alla		
				cessazione		
				dell'incarico o del		
				mandato).		
			4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute		UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando	Annuale		
			eventualmente evidenza del mancato consenso)]			
			Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Curriculum vitae	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			all'assunzione della carica			
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			compensi a qualsiasi titolo corrisposti			
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			compensi spettanti			
					UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per			
		Cessati dall'incarico	il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi	Nessuno		
		(documentazione da pubblicare	consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è			
		sul sito web)	necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della			
			amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)			
			3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)			
			4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali-UPD	UOSD Affari Generali-UPD

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica			
		Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Articolazione degli uffici	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Sistemi ICT	UOC Sistemi ICT

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane
			Per ciascun titolare di incarico:			
			1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane
			2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane
			Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane
			Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC Risorse Umane	UOSD Affari Generali
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (entro il 30 marzo) - Aggiornamento del dato al momento del riconoscimento della	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
				retribuzione di risultato		
			Per ciascun titolare di incarico:			
			Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti)	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	non generali)	conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
Personale			attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione	
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	
			Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica, nonché gli importi derivanti da attività intramoenia	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	
		Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	
		Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	
	Dirigenti cessati	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				Curriculum vitae	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali-UPD	UOSD Affari Generali-UPD
	Posizioni organizzative	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Dotazione organica	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			organi di indirizzo politico			
		Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
		Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
		Tassi di assenza	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			spettante per ogni incarico			
	Contrattazione collettiva	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Contrattazione integrativa	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
		Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	OIV	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione	
			Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali	
			Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	
Bandi di concorso		Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	
	Piano della Performance	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOS Controllo Di Gestione	UOS Controllo di Gestione	
	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOS Controllo Di Gestione	UOS Controllo di Gestione	
	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
Dati relativi ai premi	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			trattamento accessorio			
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:			
			1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			procedimenti in corso che li riguardino			
			6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			Per i procedimenti ad istanza di parte:			
			1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze			
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizioni d'ufficio dei dati	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	Tutti gli assetti aziendali
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	Tutti gli assetti aziendali

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.			
Bandi di Gara e Contratti						
			Avviso preinformazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013;	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia UOC Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	Art. 37, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia UOC Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 122 del d.lgs. n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC	UOC Approvvigionamenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
					Farmacia Osped.	
			Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 124 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Avvisi, bandi e inviti per appalti di lavori nei settori speciali	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 206 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
	<u>fase</u>		Bandi di Gara e Contratti	Aggiornamento		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Avvisi, bandi e inviti per appalti di forniture e servizi nei settori speciali	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 206 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Avviso sui risultati di affidamento	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 65 e 66 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
	Bandi di gara e contratti		Avvisi periodici indicativi e avvisi sull'esistenza di qualificazione di un settore speciale	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 223 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
		Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	UOC Sistemi Ict	UOC Sistemi Ict

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Approvvigionamenti
		art. 28 del co 3 del Dlgs. n 33/2023	Le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ai sensi dell'articolo 35 ovvero secretati ai sensi dell'articolo 139, sono trasmessi tempestivamente alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme digitali di cui all'articolo 25.	tempestivamente	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia UOC Osped.	UOC Approvvigionamenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			<p>2. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurano il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, secondo le disposizioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. Sono pubblicati nella sezione di cui al primo periodo la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti, nonché i resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.</p>			
			<p><i>In circostanze di somma urgenza che non consentono alcun indugio, al verificarsi di eventi di danno o di pericolo imprevisti o imprevedibili idonei a determinare un concreto pregiudizio alla pubblica e privata incolumità, ovvero nella ragionevole previsione dell'imminente verificarsi degli stessi, chi fra il RUP o altro tecnico dell'amministrazione competente si reca prima sul</i></p>	<p>art. 140 co 10 del Dlgs. n. 36 del 2023</p>	<p>UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio</p>	<p>UOC Approvvigionamenti</p>

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			<p><i>luogo può disporre la immediata esecuzione dei lavori entro il limite di 500.000 euro o di quanto indispensabile per rimuovere lo stato di pregiudizio alla pubblica e privata incolumità. Ricorrendo i medesimi presupposti, il soggetto di cui al precedente periodo può disporre l'immediata acquisizione di servizi o forniture entro il limite di quanto indispensabile per rimuovere lo stato di pregiudizio alla pubblica e privata incolumità e, comunque, nei limiti della soglia europea. Il soggetto che dispone, ai sensi del presente comma, l'immediata esecuzione di lavori o l'immediata acquisizione di servizi o forniture redige, contemporaneamente, un verbale in cui sono indicati la descrizione della circostanza di somma urgenza, le cause che l'hanno provocata e i lavori, i servizi e le forniture da porre in essere per rimuoverla.</i></p>			

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
Finanza di progetto		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
	Criteri e modalità	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto:		Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			7) <i>link</i> al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
Bilanci			Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
		Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
	Patrimonio immobiliare	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio
Beni immobili e gestione patrimonio	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio
	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	OIV	Struttura Tecnica Permanente
Controlli e rilievi sull'amministrazione	e o altri organismi con funzioni analoghe	altri organismi con funzioni analoghe	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	Struttura Tecnica Permanente
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	Struttura Tecnica Permanente
			Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	OIV	Struttura Tecnica Permanente

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali Direz. Ammin. Az.	URP
	Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali Direz. Ammin. Az.	URP
	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	URP	URP
Servizi erogati	Class action	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Ufficio Legale	Ufficio Legale
			Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Ufficio Legale	Ufficio Legale
			Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Ufficio Legale	Ufficio Legale
	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	URP	URP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Servizi in rete	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	URP	URP
	Dati sui pagamenti	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
		Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
		Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
	IBAN e pagamenti informatici	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento			
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sottosezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Approvvigionamenti	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Approvvigionamenti
	Prevenzione e della Corruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	RPCT
Altri contenuti		Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	RPCT

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	RPCT
		Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	RPCT
		Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	RPCT
		Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	RPCT
	Accesso civico	Accesso civico "semplice" con cernente dati, documenti e informazioni a soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
Altri contenuti		Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT
		Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT	RPCT
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	UOC Sistemi Ict	URP
Altri contenuti		Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	UOC Sistemi Ict Usd Affari Generali	URP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione e del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	UOC Sistemi Ict	URP
	Dati ulteriori	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Tutti gli Assetti Aziendali	URP
Altri contenuti						

f) MONITORAGGIO RICHIESTE ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO PERVENUTE

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

Si distingue in:

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2024, sono pervenute: n.ro 4 richiesta di accesso civico semplice e n.ro 2 richieste di accesso civico generalizzato, tutte riscontrate.

g) MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE

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

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

Il monitoraggio sarà effettuato quadrimestralmente/trimestralmente.

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAGGIO SULLA TRASPARENZA

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

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

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

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

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

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

Altro possibile strumento è quello di predisporre report – anche attraverso griglie excel di compilazione) specifici da parte dei responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati; tale strumento realizza un controllo e un monitoraggio continuo. Il RPCT può disporre modalità di esposizione degli obblighi di trasparenza che prevedano la collaborazione di uffici diversi nella compilazione degli allegati da pubblicare.

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

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

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

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

MONITORAGGIO INTEGRATO DELLE SEZIONI DEL PIAO

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

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

Fattispecie	Criticità	Ruolo pro-attivo del RPCT
Mancata previsione nei bandi per l'assegnazione di incarichi in strutture ad altro rischio corruttivo di obblighi di rotazione	Difficoltà di sostituire il personale altamente formato nell'incarico da ricoprire	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle Risorse Umane per capire le ragioni/cause di tale difficoltà per poi disporre le necessarie iniziative in materia di formazione volte a consentire di attuare la rotazione
Mancata previsione in bilancio di adeguate risorse finanziarie per procedere alla informatizzazione della strategia di prevenzione della corruzione	Impossibilità dell'Azienda di adeguare i sistemi informatici per una migliore programmazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle risorse finanziarie/Sistemi informativi per capire le ragioni/cause della mancata previsione di risorse in bilancio affinché vengano intraprese le necessarie iniziative

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

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

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

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

IL PANTOUFLAGE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Azienda procederà alle verifiche, in via prioritaria, nei confronti dell'ex dipendente che non abbia reso la dichiarazione d'impegno. Nel corso dell'anno 2024 la verifica sarà effettuata sul 10% dei dipendenti cessati nel triennio precedente dando priorità ai dipendenti che abbiano rivestito ruoli apicali. Il controllo sarà effettuato attraverso l'interrogazione di banche dati liberamente consultabili in Azienda o cui l'Azienda abbia l'accesso in virtù di convenzioni stipulate per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

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

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

CONFLITTI DI INTERESSI IN MATERIA DI CONTRATTI PUBBLICI

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

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

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

Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi del PNRR e fondi strutturali, il PNA ritiene che i dipendenti, per ciascuna tipologia di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni

significative in relazione all'oggetto dell'affidamento. Per i contratti che non utilizzano i fondi del PNRR è sufficiente una dichiarazione solo al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP e dei commissari di gara.

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

Il RPCT, nel corso del 2022, ha proposto l'adozione "Regolamento rotazione incarichi", nel quale è prevista, fra l'altro, quale misura di prevenzione, la rotazione dei RUP; tale misura è finalizzata a prevenire l'insorgenza di "Conflitti di interessi" nello svolgimento delle procedure ad evidenza pubblica ed a limitare il verificarsi di conflitti di interesse in ogni fase del procedimento di gara e, allo stesso tempo, monitorerà eventuali scostamenti rispetto alle misure previste nel PIAO. Giova sottolineare che nel settore della Vigilanza/Prevenzione sono previste nuove assunzioni: tali nuovi ingressi di personale porteranno ad un rafforzamento dell'organico che potrà permettere una rotazione degli appartenenti ai servizi sopra indicati. Inoltre, l'azienda sta predisponendo l'accordo per l'assegnazione degli incarichi professionali del comparto e in quella sede sarà possibile garantire la rotazione degli incarichi e così evitare il consolidarsi delle posizioni che astrattamente possono generare dinamiche improprie.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Con deliberazione n. 13 del 09/01/20, l'Azienda ha approvato l'Atto Aziendale in vigore, adottato con DCA Regione Lazio n. U00033 dell'11/02/20 e pubblicato sul BURL del 13/02/20. Con deliberazione n. 783 del 17/07/2023 è stato rivisto parzialmente l'Atto Aziendale disponendo la trasformazione della "UOS Assistenza Diretta" afferente alla UOC Farmacia Territoriale in "UOS Laboratorio Galenico" afferente alla UOC Farmacia Ospedaliera. Con deliberazione 107 del 5.02.2024 è stata approvata una parziale rivisitazione dell'Atto Aziendale prevedendo l'afferenza della "UOC Cardiologia" nel Dipartimento Emergenza e Accettazione invece che nel Dipartimento di Medicina in ossequio a quanto stabilito dalle fonti normativa regolanti l'organizzazione ospedaliera in un DEA di I livello; inoltre è stata istituita la "Area funzionale di Coordinamento di Anestesia e Rianimazione Interdipartimentale" al fine di razionalizzare ed efficientare le attività anestesiolgiche nell'ambito dei percorsi chirurgici in emergenza ed in elezione. Con nota prot. 70900 del 17.10.2024 è stata inviata in Regione la nuova proposta di adozione dell'Atto Aziendale, tale proposta è in fase di approvazione da parte della Regione Lazio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

a) RIFERIMENTI NORMATIVI

Il *“lavoro agile”* è stato identificato dal DPCM del 4 marzo 2020 nonché dalla Circolare della Presidenza del Consiglio dei ministri del 4 marzo 2020 come *“la modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forma di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luoghi di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa.*

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

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

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

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

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

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

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

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

b) DISCIPLINE E MISURE ORGANIZZATIVE

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

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

- dalla possibilità di delocalizzare in tutto o almeno in parte le attività assegnate al dipendente, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- dalla circostanza che lo svolgimento della prestazione in tale modalità non pregiudichi o riduca la fruizione dei servizi resi a favore degli utenti;
- dall'approvazione di un apposito piano di smaltimento del lavoro arretrato della Struttura di appartenenza, ove sia stato accumulato;
- la possibilità da parte del dipendente di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro e l'accesso agli applicativi dell'Ente tramite VPN o connessioni in *cloud*;
- l'autonomia operativa e la possibilità di organizzare l'attività lavorativa;
- la possibilità di monitorare e valutare i risultati conseguiti.

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

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

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

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

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

Tuttavia, il Ministro per la Pubblica Amministrazione nella direttiva del 29 dicembre 2023 definisce "il lavoro agile come volano di flessibilità orientato alla produttività e alle esigenze dei lavoratori, sensibilizza la dirigenza delle PP.AA. ad un utilizzo degli strumenti di flessibilità che la disciplina di settore, ivi inclusa quella negoziale, già consente al fine di salvaguardare i soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, garantendo al dipendente che documenta gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza."

Pertanto, visti:

gli artt. 18-26 della Legge n. 81 del 22 maggio 2017 "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"

gli artt. 79-80 del CCNL Comparto 2019-2022;

gli artt. 92-96 del CCNL Area Sanità 2019-2021;

gli artt. 11-12 del CCNL Area Funzioni Locali 2019-2021;

visto:

il Regolamento Aziendale di disciplina del lavoro in modalità agile (cd. *Smart working*);

e alla luce di quanto esposto nella suddetta Direttiva del Ministro del 29 dicembre 2023 sull'applicazione del lavoro agile, questa Amministrazione garantisce ai lavoratori cd. fragili che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere la prestazione di lavorativa in modalità agile mediante sottoscrizione dell'accordo individuale e a seguito di apposite prescrizioni del medico competente circa la deroga al criterio della prevalenza.

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

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

Dalle rilevazioni effettuate dagli uffici delle Risorse Umane in merito all'attivazione di *smart working*, nel 2024, sono 83 i dipendenti che hanno reso la prestazione di lavoro in *smart working*.

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

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

In attuazione delle summenzionate prescrizioni normative, questa Amministrazione ha aggiornato il Regolamento aziendale per lo Smart working (*Regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile*).

Attraverso il presente documento di programmazione, a seguito dell'adozione dei nuovi contratti collettivi CCNL Comparto Sanità 2019-2021, CCNL Area Sanità 2019-2021 e CCNL Funzioni Locali 2019-2021 che, in un'apposita sezione, disciplinano il Lavoro Agile, l'Azienda conforma il proprio ordinamento a quanto previsto nel contratto.

Il lavoratore che intende svolgere lo smart – working deve attenersi alle indicazioni/modalità previste nel suddetto Regolamento (**Allegato 6** – *Regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile (Smart working)*).

Le specifiche Linee Guida allegate forniscono ulteriori indicazioni circa la modalità “agile” di svolgimento della prestazione lavorativa (**Allegato 7** – *Linee guida per i lavoratori in smart- working*).

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

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

favorevoli”.

Successivamente:

- il Decreto Legge n. 198/2022 cd. "Decreto MILLEPROROGHE 2023 (convertito con Legge n. 14 del 24/02/2023) proroga fino al 30 giugno 2023 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori “fragili”;
- il Decreto Legge n. 48/2023 cd. "Decreto LAVORO 2023 (convertito con Legge n. 85 del 03/07/2023) proroga fino al 30 settembre 2023 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori “fragili”;
- il Decreto Legge n. 132/2023 cd. "Decreto PROROGHE 2023 (convertito con Legge n. 170 del 27/11/2023) proroga fino al 31 dicembre 2023 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori “fragili”;
- il Decreto Legge n. 145/2023 cd. "Decreto ANTICIPI 2023 (convertito con Legge n. 191 del 15/12/2023) proroga fino al 31 marzo 2024 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori “fragili”.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione nella direttiva del 29 dicembre 2023 definisce “il lavoro agile come volano di flessibilità orientato alla produttività e alle esigenze dei lavoratori, sensibilizza la dirigenza delle PP.AA. ad un utilizzo degli strumenti di flessibilità che la disciplina di settore, ivi inclusa quella negoziale, già consente al fine di salvaguardare i soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, garantendo al dipendente che documenta gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.”

Il medico competente, a seguito della visita, avrà cura di trasmettere il certificato contenente la prescrizione di

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare:

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

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (TRIENNIO 2025-2027)

a) NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP) è lo strumento strategico e programmatico deputato all'individuazione e alla soddisfazione delle esigenze di personale relativamente alle funzioni aziendali ed agli obiettivi della performance per il perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia intesa come qualità dei servizi resi ai cittadini, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Tali principi, fungendo da corollari della disciplina del fabbisogno del personale, trovano la massima espressione applicativa delle seguenti fonti normative:

- D. Lgs. n. 165/2001;
- D. Lgs n. 150/2009;
- D.Lgs n. 74/2017;
- D.Lgs n. 75/2017;
- "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche" del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione di cui al Decreto 8/5/2018 pubblicato sulla GU del 27/7/2018;
- Nota Regione Lazio n. U0840623 del 19/10/2021;
- Decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";
- DGR n. 1005 del 30 dicembre 2021 recante "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato";
- DGR 26 luglio 2022, n. 643, "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77";
- Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 (PIAO Asl Roma 3);
- Linee Guida per la predisposizione della documentazione da parte delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio (Prot. n. 1213534 del 30.11.22);
- Determinazione Regione Lazio n. G18206 20/12/2022 recante Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art. 1 comma 2 del citato provvedimento";
- Deliberazione Regione Lazio n. 869 del 7 dicembre 2023 avente ad oggetto: "Programmazione della Rete Ospedaliera 2024 – 2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015";
- D.P.C.M. del 10.04.2024 con cui è stato approvato il piano delle azioni di intervento preordinate all'accoglienza dei pellegrini per il Giubileo Ordinario 2025, con riferimento a quanto previsto dall'art. 4 comma 2 in merito al "Cronoprogramma procedurale".

b) PREMESSA

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

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

In coerenza con le scelte strategiche inerenti l’organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e nel rispetto dei criteri rotazionali, il presente piano aggiorna le previsioni del Piano Triennale dei Fabbisogni 2023-2025 favorendo la tendenziale copertura del turn over del personale deputato all’assistenza con una puntuale valutazione sui reali fabbisogni rispetto alle professionalità in cessazione nel corso del triennio per l’adeguamento dinamico dei profili professionali.

L’elaborazione del presente Piano è stata effettuata dall’Azienda tenendo in considerazione i seguenti elementi:

- la rilevazione del fabbisogno incrementale rispetto al personale già a disposizione alla data del 31 dicembre dell’anno precedente a quello di riferimento, nonché tenendo presente il numero di cessazioni e il numero di assunzioni previste per l’anno di riferimento;
- la rilevazione del fabbisogno di personale da destinare all’attuazione delle azioni di intervento previste per il Giubileo Ordinario del 2025.

Tenuto conto del D.P.C.M. del 10.04.2024 con cui è stato approvato il piano delle azioni di intervento preordinate all’accoglienza dei pellegrini per il Giubileo Ordinario 2025, al fine comunque di fornire un quadro esaustivo della programmazione aziendale nel triennio di riferimento, nel presente documento il fabbisogno di personale per l’attuazione delle azioni per il Giubileo sarà indicato in una sezione dedicata.

c) IL CAPITALE DELLA ASL ROMA 3 NEL 2024

I dipendenti che lavorano per l’Azienda costituiscono la principale risorsa della stessa. L’Azienda è orientata alla definizione di un contesto che miri a valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori.

Personale in servizio al 31/12/2024				
Descrizione Dipendente	Personale	donne	uomini	Totale complessivo
COMPARTO	Ruolo Amministrativo	177	66	243
	Ruolo Professionale	0	2	2
	Ruolo Sanitario	971	285	1256
	Ruolo Tecnico	160	106	266
COMPARTO Totale		1308	459	1767
DIRIGENZA	Ruolo Amministrativo	7	7	14
	Ruolo Professionale	3	2	5
	Ruolo Sanitario	328	170	498
	Ruolo Tecnico	2	3	5
Dirigenza Totale		340	182	522
Totale complessivo		1648	641	2289

La tabella sopra riportata presenta la situazione del personale dipendente alla data del 31/12/2024, compresi i comandati in entrata ed esclusi quelli in uscita, suddiviso per ruolo e per genere. Si rileva come la distribuzione per genere presenta un equilibrio per la dirigenza mentre per il comparto il genere femminile rappresenta i due terzi del totale.

Il personale convenzionato titolare di incarico ammonta (alla data del 31/12/2024) a n. 193 unità.

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

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

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

È stato fondamentale definire fabbisogni prioritari o emergenti individuando le professionalità infungibili non fondandole esclusivamente su logiche di sostituzione ma verso nuove professioni necessarie per rendere più efficiente e al passo con i tempi l'organizzazione del lavoro e le modalità di offerta dei servizi al cittadino attraverso le nuove tecnologie.

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

Con deliberazione n. 1254 del 31.10.2024 l'Azienda ha concluso i percorsi di stabilizzazione (previsti dalla L. 234/2021, art. 1, comma 268, lett. b) relativi all'anno 2024, per le seguenti unità e profili:

- 19 dirigenti
- 2 assistenti sociali
- 1 infermiere
- 3 educatori professionali
- 11 operatori socio sanitari
- 2 operatore tecnico autista
- 1 operatore tecnico centralinista
- 1 ausiliare specializzato addetto alle attività di magazzino
- 10 assistenti amministrativi

In applicazione delle disposizioni della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria (nota prot. U1024183 del 14.08.2024, nota prot. U1304021 del 23.10.2024 di "Trasmissione Accordo siglato in data 18 ottobre 2024 tra Regione Lazio e OO.SS. del Comparto", nota prot. U1354476 del 04.11.2024 di autorizzazione indizione bandi per i profili di Assistente Sociale e OSS e nota prot. U7385499 del 11.11.2024 di autorizzazione indizione per il profilo Medico Igienista) l'Azienda ha già indetto, con deliberazione n. 1279 del 05.11.2024 e deliberazione n. 1324 del 15.11.2024, le procedure di stabilizzazione per il personale precario in possesso dei requisiti previsti dalla L. 30.12.2021, n. 234, art. 1, comma 268, lett. b, e ss.mm.ii. (Legge di Bilancio 2022) alla data del 30.06.2024 per le seguenti unità e profili:

- 1 assistente sociale
- 10 operatore socio sanitario
- 1 dirigente medico Igiene e Medicina Preventiva

Nel corso dell'anno 2025 si stima la realizzazione di ulteriori stabilizzazioni per il personale precario in possesso dei suindicati requisiti alla data del 31.12.2024.

d) LA SOSTITUZIONE DI PERSONALE

Com'è noto nelle ordinarie dinamiche di gestione del personale può accadere che in corso di anno si verifichino cessazioni a vario titolo imprevedibili in sede di programmazione (dimissioni, trasferimenti presso altre amministrazioni, decessi). In merito alla necessità di procedere alle sostituzioni ordinarie derivanti dalle cessazioni di personale, i costi per tali tipologie di personale sono contemplati nel valore complessivo della spesa annuale.

In virtù di ciò l'Azienda procederà direttamente al relativo reintegro della corrispondente figura professionale, atteso che tale circostanza altro non è che una operazione di riequilibrio finanziario dovuto alla sostituzione di un'unità già contemplata nel fabbisogno complessivo annuo.

Per quanto concerne le cessazioni attese per il triennio di riferimento, non pienamente identificabili a seguito delle variazioni del sistema pensionistico in corso, si rappresenta che comunque saranno integrate negli aggiornamenti successivi del Piano.

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

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2025	Cessazioni 2026	Cessazioni 2027
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	3	0	1
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	1	1	0
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	2	4	5
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	3	0	0
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO	0	1	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB.	2	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (FISIOTERAPISTA)	4	0	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (LOGOPEDISTA)	0	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (ORTOTTISTA)	0	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	23	10	13
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. ESPERTO	0	1	3
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. (OSTETRICA)	3	1	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	0	1	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	1	2	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO	3	0	3
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	1	0	0
COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	2	3	3
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	1	0	0
OPERATORE TECNICO	1	2	1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	0	1	0
OSS	0	3	3
VETERINARIA	1	0	1
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	0	0	1
SANITÀ ANIMALE	1	1	1
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	1	0
CARDIOLOGIA	3	0	3
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	1	0	0
GASTROENTEROLOGIA	1	0	0

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2025	Cessazioni 2026	Cessazioni 2027
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	1	2
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	0	0	1
MEDICINA DELLO SPORT	0	1	0
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	0	0	1
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	0	0	1
MEDICINA INTERNA	1	6	3
MEDICINA TRASFUSIONALE	1	0	0
NEFROLOGIA	0	2	2
NEUROLOGIA	0	1	0
OFTALMOLOGIA	0	2	0
ONCOLOGIA	1	0	0
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	0	3	2
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	1	1
OTORINOLARINGOIATRIA	0	1	0
PEDIATRIA	0	0	1
PSICHIATRIA	2	3	3
RADIODIAGNOSTICA	0	3	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	0	0	2
BIOLOGO	1	1	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	0	2
PSICOLOGO	5	2	0
Totale	71	59	68

e) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

L'Azienda prevede per il triennio 2025 – 2027 di procedere gradualmente ad un potenziamento dei servizi, sia di carattere assistenziale sia di prevenzione, tramite l'adeguamento della dotazione organica dei Dipartimenti ospedalieri anche legato all'attuazione del piano di azione del Giubileo Ordinario 2025.

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

- Ginecologia e Ostetricia
- Cardiologia
- Medicina Interna
- Pronto Soccorso
- Ortopedia e Traumatologia
- Pediatria

Al fine di garantire un sistema efficiente deve essere prevista la riattivazione della Holding Area, prevedendo per quest'ultima il reclutamento di dirigenti specialisti in medicina interna, dirigente medico chirurgo e dirigente medico ortopedico, per la facilitazione della presa in carico con particolare attenzione alla prevenzione del fenomeno del sovraccollamento del PS.

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

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

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

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

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

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

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

Al Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- Funzione di committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, con la Direzione Generale dell'ASL, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.

- Funzione di produzione, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

- Funzione di garanzia, ossia di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale. In particolare, l'organizzazione del distretto, così come indicato nella normativa vigente deve garantire: - l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare,

in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; - il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate; - l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

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

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

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, come precedentemente descritto, si rende necessario acquisire nel corso dell'anno 2025 professionisti nella figura di Assistenti Sociali, alcuni da assegnare al P.O. e al CPO.

g) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Al fine di garantire il soddisfacimento dei Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, in adempimento ai LEA previsti per ciascun Servizio, si rende necessario integrare il personale attualmente presente nel corso del triennio di riferimento specificamente per quanto attiene alle seguenti strutture.

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

- U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (SIOA) opera sui Municipi X-XI-XII e sul Comune di Fiumicino;

- U.O.C. SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE (SAIAPZ);

- U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (S.Pre.S.A.L.), chiamata a svolgere molteplici attività istituzionali finalizzate a tutelare e promuovere la salute e la sicurezza ed a prevenire gli infortuni e le malattie professionali dei lavoratori operanti presso le aziende ubicate nel territorio della ASL Roma 3, che si attestano numericamente in circa 17.500 aziende, tra le quali sono ricomprese l'Aeroporto Internazionale di Roma Fiumicino, n. 7 industrie a rischio di incidente rilevante, il sito portuale e i relativi cantieri navali di Ostia, importanti strutture sanitarie, quali l'A.O. San Camillo-Forlanini e l'INMI Lazzaro Spallanzani;

- UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN);

- UOSD SCREENING;

- U.O.S.D. CANILE SOVRAZIONALE E CONTROLLO DEL RANDAGISMO, deputata alla tutela dei diritti degli animali e alla sorveglianza sanitaria e prevenzione del randagismo conformemente alle disposizioni della deliberazione della Giunta Regionale del 18.12.2006, n. 866: "Recepimento accordo Stato-Regioni sulle disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 06.02.2003".

Alla luce di tale descrizione, in seguito le figure professionali previste per soddisfare il fabbisogno del triennio di riferimento:

- Tecnici della prevenzione: per poter permettere la corretta copertura dei turni e in particolare della reperibilità che il nuovo CCNL del comparto ha portato al numero massimo di 7 turni per dipendente (il personale presente non garantisce la reperibilità richiesta dall'autorità giudiziaria sotto i limiti del CCNL);
- Igiene e medicina preventiva;
- Medicina legale;
- Veterinari: anche al fine dell'intensificazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare a fronte del prossimo evento giubilare del 2025.

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

Il Dipartimento di Salute Mentale nel corso dell'ultimo triennio ha risentito di una forte riduzione di personale che è stato difficile da reintegrare. Nonostante ciò, si è garantita la continuità assistenziale e l'apertura di tutti i presidi.

Il DSM è stato caratterizzato infatti da una condizione di considerevole precarietà, dovuta ad una persistente carenza di personale. Nonostante la Direzione Strategica abbia attivato procedure di mobilità, utilizzato le graduatorie attive per psichiatri, bandito manifestazioni di interesse per tossicologi, psicologi e neuropsichiatri infantili, non è stato possibile garantire il turn over di tutto il personale che nell'anno precedente è stato collocato in quiescenza.

Si sono riscontrate difficoltà nell'ambito dell'accessibilità e presa in carico dei pazienti da parte del TSMREE a causa della carenza persistente di neuropsichiatri infantili. Inoltre, si è assistito all'aumento dei nuovi compiti certificativi legati ai Disturbi dell'Apprendimento.

Il risultato inevitabile di tale assenza di personale ha inciso inesorabilmente sull'offerta dei servizi, determinando un Dipartimento impegnato nella gestione di continue emergenze. Si riportano per sintesi esempi di criticità:

- riduzione degli orari di apertura del servizio per la distribuzione di metadone;
- difficoltà a garantire la copertura di tutti i turni per l'attività dei Day Hospital e le guardie notturne in SPDC;
- difficoltà nell'assicurare l'apertura dei presidi riabilitativi territoriali, fondamentali per i processi di inclusione e stabilizzazione clinica dei pazienti affetti da disturbi mentali;
- forte riduzione dell'assistenza domiciliare infermieristica dovuta alla gravissima carenza di personale che ha determinato, in alcuni pazienti gravi, un senso di abbandono e di peggioramento delle condizioni psicopatologiche;
- aumento delle richieste di interventi specialistici per la fascia giovanile in relazione a disturbi depressivi, ritiro sociale, disregolazione emotiva, dipendenza patologica e condotte antisociali;
- aumento del carico di lavoro nei Servizi Psichiatrici territoriali e ospedalieri, per la gestione dei pazienti autori di reato, inviati dall'Autorità Giudiziaria.
- Gli obiettivi prioritari su cui si è definito il fabbisogno sono i seguenti:
- necessità di garantire la continuità assistenziale per i pazienti già in carico;
- abbattimento delle liste di attesa per prime visite e accessibilità ai servizi territoriali per l'età evolutiva ed adulta;
- necessità di un piano assistenziale che garantisca le attività riabilitative (Centri diurni) fondamentali per l'inclusione sociale e l'alleggerimento del carico familiare;
- rispetto degli standard di personale previsti dalla normativa vigente per gli SPDC;
- copertura dell'assistenza psichiatrica per le due strutture residenziali a gestione diretta;

Alla luce di quanto sopra si rende necessaria l'assunzione delle seguenti figure professionali:

- Assistente sociale;
- Terapista occupazionale;
- Terapisti della neuro psicomotricità dell'età evolutiva;

- Farmacia e Tossicologia clinica;
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica;
- Psichiatria.

i) FABBISOGNO PER LE ESIGENZE DEL GIUBILEO ORDINARIO 2025

Con D.P.C.M. del 10.04.2024 è stato approvato il piano delle azioni di intervento preordinate all'accoglienza dei pellegrini per il Giubileo Ordinario 2025.

In adempimento al "Cronoprogramma procedurale", previsto dall'art. 4 comma 2, e nel rispetto del finanziamento accordato, la Asl Roma 3 ha trasmesso alla Regione Lazio con nota prot. n. 32868 del 15.05.2024 il dettaglio dei seguenti profili di interesse:

- N. 16 Dirigente Medico Medicina Emergenza Urgenza gestione codici minori
- N.3 Dirigente Medico Psichiatra Medici per potenziamento
- N. 3 Dirigente Medico Radiodiagnostica
- N. 26 Infermieri
- N. 13 OSS
- N. 2 Tecnici di laboratorio Biomedico
- N. 2 Tecnici di radiologia medica
- N. 5 Tecnici della prevenzione

Si è proceduto, pertanto, con deliberazione n. 1547 del 20.12.2024 a prendere atto delle assunzioni per le eccezionali esigenze sanitarie in relazione al giubileo ordinario dell'anno 2025, con decorrenza dal 01.12.2024 e scadenza inderogabile al 31.12.2025, sia tramite procedure in autonomia che tramite scorrimento di graduatorie di altre Aziende, dei seguenti profili:

- N. 1 Dirigente Medico Medicina Emergenza Urgenza
- N. 1 Dirigente Medico Psichiatra
- N. 1 Dirigente Medico Radiodiagnostica
- N. 2 Tecnici di laboratorio Biomedico
- N. 2 Tecnici di radiologia medica
- N. 5 Tecnici della prevenzione

Relativamente ai profili per cui residua ancora fabbisogno da soddisfare (Medicina Emergenza Urgenza, Psichiatria, Infermiere e OSS), l'Azienda attende la trasmissione di ulteriori nominativi da parte delle Aziende titolari delle graduatorie.

j) SINTESI DEL FABBISOGNO 2025-2027

Come ampiamente rappresentato nelle pagine sopra riportate, ogni acquisizione prevista è strettamente legata all'erogazione dei LEA nonché al potenziamento della rete ospedaliera e allo sviluppo dei servizi collegati con il piano delle azioni relative al Giubileo Ordinario del 2025 le cui assunzioni sono rappresentate nella tabella seguente.

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

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

In tabella sono riportate, con scopo di sintesi, esclusivamente le procedure assunzionali a tempo indeterminato. Si rappresenta che nell'ambito dei collaboratori sono previste 2 assunzioni nell'area dell'elevata qualificazione di cui all'art.16 del CCNL 2019-2021 del comparto sottoscritto il 2 novembre 2022. La riportata classificazione del personale del comparto per quanto non allineata alle nuove previsioni contrattuali è in applicazione di quanto previsto dalla nota regionale n. U1289406 del 10.11.23.

Si rappresentano di seguito i concorsi già banditi che verranno espletati nel corso del 2025 sia a tempo determinato che a tempo indeterminato.

- Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 11 posti di Dirigente Medico – Area Medica e delle Specialità Mediche – disciplina Pediatria, per le esigenze dell'Azienda U.S.L. Roma 3;
- Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 18 posti di Dirigente Medico – Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi – disciplina Anestesia e Rianimazione, oer le esigenze dell'Azienda U.S.L. Roma 3;
- Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 3 posti Dirigente Medico – Area Medica e delle Specialità Mediche – disciplina Gastroenterologia, per le esigenze dell'Azienda U.S.L. Roma 3;
- Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 4 posti di Dirigente Medico – Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche – disciplina Ortopedia e Traumatologia, per le esigenze dell'Azienda U.S.L. Roma 3;
- Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 6 posti di Dirigente Medico – Area Medica e delle Specialità Mediche – disciplina Neurologia, per le esigenze dell'Azienda U.S.L. Roma 3;
- Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 7 posti di Dirigente Medico – Area di Sanità Pubblica – disciplina Igiene e Medicina Preventiva, per le esigenze dell'Azienda U.S.L. Roma 3;
- Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 14 posti di Dirigente Medico – Area Medica e delle Specialità Mediche – disciplina Medicina d'Emergenza e Urgenza, per le esigenze dell'Azienda U.S.L. Roma 3;
- Avviso pubblico per titolo e colloquio a tempo determinato per 7 Psichiatri;
- Avviso pubblico per titolo e colloquio a tempo determinato per 11 Medici Radiologi.

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2025	Assunzioni 2026	Assunzioni 2027
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	13	0	1
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	1	1	0
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	10	4	5
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	6	0	0
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO	0	1	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB.	2	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (FISIOTERAPISTA)	4	0	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (LOGOPEDISTA)	0	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (ORTOTTISTA)	0	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (RIABILITAZIONE PSICHIATRICA)	4	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	30	10	13
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. ESPERTO	0	1	3
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. (OSTETRICA)	3	1	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. AUDIOMETRISTA	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	10	1	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA	1	0	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2025	Assunzioni 2026	Assunzioni 2027
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. PERFUSIONISTA	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	6	2	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (EDUCATORE PROFESSIONALE)	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO AUSILIARIO SPECIALIZZATO	5	0	3
COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	1	0	0
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	2	3	3
ASSISTENTE TECNICO	1	0	0
OPERATORE TECNICO	2	0	0
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	3	2	1
OSS	0	1	0
VETERINARIA	34	3	3
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	2	0	1
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	0	0	1
SANITÀ ANIMALE	7	0	0
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	1	1
CARDIOLOGIA	20	1	0
CHIRURGIA	7	0	3
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	1		
GASTROENTEROLOGIA	3	0	0
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	4	0	0
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	3	1	2
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	0	0	1
MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	1	0	0
MEDICINA DELLO SPORT	4	0	0
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	0	1	0
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	14	0	1
MEDICINA INTERNA	2	0	1
MEDICINA TRASFUSIONALE	3	6	3
NEFROLOGIA	2	0	0
NEUROLOGIA	2	2	2
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	6	1	0
OFTALMOLOGIA	4	0	0
ONCOLOGIA	2	0	0
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	4	3	2
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	1	1
OTORINOLARINGOIATRIA	0	1	0
PATOLOGIA CLINICA	3	0	0
PEDIATRIA	11	0	1
PSICHIATRIA	10	3	3
RADIODIAGNOSTICA	11	3	1
ANALISTA	1	0	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	0	2

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2025	Assunzioni 2026	Assunzioni 2027
INGEGNERE	1	0	0
FISICO	1	0	0
BIOLOGO	2	1	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	0	2
PSICOLOGO	4	2	0
Totale	284	59	68

k) SOSTENIBILITA' ECONOMICA

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

Ai fini del calcolo della sostenibilità finanziaria del presente fabbisogno, sono state seguite le indicazioni di cui alla nota regionale n. U1288406 del 10.11.2023.

Si rappresenta che le stime economiche determinano una proiezione di CE per il 2025 pari a 139,6 €/mln, in linea con i valori autorizzati da Regione.

3.4 FORMAZIONE

La formazione continua rappresenta un elemento essenziale per garantire la qualità e l'efficienza del Servizio Sanitario Regionale, come sottolineato nelle linee guida regionali e nei documenti nazionali di riferimento. Essa si articola in un processo complesso che parte dall'analisi dei bisogni formativi e si sviluppa attraverso la progettazione e l'implementazione di interventi mirati, valutati in termini di impatto e risultati. Gli indirizzi strategici, definiti dal Piano Formativo Aziendale, mirano a integrare metodologie innovative, come la formazione a distanza e i modelli blended, per rispondere alle esigenze di un contesto in costante evoluzione. Un'attenzione particolare è rivolta allo sviluppo di competenze tecniche e trasversali, indispensabili per affrontare le sfide organizzative e clinico-assistenziali in modo efficace. La valutazione della qualità dell'offerta formativa, basata su indicatori specifici, consente infine di monitorare l'efficienza e l'efficacia degli investimenti, assicurando un ciclo di miglioramento continuo a beneficio dei professionisti e del sistema sanitario. Si allega il Piano Formativo Aziendale biennio 2025/2026 (**allegato 9**).

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

Con delibera n. 1290 del 30.12.2022 sono stati nominati i nuovi componenti del CUG dell'Azienda, già costituito nel 2011. Il CUG si è insediato ed ha definito un proprio regolamento di funzionamento che è stato approvato dall'Azienda con deliberazione n. 249 del 7.03.2023.

Il CUG si occupa di pari opportunità, benessere nei luoghi di lavoro e contrasto alle discriminazioni, sommando i compiti di due precedenti comitati, rispettivamente il comitato pari opportunità e il comitato antimobbing. In aggiunta, il CUG ha anche compiti riguardanti il benessere organizzativo e la lotta alle discriminazioni di ogni tipo, comprese le molestie.

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

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

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

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

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

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

Il predetto Piano, approvato dal CUG in data 27.01.2025, è di seguito riportato:

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

a) PREMESSA

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

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

b) QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

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

Nell'elaborazione del Piano assumono particolare rilievo le "azioni positive", introdotte nel nostro ordinamento dalla legge 10 aprile 1991, n. 125 e ora disciplinate dagli artt. 44 e ss. del "Codice delle pari opportunità", recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro".

L'art. 7 del d.lgs. 23 maggio 2000, n. 196 recante "Disciplina delle attività delle consigliere e consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive" introduce per la pubblica amministrazione i piani di azioni positive al fine di assicurare la rimozione di eventuali ostacoli che di fatto possono impedire la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

servizi, tempo e lavoro non retribuito, con l'intento di determinare la valutazione del diverso impatto delle politiche di bilancio sul genere.

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

La recente Direttiva 2/19 - "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" adottata dal Ministero per la pubblica amministrazione, definisce le nuove linee di indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni in materia di promozione della parità e delle pari opportunità.

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

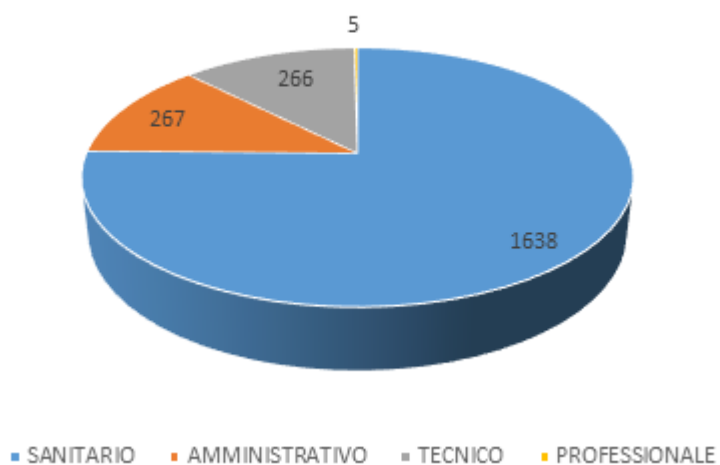
c) SITUAZIONE DEL PERSONALE* Relazione CUG del 2024 dati del 2023

La relazione CUG con i dati 2024 sarà realizzata nel mese di marzo 2025 come richiesto dal Dipartimento della Funzione Pubblica

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

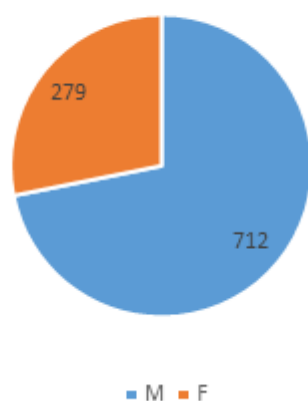
PERSONALE AZIENDALE	
RUOLI	TOTALE
SANITARIO	1638
AMMINISTRATIVO	267
TECNICO	266
PROFESSIONALE	5

PERSONALE AZIENDALE PER RUOLI



PERSONALE Convenzionato Interno*	
M	712
F	279
Totali	991

Personale convenzionato interno*

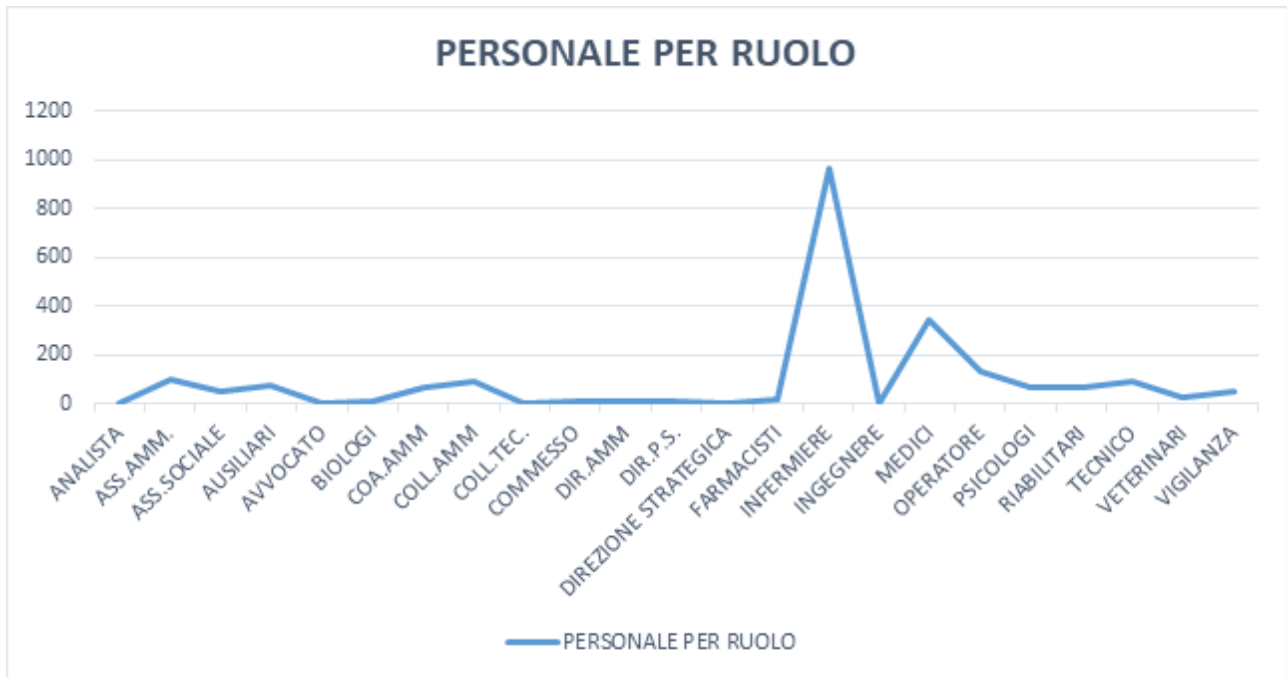


*I dati relativi al personale convenzionato interno sono inseriti solo in queste tabelle

PERSONALE PER RAPPORTO DI LAVORO DETERMINATO/INDETERMINATO

		INDETERMINATO	DETERMINATO
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	253	3
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	0
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	1142	31
COMPARTO	RUOLO TECNICO	208	54
TOTALE COMPARTO		1603	88
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	353	15
DIRIGENZA SANITARIA	RUOLO SANITARIO	79	18
DIRIGENZA PTA	RUOLO PROFESSIONALE	5	0
DIRIGENZA PTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	11	0
DIRIGENZA PTA	RUOLO TECNICO	4	0
TOTALE DIRIGENZA		452	33

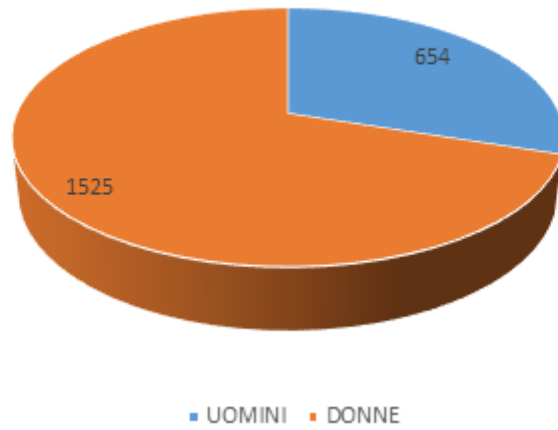
SITUAZIONE PERSONALE PER GENERE			
		F	M
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	184	72
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	0
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	898	275
COMPARTO	RUOLO TECNICO	156	106
TOTALE COMPARTO		1238	453
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	203	165
DIRIGENZA SANITARIA	RUOLO SANITARIO	71	26
DIRIGENZA PTA	RUOLO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



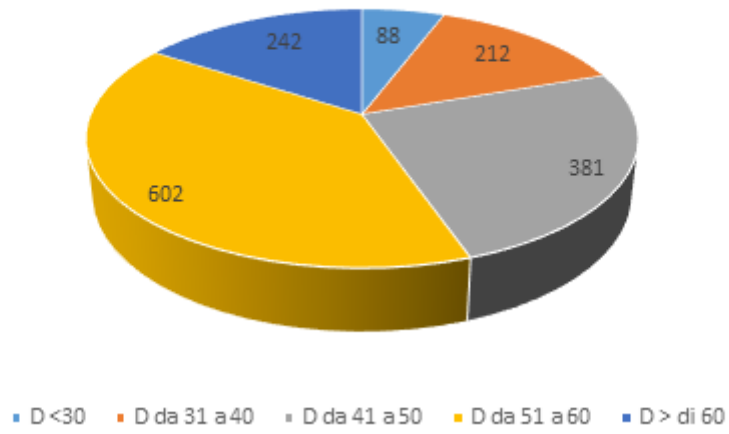
PERSONALE AZIENDALE	
RUOLI	ETA' MEDIA
SANITARIO	49
AMMINISTRATIVO	50
TECNICO	49
PROFESSIONALE	48



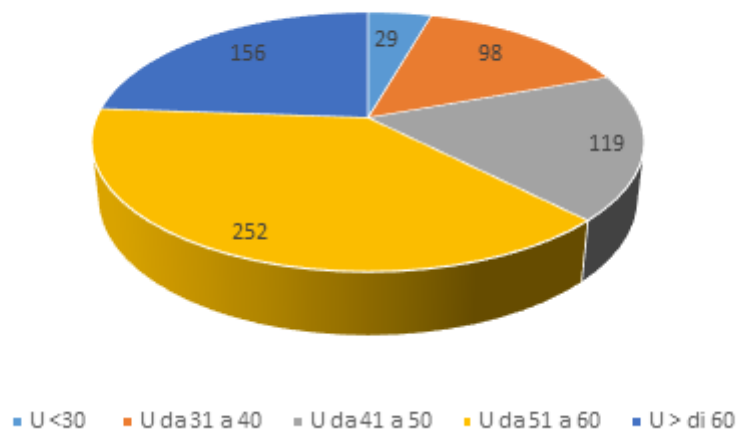
PERSONALE PER SESSO



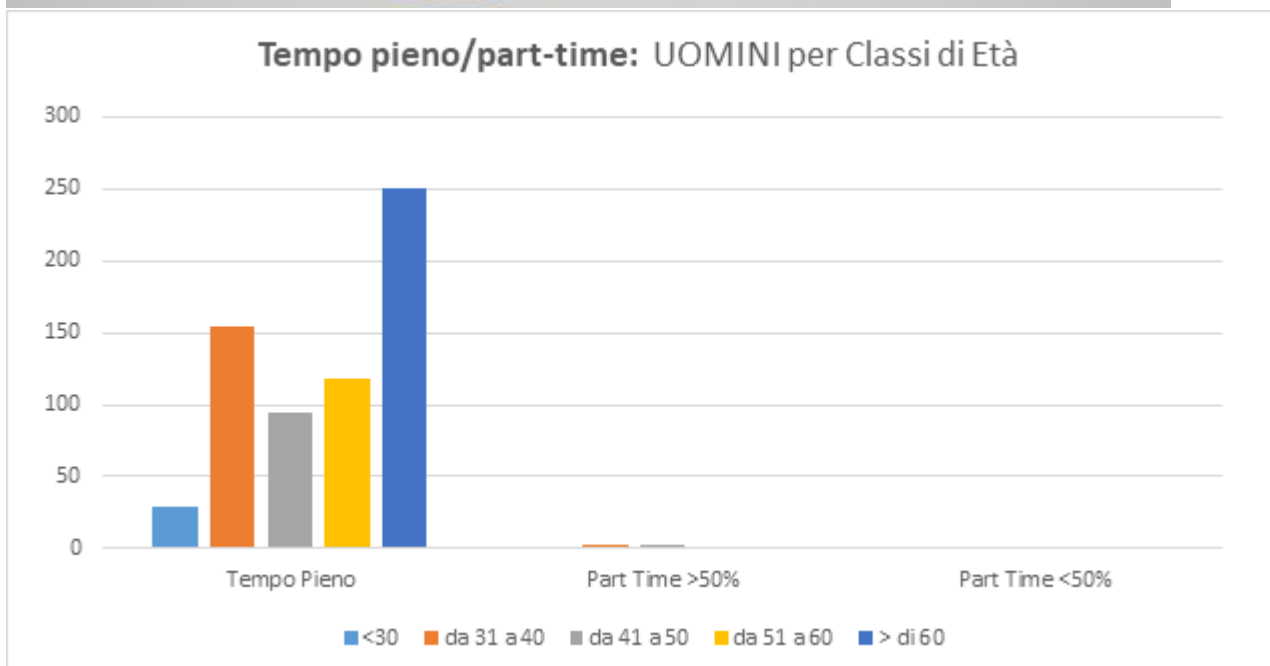
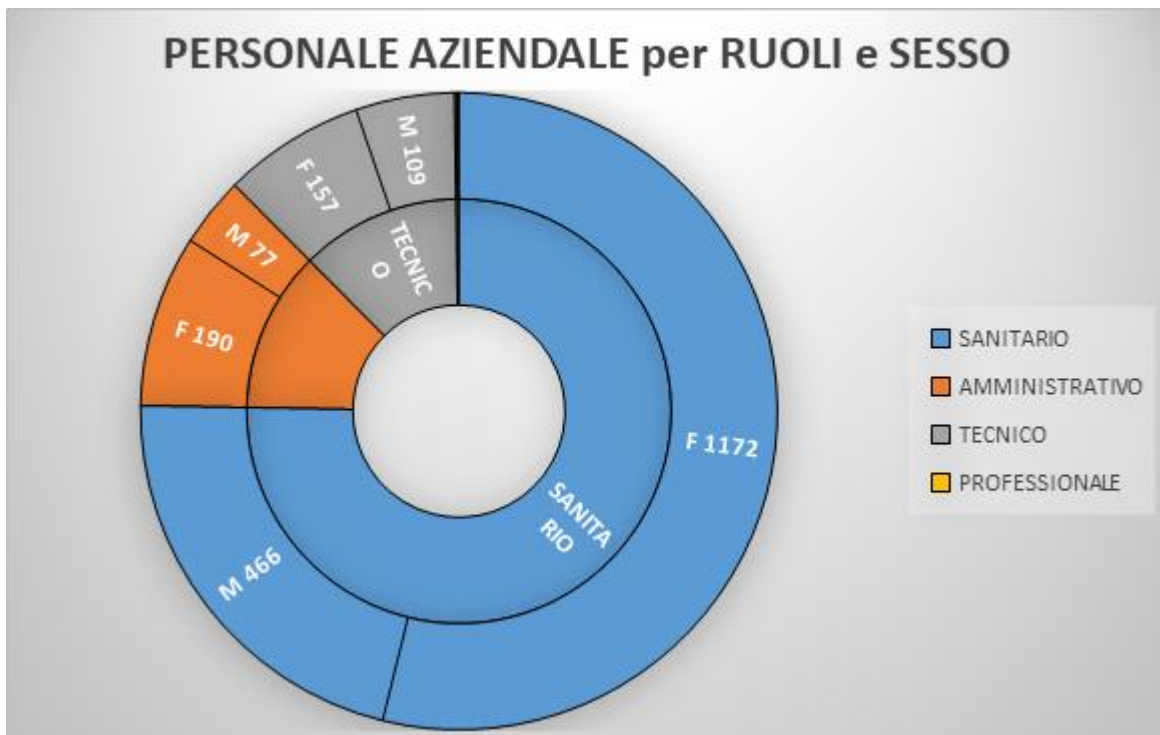
DONNE per Classi di Età

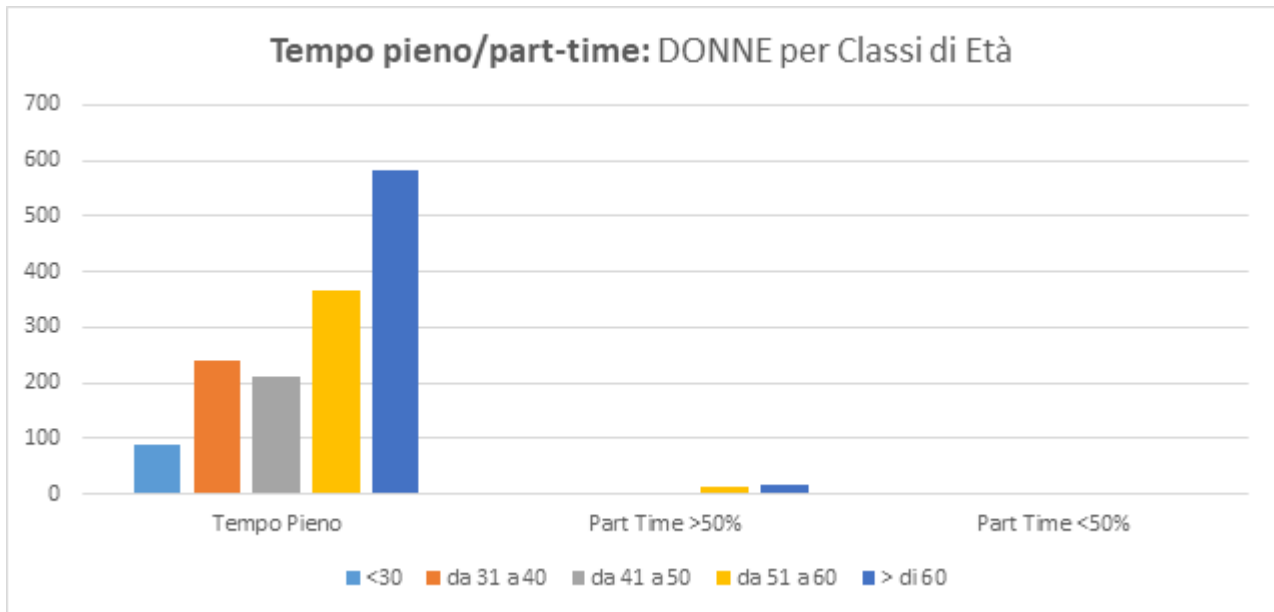


UOMINI per Classi di Età

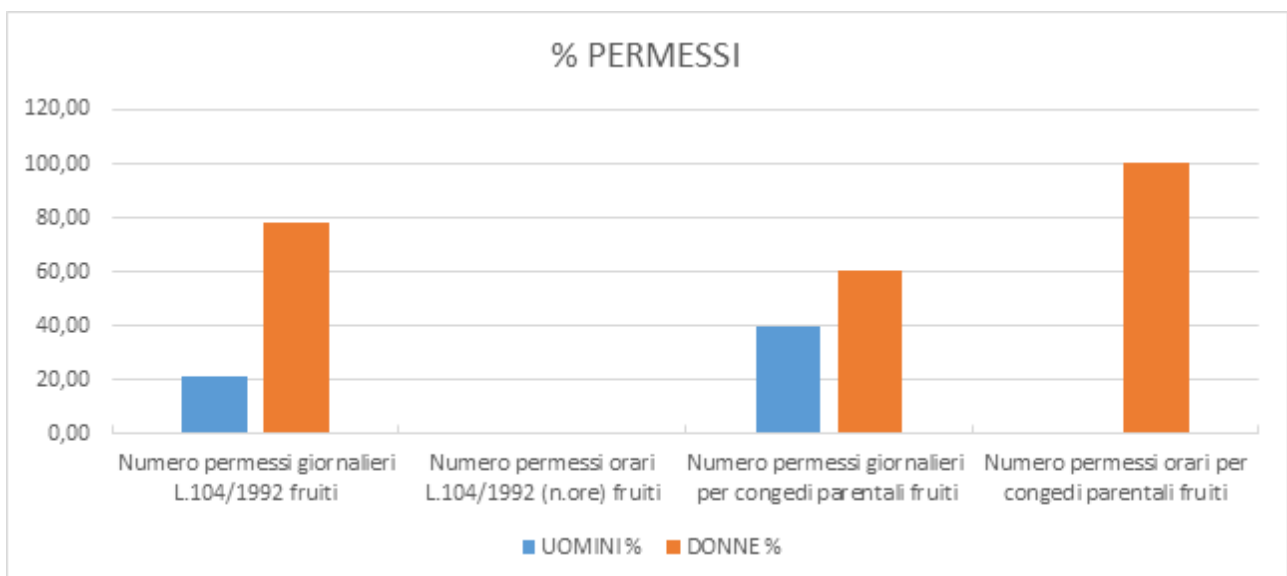


PERSONALE AZIENDALE		
RUOLI	SESSO	TOTALE
SANITARIO	F	1172
SANITARIO	M	466
AMMINISTRATIVO	F	190
AMMINISTRATIVO	M	77
TECNICO	F	157
TECNICO	M	109
PROFESSIONALE	F	3
PROFESSIONALE	M	2

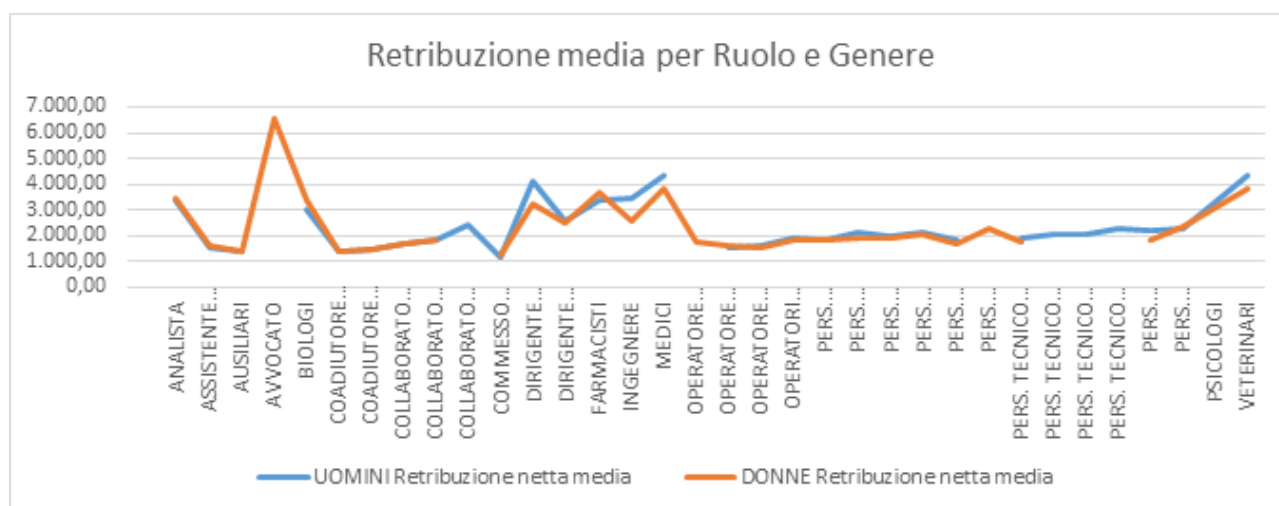




	UOMINI %	DONNE %	Valori	%
			assoluti	
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	21,50	78,50	11.535,00	100,00
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	0,00	0,00	0,00	0,00
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	39,70	60,30	6.246,50	100,00
Numero permessi orari per congedi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



Inquadramento	UOMINI	DONNE
	Retribuzione netta media	Retribuzione netta media
ANALISTA	3.370,65	3.447,32
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO CAT C	1.517,05	1.642,53
AUSILIARI	1.420,05	1.398,56
AVVOCATO		6.542,62
BIOLOGI	2.994,75	3.367,12
COADIUTORE AMMINISTRATIVO CAT B	1.368,86	1.409,06
COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR CAT BS	1.489,51	1.482,10
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO CAT D	1.670,38	1.698,29
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO CAT DS	1.847,15	1.832,59
COLLABORATORE TECNICO PROF. SENIOR CAT DS	2.397,24	
COMMESSE CAT A	1.142,16	1.214,92
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	4.103,75	3.259,24
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	2.569,15	2.472,19
FARMACISTI	3.389,75	3.709,39
INGEGNERE	3.464,87	2.574,13
MEDICI	4.364,11	3.811,15
OPERATORE PROFESSIONALE II CATEGORIA CAT BS		1.754,73
OPERATORE TECNICO CAT B	1.524,19	1.626,81
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO CAT BS	1.577,25	1.515,73
OPERATORI TECNICI	1.909,63	1.861,67
PERS. DELL'ASSISTENZA SOCIALE CAT D	1.797,18	1.817,32
PERS. DELL'ASSISTENZA SOCIALE CAT DS	2.116,05	1.933,93
PERS. INFERMIERISTICO CAT D	1.942,54	1.938,08
PERS. INFERMIERISTICO CAT DS	2.139,86	2.018,28
PERS. RIABILITAZIONE CAT D	1.800,56	1.706,25
PERS. RIABILITAZIONE CAT DS		2.291,34
PERS. TECNICO CAT C	1.917,25	1.724,27
PERS. TECNICO CAT D	2.028,27	
PERS. TECNICO SANITARIO CAT D	2.039,05	1.867,23
PERS. TECNICO SANITARIO CAT DS	2.248,15	
PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE CAT D	2.218,05	1.850,25
PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE CAT DS	2.259,13	2.313,61
PSICOLOGI	3.324,26	3.088,59
VETERINARI	4.316,69	3.793,57



*Fonte UOC Risorse Umane marzo 2023

d) LINEE GENERALI DI INTERVENTO

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

- a) *Valorizzazione* delle risorse umane, garantendo l'accrescimento professionale dei lavoratori, assicurando iniziative formative coerenti tra le evidenziate necessità e le aspettative personali delle lavoratrici e dei lavoratori nel contesto professionale e nella vita privata extra-lavorativa.
- b) *Promuovere* un miglioramento continuo dell'organizzazione del lavoro e del conseguente auspicato benessere organizzativo che, ferma restando la priorità di garantire la funzionalità degli uffici, persegua contemporaneamente il raggiungimento dell'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata.
- c) *Assicurare*, con modalità condivise, la garanzia della trasparenza dell'azione amministrativa, con il fine espresso di promuovere in tutto il personale, la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione.
- d) *Assicurare* una particolare attenzione alla formazione degli operatori, volta alla gestione di situazioni conflittuali con l'utenza che potrebbero esitare in episodi di violenza
- e) *Implementare* i servizi psicologici volti alla comunicazione con fasce di utenza in condizioni di particolari fragilità
- f) *Porre attenzione* alle dinamiche relazionali che si possono creare all'interno dei servizi tra le diverse figure professionali orientando le azioni verso la cura dei contesti.
- g) *Implementare* l'armonizzazione del contesto amministrativo sanitario.

e) INIZIATIVE

Obiettivo: PROMOZIONE DEL BENESSERE INDIVIDUALE

Promozione di stili di vita salutari

- Iniziativa 1.1.1: Corso ECM - Come migliorare Salute e Benessere con Sport, Esercizio Fisico e Buona Alimentazione. Corso residenziale in 3 edizioni annuali, organizzato dalla UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, destinato a tutti i lavoratori della ASL Roma 3, incentrato sul benessere lavorativo, corretta alimentazione e promozione dell'esercizio fisico.
- Iniziativa 1.1.2: Se sali le scale sale la salute. Produzione e diffusione di materiale informativo formato poster con descrizione degli effetti salutari ottenuti nell'evitare l'utilizzo dell'ascensore, e realizzazione di giornate promozionali.
- Iniziativa 1.1.3: Gruppo di cammino. Corso di presentazione delle opportunità offerte di stimolo e di aggregazione salutista, nel programmare delle uscite in gruppo dove percorrere insieme strade ricche di stimoli visivi e culturali in ogni stagione dell'anno, con colleghi di lavoro ed eventualmente anche con i rispettivi familiari.

Obiettivo: PROMOZIONE DEL BENESSERE LAVORATIVO E ALFABETIZZAZIONE DIGITALE

- Iniziativa 1.2.1: Corso ECM: Insieme per il benessere comune e prevenzione del mobbing. Corso residenziale in 4 edizioni annuali, organizzato dalla UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale in collaborazione con la UOC Qualità e Rischio Clinico, Risk Manager, destinato a tutti i lavoratori della ASL Roma 3, con l'obiettivo di implementare le azioni di miglioramento del benessere lavorativo all'interno di tutte le unità aziendali, strategie di comunicazione efficace con l'utenza, intelligenza emotiva, contrasto alle discriminazioni sul luogo di lavoro.
- Iniziativa 1.2.2: Formazione personalizzata per i responsabili di struttura: coaching individuale di 5 ore su team working e le modalità di gestione dei gruppi di lavoro, gestione delle priorità;
- Iniziativa 1.2.3: Adozione della procedura aziendale "Procedura per la Valutazione del Disagio Lavorativo e del Benessere Organizzativo Aziendale" da parte della UOC Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale;
- Iniziativa 1.2.4: Sportello di ascolto e dialogo per i lavoratori. Servizio di ascolto psicologico per la prevenzione del disagio lavorativo per tutti i lavoratori della ASL Roma 3.
- Iniziativa 1.2.5: Formazione digitale degli operatori. Iniziative di formazione residenziale e da remoto, in collaborazione con la UOC Sistemi ICT e la UOS Formazione, sincrone e asincrone, per l'utilizzo dei sistemi digitali aziendali e di telemedicina.
- Iniziativa 1.2.6 valutazione del benessere organizzativo da parte della UOC Sviluppo organizzativo e della Competence individuale in tutti i servizi di un dipartimento aziendale e attivazione dei Focus group ove necessario.
- Iniziativa 1.2.7 Somministrazione di un questionario anonimo sul benessere individuale, da inviare a tutto il personale con compilazione anonima e telematica. A cura del CUG e UOC Sistemi ICT.
- Iniziativa 1.2.8: Predisposizione del Codice di condotta per l'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro a cura del CUG in collaborazione con UOSD Affari Generali
- Iniziativa 1.2.10 Individuazione della figura della Consigliera di fiducia a supporto delle attività del CUG e dello Sportello di ascolto.

- Iniziativa 1.2.11: Organizzazione di giornate formative per l'Accoglienza dei nuovi assunti a cura della UOS Formazione e UOC Risorse umane
- Iniziativa 1.2.12 predisposizione di un percorso di alta formazione o master per un numero di dipendenti per la copertura aziendale per la funzione di disability manager. UOS Formazione
- Iniziativa 1.1.13: Corso ECM - Corpo e voce - comunicare, connettere, creare con il Teatro. A cura della UOC Sanità animale e igiene degli alimenti e produzioni zootecniche.

- Iniziativa 1.3.1. Adozione della Delibera n. 997 del 14/09/2023. “Avviso per la manifestazione di interesse per l’inserimento nell’elenco delle convenzioni non onerose a favore del personale in servizio presso la ASL ROMA 3. Implementazione di convenzioni con realtà territoriali, per l’offerta scontata (riservata al personale e familiari) del costo offerto al pubblico di beni e/o prestazioni-erogazioni di servizi, come forma di supporto psichico e fisico alla “persona” e relativi familiari, con pubblicazione ad aggiornamento delle informazioni nella pagina Home della intranet aziendale:
 - teatri: nel corso del 2024 si è proceduto all'azione attiva di stipula di convenzioni, con i seguenti teatri:
 - Ambra Jovinelli
 - Olimpico
 - Auditorium Parco della Musica.

Nel corso del 2025 si provvederà ad estendere l'azione attiva nei confronti di altri teatri e di ulteriori esercizi commerciali quali, ad esempio, palestre, centri benessere, scuole.
- Iniziativa 1.3.2. Implementazione del lavoro agile per le attività di televisita. In linea con la procedura aziendale di Telemedicina (rif. Delibera n. 782 del 2022 e con il regolamento aziendale per lo smart work, è stata estesa la possibilità di erogazione di televisite specialistiche ambulatoriali, oltre alla modalità in presenza, anche in modalità di smart work, agli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Obiettivo: PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO

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

- Iniziativa 1.4.1. Promozione di iniziative di formazione, rivolte ai dipendenti, su tecniche di rianimazione cardiopolmonare e conseguente idoneità all’uso del defibrillatore semiautomatico.
- Iniziativa 1.4.2. Fornitura progressiva di materiali e procedure per l’attivazione del primo soccorso.

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
1.1 PROMOZIONE DEL BEN-ESSERE INDIVIDUALE	1.1.1	Corso ECM: Come migliorare Salute e Benessere con Sport, Esercizio Fisico e Buona Alimentazione	UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale Dipartimento di Prevenzione	X	X	X
	1.1.2	“Se sali le scale sale la salute” (Produzione e diffusione di materiale informativo formato poster con descrizione degli effetti salutari ottenuti nell’evitare l’utilizzo dell’ascensore, e realizzazione di giornate promozionali).	Servizio di Prevenzione e Protezione Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	-	X	X
	1.1.5	“Gruppo di cammino” (Corso di presentazione delle opportunità offerte di stimolo e di aggregazione salutista, nel programmare delle uscite in gruppo dove percorrere insieme strade ricche di stimoli visivi e culturali in ogni stagione dell’anno, con colleghi di lavoro ed eventualmente anche con i rispettivi familiari)	Servizio di Prevenzione e Protezione Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	-	X	X

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
1.2 PROMOZIONE DEL BENESSERE LAVORATIVO E ALFABETIZZAZIONE DIGITALE	1.2.1	Corso ECM: Insieme per il benessere comune e prevenzione del mobbing	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale Qualità e rischio clinico Risk Manager Servizio di Prevenzione e Protezione		X	X
	1.2.2	Formazione personalizzata per i responsabili di struttura	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale			X
	1.2.3	Adozione della procedura aziendale "Procedura per la Valutazione del Disagio Lavorativo e del Benessere Organizzativo Aziendale"	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale	X	X	X
	1.2.4	Attivazione dello Sportello di ascolto e dialogo per i lavoratori.	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale	X	X	X
	1.2.5	Formazione digitale degli operatori.	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale Sistemi ICT Formazione		X	X

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
1.3 AZIONI DI CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI VITA PRIVATA	1.3.1	Avviso per la manifestazione di interesse per l'inserimento nell'elenco delle convenzioni non onerose a favore del personale in servizio presso la ASL ROMA 3	Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale Affari Generali	X	X	X
	1.3.2	Implementazione del lavoro agile per le attività di teleseminari	Sviluppo Organizzativo e della	X	X	X

			Competence Individuale			
			Risorse Umane			

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
1.4 PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO	1.4.1	. Promozione di iniziative di formazione, rivolte ai dipendenti, su tecniche di rianimazione cardiopolmonare e conseguente idoneità all'uso del defibrillatore semiautomatico.	Servizio di Prevenzione e Protezione Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale	-	X	X
	1.4.2	Fornitura progressiva di materiali e procedure per l'attivazione del primo soccorso.	Servizio di Prevenzione e Protezione	-	X	X

SEZIONE 4: MONITORAGGIO

a) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI

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

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

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

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

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

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

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

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

b) MONITORAGGIO RELATIVO ALLE PERFORMANCE

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

I Direttori di Dipartimento, ove presenti, cureranno il monitoraggio degli obiettivi e il coordinamento trasversale delle attività. A loro compete l'analisi di coerenza della performance raggiunta dai negozianti afferenti il Dipartimento e la trasmissione al Controllo di Gestione della relazione trimestrale sintetica e puntuale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento e ai Negoziatori.

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

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

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

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

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

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

VERIFICA DEI RISULTATI

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

CRITERI DELLE VERIFICHE

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

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

- Concluso il controllo di coerenza e congruità, il Controllo di Gestione trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

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

c) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ANTICORRUZIONE

MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE

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

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

Il monitoraggio sarà effettuato quadrimestralmente/trimestralmente.

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

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

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

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

MONITORAGGIO SULLA TRASPARENZA

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAGGIO INTEGRATO DELLE SEZIONI DEL PIAO

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

Monitoraggio integrato:

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

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

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

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

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

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

d) MONITORAGGIO RELATIVO AL LAVORO AGILE

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

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

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

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

ELENCO ALLEGATI

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

ALLEGATO 2 – ELENCO UPGRADE PER CIASCUNA SEDE AZIENDALE

ALLEGATO 3 – CODICE ETICO COMPORTAMENTALE

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

ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITA'

ALLEGATO 6 – REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEL LAVORO IN MODALITA' AGILE (*SMART-WORKING*)

ALLEGATO 7 - LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN *SMART-WORKING*

ALLEGATO 8 - ORGANIGRAMMA

ALLEGATO 9 - PIANO FORMAZIONE AZIENDALE 2025-2026

Sommario

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

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

1.1. Definizioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Campo di applicazione

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

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

1.4. Utilizzo dei dispositivi aziendali

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

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

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

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

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

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

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

1.5. Titolarità dei device e dei dati

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

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

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

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

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

1.6. Restituzione dei device

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

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

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

1.7. Esclusione all'uso degli strumenti informatici

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

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

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

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

2. SEZIONE II – Credenziali

2.1. Le credenziali di autenticazione

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

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

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

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

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

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

2.2. Le password

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

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

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

L'Azienda ha implementato alcuni meccanismi che permettono di aiutare e supportare gli utenti autorizzati in una corretta gestione delle password definendo, laddove tecnicamente possibile, una lunghezza minima delle password, la loro complessità e le politiche di cambiamento delle stesse in funzione di quanto richiesto dalle normative vigenti.

È vietato trascrivere o memorizzare la password su supporti facilmente intercettabili da altre persone.

In qualsiasi momento, per motivi tecnici o di sicurezza, l'Azienda si riserva il diritto di revocare all'Incaricato il permesso di accedere ad un sistema hardware o software a cui era precedentemente autorizzato, rimuovendo il nome utente o modificando/cancellando la password ad esso associata, se possibile, previa comunicazione all'utente.

In particolare la password relativa ad un sistema può essere reimpostata dagli amministratori di sistema per le seguenti esigenze:

- Richiesta dell'utente per smarrimento/dimenticanza della password
- Richiesta di accesso al sistema con il profilo dell'utente per risoluzione di problematiche di carattere tecnico (es: malfunzionamento del software)
- Rischio imminente di compromissione dei dati per attacco informatico
- Richiesta dell'autorità giudiziaria
- Interventi urgenti a protezione della rete aziendale e del funzionamento dei sistemi

2.3. Regole per la corretta gestione delle password

L'Incaricato, per una corretta e sicura gestione delle proprie password deve rispettare le regole seguenti:

1. Obbligo di sostituire la password assegnata al primo accesso;
1. Le password sono assolutamente personali e non vanno mai comunicate ad altri;
2. Occorre sostituire immediatamente una password non appena si abbia il dubbio che sia diventata poco "sicura" indipendentemente dalla data dell'ultimo cambio;
3. Le password devono essere lunghe almeno 8 caratteri e devono soddisfare almeno 3 dei seguenti requisiti: contenere lettere minuscole, maiuscole, caratteri speciali (ad esempio: { } [], . < > ; : ! " £ \$ % & / () = ? A \ | ` * - + _) e numeri.
4. Le password non devono essere memorizzate su alcun tipo di supporto, quali, ad esempio, Post-It (sul monitor o sotto la tastiera) o agende (cartacee, posta elettronica, telefono cellulare);
5. Le password devono essere sostituite almeno ogni 90 giorni a prescindere dall'esistenza di un sistema automatico di richiesta di aggiornamento password;
6. Si raccomanda di non digitare la propria password in presenza di altri soggetti che possano vedere la tastiera, anche se collaboratori o dipendenti dell'Azienda;
7. In alcuni casi, sono implementati meccanismi che consentono all'autorizzato fino ad un numero limitato di tentativi errati di inserimento della password oltre ai quali il tentativo di accesso viene considerato un attacco al sistema e l'account viene bloccato.

8. La password ideale quindi deve essere complessa, senza alcun riferimento, ma facile da ricordare.

Al fine di una corretta gestione delle password, l'Azienda stabilisce il divieto di utilizzare come propria password:

1. Nome e/o cognome e loro parti;
2. Lo username assegnato;
3. Un indirizzo di posta elettronica (e-mail);
4. Parole comuni (in Inglese e in Italiano);
5. Date, mesi dell'anno e giorni della settimana, anche in lingua straniera;
6. Parole banali e/o di facile intuizione, ad es. pippo, password e palindromi (simmetria: radar);
7. Ripetizioni di sequenze di caratteri o numeri (es. abcabcabc 123456);
8. Password già impiegate in precedenza.

3. SEZIONE III - Operazioni a protezione della postazione di lavoro

In questa sezione vengono trattate le operazioni a carico dell'Incaricato e il quadro di riferimento generale per l'esecuzione di operazioni a protezione della propria postazione di lavoro, nel rispetto della sicurezza e dell'integrità del patrimonio aziendale.

3.1. Login e Logout

Il "Login" è l'operazione con la quale l'Incaricato si autentica all'interno della propria postazione di lavoro e si connette al sistema informatico aziendale o ad una parte di esso, dichiarando il proprio nome utente e password, aprendo una sessione di lavoro. In molti casi è necessario effettuare più login, tanti quanti sono gli ambienti di lavoro (ad es. applicativi web, intranet), ognuno dei quali richiede un username e una password.

Il "Logout" è l'operazione con cui viene chiusa la sessione di lavoro. Al termine dell'attività, tutte le applicazioni devono essere chiuse secondo le regole previste dall'applicazione stessa.

3.2. Obblighi

L'utilizzo dei dispositivi assegnati e la gestione dei dati ivi contenuti devono svolgersi nel rispetto della sicurezza e dell'integrità del patrimonio dati aziendale.

L'incaricato deve eseguire le operazioni seguenti:

1. Bloccare il suo dispositivo prima delle pause e, in generale, ogni qualvolta abbia bisogno di allontanarsi dalla propria postazione o in caso di prolungato inutilizzo dello stesso, preferibilmente impostando il logout automatico del Sistema Operativo;
2. Chiudere la sessione (Logout) alla fine del proprio turno di lavoro;
3. Controllare sempre che non vi siano persone non autorizzate che possano prendere visione delle schermate del device (soprattutto all'atto dell'inserimento delle password).

Le politiche di sicurezza aziendali prevedono comunque, dove possibile, la disattivazione automatica della sessione (blocco del device) dopo un determinato intervallo di inattività.

4. SEZIONE IV – Uso dei dispositivi dell'Azienda

4.1. Modalità d'uso del computer aziendale

Il sistema informatico aziendale è composto da un insieme di unità server centrali e

macchine client (Postazione di lavoro) connesse o meno ad una rete aziendale, comunque messe a disposizione dall'Azienda agli Incaricati per lo svolgimento dei compiti istituzionali affidati e che utilizzano diversi sistemi operativi e applicativi.

Il contenuto di tutti i dischi o di altre unità di memorizzazione locali (es. disco C: D: interni al PC) non è soggetto a salvataggio da parte della U.O.C. Sistemi ICT. La responsabilità del salvataggio dei dati ivi contenuti è pertanto esclusivamente a carico del singolo utente

I file creati, elaborati o modificati sul device assegnato e di cui risulta necessario assicurare l'integrità dei dati in caso di rottura del device stesso, devono essere salvati nei server aziendali messi a disposizione dall'Azienda. E' necessario prevedere il salvataggio dei dati con frequenza almeno settimanale. Per effettuare tale richiesta occorre aprire un ticket di supporto informatico.

Le cartelle condivise presenti nei server dell'Azienda sono aree di condivisione di informazioni strettamente professionali e non possono in alcun modo essere utilizzate per scopi diversi. Pertanto qualunque file che non sia legato all'attività lavorativa non può essere dislocato, nemmeno per brevi periodi, in queste unità. Si ricorda che tutti i dischi o altre unità di memorizzazione locali (es. disco C: interno PC) non sono soggette a salvataggio da parte del personale incaricato dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT. Tutti i documenti per cui si renda necessaria la garanzia della conservazione devono essere posizionati sui server o copiati sugli stessi periodicamente.

L'accesso alle cartelle e aree di condivisione aziendali deve avvenire esclusivamente con credenziali di accesso personali e, pertanto, ogni operazione di copia, cancellazione, visualizzazione e modifica può essere tracciata per risalire all'utente che l'ha effettuata. Non è consentito utilizzare aree di scambio per inviare/ricevere file se non autorizzate della U.O.C. Sistemi ICT e se non protette in lettura/scrittura con le opportune credenziali di accesso.

Il personale dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT può in qualunque momento procedere alla rimozione di ogni file o applicazione che riterrà essere pericolosi per la sicurezza sia sui personal computer degli incaricati sia sulle unità di rete.

Risulta opportuno che, con regolare periodicità (almeno ogni mese), ciascun utente provveda alla pulizia degli archivi, con cancellazione dei file obsoleti o inutili. Particolare attenzione deve essere prestata alla duplicazione dei dati, essendo infatti necessario evitare un'archiviazione ridondante in ossequio al principio della minimizzazione del trattamento dei dati.

4.2. Corretto utilizzo del computer aziendale

Il device consegnato all'incaricato è uno strumento di lavoro e contiene tutti i software necessari a svolgere le attività affidate. Ogni utilizzo non inerente all'attività lavorativa può contribuire ad innescare disservizi, rallentamenti del sistema, costi di manutenzione e, soprattutto, minacce alla sicurezza.

L'accesso all'elaboratore è protetto da password che deve essere custodita dall'incaricato con la massima diligenza e non divulgata. Previa comunicazione al dipendente, gli addetti all'assistenza tecnica informatica, potranno accedere ai computer, anche in remoto per attività di manutenzione, assistenza ed eventuale rimozione di software non autorizzato.

In particolare l'Incaricato deve adottare le seguenti misure:

1. Utilizzare solo ed esclusivamente le aree di archiviazione dati messe a disposizione dall'Azienda, senza pertanto creare altri file fuori di esse;
2. In caso di allontanamento anche temporaneo dalla postazione di lavoro (personal computer fisso o portatile), il dipendente non deve lasciare il sistema operativo aperto con la propria password inserita. Lasciare un PC incustodito connesso alla rete può essere infatti causa di utilizzo da parte di terzi senza che vi sia la possibilità di provarne in seguito l'indebito uso. Al fine di evitare che persone non autorizzate effettuino accessi non permessi, il dipendente deve attivare il salvaschermo con password o deve bloccare il computer (utilizzando i tasti CTRL+ALT+CANC);

3. Il personal computer deve sempre essere spento dall'utente al termine dell'orario di lavoro o in caso di assenze prolungate dall'ufficio. In caso di PC di reparto in cui lavorano più utenti in più turni differenti, si raccomanda di spegnere comunque il dispositivo, anche per breve tempo nelle ore notturne. L'accensione prolungata dei computer, soprattutto portatili, aumenta notevolmente l'usura e la possibilità che il sistema presenti problemi, blocchi o rallentamenti;
4. Installare sul computer esclusivamente i dispositivi di memorizzazione, comunicazione o altro (come ad esempio masterizzatori, access point WiFi, Hard Disk etc..), assegnati dall'Azienda;
5. Non dare accesso al proprio computer ad altri utenti, a meno che siano incaricati con cui si condivide l'utilizzo dello stesso computer o a meno di necessità stringenti e sotto il proprio costante controllo.

4.3. Divieti espressi sull'utilizzo dei computer

All'incaricato è **vietato**:

1. La gestione, la memorizzazione (anche temporanea) o il trattamento di file, documenti e/o informazioni personali dell'incaricato o comunque non afferenti alle attività lavorative in nessun strumento informatico aziendale.
2. Modificare le configurazioni già impostate sul personal computer.
3. Utilizzare e/o installare programmi e/o sistemi senza la preventiva autorizzazione dell'Azienda.
4. Installare alcun software, né alcuna versione diversa, anche più recente, rispetto alle applicazioni o al sistema operativo presenti sul personal computer consegnato. Né è, peraltro, consentito fare copia del software installato al fine di farne un uso personale.
5. Caricare sui dispositivi di memorizzazione messi a disposizione dall'Azienda alcun documento, gioco, file musicale o audiovisivo o immagine diversi da quelli necessari allo svolgimento delle mansioni affidate.
6. Aggiungere o collegare dispositivi hardware (ad esempio hard disk, driver, ecc.) o periferiche (telecamere, macchine fotografiche, smartphone, chiavi USB ecc.) diversi da quelli consegnati, senza l'autorizzazione espressa dell'Azienda.
7. Creare o diffondere, intenzionalmente o per negligenza, programmi idonei a danneggiare il sistema informatico dell'Azienda, quali per esempio virus, malware, trojan horses ecc.
8. Accedere, rivelare o utilizzare informazioni per le quali non si è autorizzati o comunque non necessarie per le mansioni svolte.
9. Effettuare in proprio attività manutentive.
10. Permettere attività manutentive da parte dei soggetti non espressamente autorizzati dell'Azienda.

4.4. Antivirus

I virus possono essere trasmessi tramite scambio di file via internet, via mail, scambio di supporti removibili, file sharing, chat ecc.

L'Azienda impone su tutte le postazioni di lavoro l'utilizzo di un sistema antivirus correttamente installato, attivato continuamente e aggiornato automaticamente con frequenza almeno quotidiana.

L'incaricato, da parte sua, deve rispettare le regole seguenti:

1. È vietato disattivare l'antivirus senza l'autorizzazione espressa dell'Azienda;

2. Porre massima attenzione alle e-mail di dubbia provenienza evitando di aprirne gli allegati e segnalarle tempestivamente all'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT.
3. Non utilizzare chiavette USB personali sui personal computer aziendali, se non strettamente necessario all'attività lavorativa e previa scansione con antivirus, in quanto possono essere veicolo di virus che vengono così introdotti nella rete aziendale.

E' necessario contattare l'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT prima di procedere a qualsiasi attività potenzialmente in conflitto con quanto sopra ed anche qualora si sospetti che il device assegnato risulti infettato da un virus informatico (ad esempio perché presenta un comportamento anomalo).

5. SEZIONE V – Rete locale aziendale

La rete aziendale è una risorsa a disposizione di tutti gli utenti ed è l'infrastruttura critica per l'erogazione di tutti i servizi informatici e di telecomunicazione (compresa la telefonia fissa).

Un corretto utilizzo di questa risorsa da parte di tutti gli utenti contribuisce al buon funzionamento dei servizi erogati.

Per questo motivo è fatto divieto di collegare alla rete aziendale (rete cablata o rete Wi-Fi) dispositivi personali o computer non assegnati dal competente servizio aziendale, salvo motivata richiesta da parte del Dirigente responsabile del richiedente ed autorizzazione da parte dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT.

Gli armadi di rete contengono apparati fondamentali che distribuiscono le informazioni sulla rete informatica fisica dell'Azienda. E' proibito a chiunque, escluso il personale della U.O.C. Sistemi ICT o personale da essa autorizzato, l'accesso agli armadi di rete, la modifica delle connessioni o la manomissione di qualunque impianto o cavo vi sia contenuto.

In caso di malfunzionamenti è necessario, per il personale tecnico, poter accedere agli apparati tempestivamente. E' quindi vietato depositare materiale nelle vicinanze degli armadi di rete e nel raggio d'azione della porta di accesso all'armadio, con particolare riferimento a sostanze infiammabili.

E' responsabilità di ogni utente prestare attenzione a non alterare le connessioni a muro e i cavi che le collegano ai PC con sedie e arredi.

6. SEZIONE VI – Internet

6.1. Internet è uno strumento di lavoro

La connessione alla rete internet dal device avuto in dotazione è ammessa esclusivamente per motivi attinenti allo svolgimento dell'attività lavorativa.

6.2. Misure preventive per ridurre navigazioni illecite

L'Azienda adotta idonee misure tecniche preventive volte a ridurre navigazioni a siti non correlati all'attività lavorativa attraverso filtri e black list (liste di siti vietati).

6.3. Divieti espressi concernenti Internet

E' fatto espresso divieto all'incaricato:

1. di accedere a siti internet che abbiano un contenuto contrario a norme di legge e a norme a tutela dell'ordine pubblico, rilevante ai fini della realizzazione di una fattispecie di reato o che siano in qualche modo discriminatori sulla base della razza, dell'origine etnica, del colore della pelle, della fede religiosa, dell'età, del sesso, della cittadinanza,

dello stato civile.

2. di salvare o installare sul proprio device programmi o archivi informatici (anche gratuiti) prelevati da siti internet o da strumenti peer to peer.
3. l'utilizzo di dispositivi personali di accesso alla rete quali modem, router 3G/4G/5G ecc. se non nei casi espressamente e formalmente autorizzati della U.O.C. Sistemi ICT.
4. l'effettuazione di ogni genere di transazione finanziaria ivi comprese le operazioni di remote banking, acquisti on-line, mining di cripto valuta e simili salvo i casi direttamente autorizzati dall'Azienda e con il rispetto delle normali procedure di acquisto.
5. ogni forma di registrazione e accesso a siti i cui contenuti non siano legati all'attività lavorativa.
6. l'utilizzo dei social network, se non espressamente autorizzati, la partecipazione a forum non professionali, l'utilizzo di chat line, di bacheche elettroniche o partecipare a gruppi di discussione o lasciare commenti ad articoli o iscriversi a mailing list spendendo il marchio o la denominazione dell'Ente, salvo specifica autorizzazione dell'Ente stesso.
7. la navigazione nei siti con contenuti pornografici e pedo-pornografici. È vietata la navigazione nei siti di giochi online.
8. la memorizzazione di documenti informatici di natura oltraggiosa, diffamatoria e/o discriminatoria per sesso, lingua, religione, razza, origine etnica, opinione e appartenenza sindacale e/o politica.
9. accedere dall'esterno alla rete interna dell'Azienda, salvo con le specifiche procedure previste dall'Azienda stessa.
10. creare siti web personali sui sistemi dell'Azienda nonché acquistare beni o servizi su Internet a meno che l'articolo acquistato non sia stato approvato a titolo di spesa professionale.

L'Azienda al fine di rinforzare tali divieti utilizza degli strumenti informatici a protezione delle risorse aziendali.

Ogni eventuale utilizzo illegittimo di Internet, è posto sotto la personale responsabilità dell'Incaricato inadempiente. A seguito di ripetute e significative anomalie, l'Azienda può svolgere verifiche sui dati inerenti l'accesso alla rete dei propri dipendenti. Le navigazioni saranno tracciate e conservate per il tempo strettamente limitato al perseguimento delle suddette finalità.

6.4. Divieti di manomissione dei sistemi di sicurezza

È vietato accedere ai siti internet mediante azioni inibenti dei filtri, sabotando o comunque superando o tentando di superare o disabilitando i sistemi adottati dall'Azienda per bloccare accessi non conformi. In ogni caso è vietato utilizzare software o altri strumenti che consentano la navigazione anonima o di bypassare tali filtri.

6.5. Diritto d'autore

È vietato utilizzare l'accesso ad Internet in violazione delle norme in vigore nell'ordinamento giuridico italiano a tutela del diritto d'autore (es. legge 22 aprile 1941, n. 633 e successive modificazioni, d.lgs. 6 maggio 1999, n. 169 e legge 18 agosto 2000, n. 245). In particolare, è vietato il download di materiale soggetto a copyright (software, testi, immagini, musica, filmati, file in genere).

7. SEZIONE VII – Posta elettronica

7.1. La Posta Elettronica

L'utilizzo della posta elettronica aziendale è connesso allo svolgimento dell'attività lavorativa.

È fatto divieto di utilizzare le caselle di posta elettronica aziendali per motivi diversi da quelli strettamente legati all'attività Istituzionali. In questo senso, a titolo puramente esemplificativo, l'utente non potrà utilizzare la posta elettronica per:

- l'invio e/o il ricevimento di allegati contenenti fotografie, filmati o brani musicali (es.mp3) non legati all'attività lavorativa;
- l'invio e/o il ricevimento di messaggi personali o per la partecipazione a dibattiti, aste on line, concorsi, forum o mailing-list, catene telematiche, ecc. non legati all'attività lavorativa;
- Utilizzare l'indirizzo e-mail aziendale per iscriversi a siti non attinenti alle attività istituzionali;+
- l'invio di dati particolari (sensibili), ad esempio dati sanitari, nei casi in cui questo sia eccedente o non necessario;

Nei casi in cui, per esigenze lavorative, sia necessario l'invio di dati sensibili attraverso la posta elettronica a caselle esterne all'azienda (es. comunicazioni a Distretti, RSA o MMG), l'interessato deve essere in ogni caso informato e consapevole delle ragioni di tale comunicazione. La trasmissione deve avvenire comunque in sicurezza (es. cifratura dei dati), per cui la U.O.C. Sistemi ICT può fornire il supporto necessario.

La casella di posta deve essere mantenuta in ordine, cancellando documenti inutili e soprattutto allegati di dimensioni rilevanti.

Prima di aprire i file allegati ai messaggi di posta elettronica, è necessario identificare il mittente e porre particolare attenzione alla tipologia del file stesso, in caso in cui non si conosca il mittente è consigliabile contattare il supporto informatico per una ulteriore verifica. Ciò al fine di evitare infezioni da virus, compromissione della propria postazione di lavoro, perdita di dati sensibili, ecc. Non si dovrà in alcun caso procedere all'apertura degli allegati a tali messaggi, questo per evitare l'infezione da virus informatici.

In tutti i casi sospetti, invece di aprire o cancellare i messaggi di posta, si raccomanda di avvisare tempestivamente i tecnici della U.O.C. Sistemi ICT i quali, grazie all'accordo tra Azienda sanitaria e Polizia Postale, possono procedere ai controlli necessari ad identificarne la provenienza e mettere in sicurezza i sistemi da eventuali ulteriori messaggi dannosi dello stesso tipo.

Al fine di garantire la funzionalità del servizio di posta elettronica aziendale e di ridurre al minimo l'accesso ai dati, nel rispetto del principio di necessità e di proporzionalità, il sistema, in caso di assenze programmate (ad es. per ferie o attività di lavoro fuori sede dell'assegnatario della casella) invierà automaticamente messaggi di risposta contenenti le "coordinate" di posta elettronica di un altro soggetto o altre utili modalità di contatto del Servizio di appartenenza. Tale funzionalità deve essere attivata dall'utente.

Gli Incaricati, di norma, hanno in utilizzo indirizzi nominativi di posta elettronica strutturati con il format: nome.cognome@aslroma3.it

La casella di posta elettronica assegnata viene utilizzata dall'Azienda per l'invio di tutte le comunicazioni istituzionali ai propri dipendenti (circolari, informazioni, avvisi, convocazioni, attestati di partecipazione a corsi di formazione, ecc..). Gli utenti sono pertanto tenuti a controllarla periodicamente.

Le caselle e-mail possono essere assegnate con natura impersonale (con nomenclatura del tipo: info, amministrazione, fornitori, direttore, direttore sanitario). La nomenclatura sarà attribuita d'ufficio della U.O.C. Sistemi ICT su richiesta degli interessati e sulla base della

destinazione di utilizzo della casella. Queste caselle impersonali saranno in ogni caso assegnate ad una persona fisica, che sarà anche responsabile del corretto utilizzo delle stesse.

7.2. Divieti espressi

E' espressamente **vietato**:

1. Comunicare le proprie informazioni personali o codici di accesso (nome utente e password) in risposta a richieste pervenute via e-mail (phishing).
2. Utilizzare l'indirizzo di posta elettronica contenente il dominio dell'Azienda per iscriversi in qualsivoglia sito per motivi non attinenti all'attività lavorativa, senza espressa autorizzazione scritta dell'Azienda, nonché utilizzare il dominio dell'Azienda per scopi personali.
3. Creare, archiviare o spedire, anche solo all'interno della rete aziendale, messaggi pubblicitari o promozionali o comunque allegati (filmati, immagini, musica o altro) non connessi con lo svolgimento della propria attività lavorativa, nonché partecipare a richieste, petizioni, mailing di massa di qualunque contenuto, "catene di Sant'Antonio" o in genere a pubblici dibattiti utilizzando l'indirizzo aziendale.
4. Trasmettere messaggi a tutti i dipendenti senza l'autorizzazione necessaria.
5. Sollecitare donazioni di beneficenza, propaganda elettorale o altre voci non legate al lavoro.
6. Simulare l'identità di un altro utente, ovvero utilizzare credenziali di posta, non proprie, per l'invio di messaggi.
7. Inviare, tramite la posta elettronica, anche all'interno della rete aziendale, materiale a contenuto violento, sessuale o comunque offensivo dei principi di dignità personale, di libertà religiosa, di libertà sessuale o di manifestazione del pensiero, anche politico.

7.3. Posta Elettronica in caso di assenze o cessazione

Ciascun assegnatario di un account di posta elettronica aziendale, dovrà, in caso di assenza prolungata dal servizio, attivare la funzione di risposta automatica presente nel programma di gestione della posta elettronica aziendale.

In tutti i casi in cui sia necessario un presidio della casella di e-mail per ragioni di operatività aziendale, l'assegnatario deve richiedere alla U.O.C. Sistemi ICT la configurazione dell'inoltro automatico ad altra casella di posta elettronica aziendale.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro o contrattuale con l'Azienda, la casella di posta verrà immediatamente disattivata e successivamente eliminata (compresi tutti i messaggi in essa contenuti) da tutti i sistemi aziendali, entro 6 mesi dalla comunicazione della cessazione del rapporto di lavoro.

Eventuali dati personali contenuti nei messaggi di posta elettronica vanno salvati dall'utente prima della cessazione del rapporto di lavoro.

In caso di prolungata assenza imprevista o imprevedibile dell'Incaricato, (per indifferibili esigenze esclusivamente correlate alla attività lavorativa), l'Azienda potrà accedere alla casella di posta elettronica dell'incaricato solo qualora sia stata preventivamente rilasciata formale autorizzazione e nominato un fiduciario da parte dello stesso.

L'eventuale richiesta di accesso alla casella di posta elettronica dell'Incaricato, in caso di assenza prolungata ed imprevista e per documentate ed urgenti esigenze lavorative, deve essere fatta dal Responsabile dell'Incaricato al fiduciario.

Dell'accesso, che deve essere fatto in presenza del fiduciario, deve essere redatto un verbale che deve essere controfirmato da un amministratore di sistema (che attesta che l'accesso è stato effettuato nei termini richiesti) e dal fiduciario. Copia del verbale viene

trasmessa all'Incaricato.

8. **SEZIONE VIII – Uso di altri device (personal computer portatile, tablet, cellulare, smartphone ed altri dispositivi elettronici)**

8.1. L'utilizzo del notebook, tablet o smartphone.

Il computer portatile, il tablet e il cellulare (di seguito generalizzati in "dispositivi mobili") possono venire concessi in uso dall'Azienda agli Incaricati che durante gli spostamenti necessitano di disporre di archivi elettronici, supporti di automazione e/o di connessione alla rete dell'Azienda.

L'Incaricato è responsabile dei dispositivi mobili assegnatigli dall' Azienda e deve custodirli con diligenza sia durante gli spostamenti sia durante l'utilizzo nel luogo di lavoro, non lasciarlo incustodito o a vista dentro l'auto.

Ai dispositivi mobili si applicano le regole di utilizzo previste per i computer connessi in rete e comunque tutte le policy di sicurezza previste dall'Azienda.

I dispositivi mobili che permettono l'attivazione di una procedura di protezione (PIN) devono sempre essere abilitabili solo con la digitazione del PIN stesso e non possono essere lasciati privi di PIN.

L'incaricato dovrà provvedere a trasferire tutti i files creati o modificati sui dispositivi mobili sulle memorie di massa aziendali al rientro in ufficio e cancellarli in modo definitivo dai dispositivi mobili. Sui dispositivi mobili è vietato installare applicazioni (anche gratuite) se non espressamente autorizzate dall'Azienda. In caso di smarrimento o furto dei dispositivi mobili deve far seguito la denuncia alle autorità competenti. Allo scopo si deve avvisare immediatamente l'Azienda che provvederà - se del caso - ad occuparsi delle procedure connesse alla tutela dei dati.

L'incaricato è tenuto comunque alla rimozione di eventuali file elaborati sui dispositivi mobili prima della riconsegna del bene.

8.2. Memorie esterne (chiavi usb, hard disk, memory card, cd-rom, dvd, ecc.)

Agli Incaricati può essere assegnata una memoria esterna solo in casi di effettiva e motivata necessità.

Questi dispositivi devono essere gestiti con le stesse accortezze di cui all'articolo precedente e devono essere utilizzati esclusivamente dalle persone a cui sono state affidate e, in nessun caso, devono essere consegnate a terzi.

1. I supporti di memorizzazione rimovibili contenenti dati sensibili o giudiziari, se non più utilizzati, devono essere distrutti o resi inutilizzabili, ovvero possono essere riutilizzati da altri utenti, solo se le informazioni precedentemente in essi contenute non sono intelligibili e tecnicamente in alcun modo ricostruibili.
2. I supporti di memorizzazione rimovibili contenenti dati sensibili e/o giudiziari devono essere custoditi in idonei archivi chiusi a chiave, a cura dell'utente che li gestisce abitualmente, e sotto sua diretta ed esclusiva responsabilità.
3. L'utente è responsabile della custodia dei supporti e dei dati aziendali in essi contenuti.

Qualora le memorie esterne utilizzate per ragioni legate all'attività lavorativa contengano dati particolari (sensibili) è responsabilità del possessore averne custodia e cancellarne il contenuto appena possibile. Sarebbe preferibile cifrare il contenuto in maniera tale che lo smarrimento accidentale della memoria non comporti il rischio di diffusione dei dati in essa contenuti.

8.3. Device personali

Ai dipendenti non è permesso svolgere la loro attività lavorativa con strumentazione personale (PC fissi, portatili, tablet, smartphone) connessa alla rete aziendale.

Gli Incaricati non dipendenti (ovvero i consulenti, collaboratori esterni e fornitori), possono utilizzare i propri device personali per memorizzare dati inerenti l'attività dell'Azienda solo se espressamente autorizzati dall'Azienda stessa e assumendone formalmente e personalmente l'intera responsabilità del trattamento.

Tali device dovranno essere preventivamente valutati dall'ente, per la verifica della sussistenza di misure minime ed idonee di sicurezza. A tale fine della U.O.C. Sistemi ICT predispone un documento contenente i requisiti minimi di sicurezza che dovrà essere consegnato all'incaricato prima dell'inizio del trattamento dei dati stessi. L'incaricato non dipendente deve richiedere della U.O.C. Sistemi ICT l'autorizzazione all'utilizzo dei device personali in assenza della quale l'utilizzo deve considerarsi vietato.

8.4. Distruzione dei Device

Ogni Device ed ogni memoria esterna affidati agli incaricati, (computer, notebook, tablet, smartphone, memory card, chiavi usb, hard disk, dvd, cd-rom, ecc.), al termine del loro utilizzo dovranno essere restituiti all'Azienda che provvederà a distruggerli o a ricondizionarli seguendo le norme di legge in vigore al momento.

In particolare l'Azienda provvederà a cancellare o a rendere inintelligibili i dati negli stessi memorizzati.

E' responsabilità dell'incaricato salvare eventuali dati personali contenuti nel device prima della riconsegna dello stesso della U.O.C. Sistemi ICT. L'Azienda non potrà essere ritenuta responsabile per la perdita di dati personali contenuti in device aziendali.

9. SEZIONE IX – Sistemi in cloud

Utilizzare un servizio di cloud computing per memorizzare dati personali o sensibili, espone l'Azienda a potenziali problemi di violazione delle regole sulla riservatezza dei dati personali.

E' vietato agli incaricati l'utilizzo di sistemi cloud (es. Dropbox, Google Drive, Microsoft OneDrive, Apple iCloud, etc.) non espressamente approvati dall'Azienda, in particolare è vietato condividere o registrare su sistemi cloud dati sanitari.

L'Azienda si riserva di identificare tecnologie e/o servizi cloud conformi alla normativa in materia di trattamento dei dati personali da mettere a disposizione degli Incaricati.

10. SEZIONE X – VPN

L'Azienda permette di accedere alla propria infrastruttura tecnologica, mediante canali di comunicazione protetti **VPN** (*Virtual Private Network*), a determinate categorie di utenti previa valutazione della richiesta e/o di accordi contrattuali.

Per accedere all'infrastruttura, ogni Utente VPN per ottenere le credenziali/abilitazioni necessarie, dovrà compilare in ogni sua parte e sottoscrivere un modulo messo a disposizione dalla U.O.C. Sistemi ICT. Lo stesso modulo dovrà essere validato per l'autorizzazione dal proprio Dirigente di struttura.

In particolare dovranno essere specificate le motivazioni per le quali si può richiedere un accesso dall'esterno in VPN:

- reperibilità tecnica
- firma atti (dirigenti apicali)

- attività sanitarie effettuabili a distanza specificamente autorizzate dal Direttore Sanitario

Possono accedere all'infrastruttura tecnologica tramite VPN, gli utenti a cui sono state assegnate le credenziali di accesso personali, esclusivamente per il periodo di tempo necessario all'espletamento dei propri compiti.

11. SEZIONE XI – Applicazione e controllo

11.1. Il controllo

L'Azienda, in qualità di Titolare degli strumenti informatici, dei dati ivi contenuti e/o trattati, si riserva la facoltà di effettuare i controlli che ritiene opportuni, in conformità alla vigente normativa per le seguenti finalità:

1. Garantire il funzionamento dei sistemi e dei servizi informatici e di telecomunicazioni
2. Tutelare la sicurezza e preservare l'integrità degli strumenti informatici e dei dati;
3. Evitare che siano commessi illeciti o per esigenze di carattere difensivo anche preventivo;
4. Verificare la funzionalità del sistema e degli strumenti informatici.

Le attività di controllo potranno avvenire tramite monitoraggio, audit e/o ispezioni del sistema informatico e di tutti i device aziendali o comunque collegati alla rete aziendale. Per tali controlli l'Azienda si riserva di avvalersi anche di soggetti esterni.

Tutti i controlli saranno effettuati in conformità alla normativa vigente con particolare riferimento alla normativa in materia di trattamento dei dati e dello Statuto dei Lavoratori.

11.2. Modalità di verifica

Le attività sull'uso del servizio di accesso a internet e in generale dei servizi informatici più critici sono automaticamente conservate in registri informatici (comunemente chiamati file log) che riportano dettagli della navigazione, i siti e i documenti consultati e le operazioni verificatesi.

I file di log contengono tipicamente:

- Data ed ora dell'operazione effettuata
- Utente che ha effettuato l'operazione
- Tipologia dell'operazione effettuata
- Dati associati all'operazione effettuata

In applicazione di quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (GDPR), l'Azienda promuove ogni opportuna misura organizzativa e tecnologica volta a prevenire il rischio di utilizzi impropri e, comunque, a "minimizzare" l'uso di dati riferibili agli Incaricati e a tale scopo adotta, compatibilmente con le risorse disponibili, strumenti tecnici, organizzativi e fisici, volti a prevenire trattamenti illeciti sui dati trattati con strumenti informatici.

L'Azienda non adotta sistemi che determinano interferenza ingiustificata sui diritti e sulle libertà fondamentali di lavoratori, come pure di soggetti esterni che ricevono o inviano comunicazioni elettroniche di natura personale o privata.

In particolare eventuali sistemi atti a monitorare eventuali violazioni di legge o comportamenti anomali da parte degli Incaricati avvengono nel rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, con esclusione di registrazioni o verifiche con modalità sistematiche.

Qualora venga rilevato un non corretto utilizzo degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda da parte degli utenti, si procederà all'invio di un avviso all'utente ed al Responsabile del Servizio interessato. Sarà cura del Responsabile del Servizio interessato segnalare eventualmente l'evento all'Ufficio per i procedimenti disciplinari per l'adozione degli atti di rispettiva competenza. Per il personale Dirigente il comportamento verrà comunicato alla

11.3. Modalità di conservazione

I sistemi software sono stati programmati e configurati in modo da registrare nei log di sistema i dati relativi agli accessi ad internet, al traffico telematico ed alle operazioni effettuate sui sistemi informatici più critici per un arco temporale la cui durata sarà definita nel registro dei trattamenti in funzione delle caratteristiche tecniche degli apparati e dei sistemi disponibili.

Possono essere implementati tempi di conservazione più lunghi in relazione a:

1. esigenze tecniche o di sicurezza, valutate a cura della U.O.C. Sistemi ICT e documentate in forma scritta;
2. indispensabilità del dato rispetto all'esercizio o alla difesa di un diritto in sede giudiziaria;
3. obbligo di custodire o consegnare i dati per ottemperare ad una specifica richiesta dell'autorità giudiziaria o della polizia giudiziaria.

In questi casi, il trattamento dei dati personali è limitato alle sole informazioni indispensabili per perseguire finalità preventivamente determinate ed essere effettuato con logiche e forme di Azienda strettamente correlate agli obblighi, compiti e finalità già esplicitati.

L'accesso ai dati avviene attraverso le figure tecniche istituzionalmente autorizzate ed in possesso delle opportune credenziali di accesso (a titolo esemplificativo: amministratori di sistema, tecnici di società esterne contrattualizzate per servizi di assistenza e manutenzione).

12. SEZIONE XII – Validità e pubblicazione

12.1. Validità

Il presente Disciplinare ha validità a decorrere dalla data stabilita nella Delibera di adozione del Direttore Generale.

Con l'entrata in vigore del presente disciplinare tutte le disposizioni in precedenza adottate in materia, in qualsiasi forma comunicate, devono intendersi abrogate e sostituite dalle presenti. Copia del Disciplinare sarà pubblicata sulla rete Intranet aziendale.

L'Azienda promuove la conoscenza del presente Disciplinare da parte degli incaricati anche tramite apposite sessioni di formazione.

12.2. Pubblicazione

Il presente Disciplinare verrà pubblicato sulla intranet aziendale e diffuso a tutti i dipendenti ai sensi dell'art. 7 della legge 300/70 e del CCNL di settore.

			ALLEGATO 2	
SEDE EROGAZIONE CONNETTIVITA'	VEL. PRECEDENTE	VEL. ATTUALE	STATUS	DATA
Via del Trullo, 421 - Roma	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	06/2024
VIA PORTUENSE,571	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	06/2024
VIA ARTURO COLAUTTI,28/30	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	06/2024
Via Giovanni Volpato, 18 - Roma	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	06/2024
Via della Magliana, 856 - Roma	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	06/2024
VIA DEL POGGIO DI ACILIA,69/79	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
LARGO EMILIO QUADRELLI,5	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
VIA FEDERICO PAOLINI,34	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
Via dell'Imbrecciato, 71b - Roma	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
VIA GIORGIO GIORGIS,56	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
Via Antonio Forni, 39 - Roma	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
Via Vasco de Gama, 142 - Roma (SIAN)	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
VIA CRESCENZO DEL MONTE,13	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
Via Ramazzini, 15 - Roma	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
BORGO G.DA MONTESARCHIO,22 / L.go Girolamo da Montesarchio	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
VIA MARINO MAZZACURATI,23 VIA POGGIO VERDE 381	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
LARGO LUDOVICO QUARONI,4	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
VIA DELLA CONSOLATA,52	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
LARGO DELLO SPINARELLO,12/14	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
Via degli Orti, 10 - Fiumicino	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
Via delle Quinqueremi, 112 - Roma	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
VIA TAGASTE,6	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
Via Repubbliche Marinare, snc - Roma (ad. civico 118)	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
VIA VAIANO,53	40 MegaBit	1 GB	MIGRATA	07/2024
VIA VIRGINIA AGNELLI,22 --> 15	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	11/2024
Via Aurelia, 3060	40 MegaBit	1 GB	MIGRATA	08/2024
VIA DEL CASALETTO,400	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	08/2024
PINETAFREGENE-PRC	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	10/2024
VASCOGAMASPRESAL-PRC	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	10/2024
GENEROSA-PRC	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	11/2024
BRISSE-PRC	10 MegaBit	1 GB	MIGRATA	11/2024
VIA DEL POGGIO DI ACILIA,80	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	11/2024
FONTANILE PRC (loc. Testa Di Lepre)	5 MegaBit	5 MegaBit	DA MIGRARE	02/2025
PORTUENSE1397-PRC	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	01/2025
BELFANTI-PRC	5 MegaBit	1 GB	MIGRATA	12/2024
SALINE-PRC	20 MegaBit	1 GB	MIGRATA	11/2024
Via Casal Bernocchi, 73 - Roma CANALE INTERNET	1 G	1 GB	MIGRATA	11/2024
TOSCANELLI-SAGOSTINO (casa della salute)	40 MegaBit	40MegaBit	RANSAN	2 TRI. 2025
CPO	40 MegaBit	40MegaBit	RANSAN	3 TRI. 2025
GRASSI	1 G	STDO-8 - 1 G	RANSAN	2 TRI. 2025
ZUGNA-PRC	40 MegaBit	40MegaBit	ATT. SCAVI	2 TRI. 2025
SIRENE-PRC	20 MegaBit	20MegaBit	ATT. SCAVI	2 TRI. 2025
Via Repubbliche Marinare PROTESICA, snc - Roma (ad. civico 118)	20 MegaBit	STDO-8 - 1 G	ATT. SCAVI	2 TRI. 2025
Via Casal Bernocchi, 73 - Roma MPLS	1 G	STDO-8 - 1 G	RANSAN	3 TRI. 2025

CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE

ASL ROMA 3

ANNO 2025

CURA DI:

DR.SSA CRISTINA VIO

DR.SSA ANGELA DI SALVATORE

CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE ASL ROMA 3

1. PREMESSA

Ai sensi del comma 5 dell'art. 54 del decreto legislativo n. 165 del 2001, come sostituito dall'articolo 1, comma 44, della legge 6 novembre 2012, n. 190, le previsioni del presente Codice etico-comportamentale, qui di seguito denominato "codice", integrano e specificano quanto disposto dal DPR n. 62 del 16 aprile 2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" così come modificato dal D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023 che ha emanato il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

Il presente codice esprime gli impegni e le responsabilità etiche comportamentali nella conduzione delle attività fatte proprie dai collaboratori, a tutti i livelli, di questa Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA 3, di seguito denominata Azienda.

Il codice assume, come principi ispiratori, il rispetto della legge e della normativa vigente, nonché delle norme interne, in un quadro di integrità, correttezza e riservatezza.

Tali principi concorrono alla realizzazione di un modello organizzativo orientato al controllo preventivo nell'impegno congiunto di tutte le parti coinvolte.

L'Azienda, con il presente codice etico-comportamentale, intende regolamentare i seguenti ambiti:

- ❖ gli impegni aziendali,
- ❖ i criteri di condotta, verso ciascuna categoria, che forniscono le linee guida e le norme alle quali i collaboratori dell'Azienda sono tenuti ad attenersi per il rispetto dei principi generali e per prevenire il rischio di comportamenti non etici,
- ❖ le comunicazioni e i rapporti con gli utenti,
- ❖ le comunicazioni e i rapporti con i Terzi,
- ❖ i meccanismi e le modalità di attuazione che descrivono il metodo di controllo per l'osservanza del codice.

L' Azienda si impegna ad operare in piena conformità a quanto previsto nel Codice e a fare in modo che sia pienamente applicato da tutti i destinatari, affinché non commettano reati o illeciti che contrastino con l'interesse pubblico e/o danneggino l'immagine e la credibilità dell'Azienda medesima.

L'Azienda si impegna a non utilizzare strumenti di persuasione, di natura scientifica o di altro tipo, i cui contenuti siano ingannevoli o non veritieri.

L'Azienda si impegna a diffondere, ai destinatari, agli utenti, e ai terzi, i contenuti del Codice e a verificare che tutti i destinatari conoscano il codice e ne abbiano compreso il significato.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

La buona reputazione è una risorsa immateriale essenziale per l'Azienda. Favorisce gli investimenti delle istituzioni e dei partner, la fedeltà dei cittadini-utenti, l'attrazione delle migliori risorse umane e professionali. All'interno dell'organizzazione contribuisce a prendere e attuare decisioni senza tensioni e a migliorare il clima lavorativo.

Un clima lavorativo sereno contribuisce a sviluppare il senso di appartenenza all'Azienda.

Con l'adozione del presente Codice l'Azienda intende creare le condizioni per favorire un benessere lavorativo e consentire, quindi, a tutti coloro che lavorano per l'Azienda di sentirsi parte di un gruppo.

Le disposizioni del codice devono considerarsi valide nei confronti di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali (dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato, interinali, rapporti di lavoro flessibili, specializzandi, tirocinanti, volontari, collaboratori esterni ivi compresi consulenti, fornitori di beni e servizi, il personale a rapporto convenzionale) e che da ora in avanti vengono denominati "destinatari".

3. PRINCIPI GENERALI E REGOLE MORALI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Servizio Sanitario Nazionale sostengono la centralità dell'approccio globale alla persona malata introducendo il concetto di "umanizzazione dell'assistenza" che richiama il principio in forza del quale la "qualità dell'assistenza sanitaria dipende anche dalla persona che la presta". E' di tutta evidenza che nelle aziende sanitarie il rapporto operatore-utente si concretizza per le pregnanti esigenze di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni. Nella produzione di servizi alla persona il fattore umano è un elemento di importanza fondamentale che influisce direttamente sulla qualità e sulla quantità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione degli utenti.

Affinchè gli operatori possano svolgere in maniera adeguata il proprio lavoro l'Azienda promuove e tutela il benessere psico-fisico dei lavoratori attraverso la prevenzione di ogni comportamento connotabile come molestia, anche di carattere sessuale, mobbing, discriminazione e violenza.

Alla luce dei principi enunciati viene adottato il presente codice più adatto alla peculiarità delle diverse categorie di persone operanti all'interno di un'azienda sanitaria, considerate la specificità e la particolare delicatezza del servizio offerto, al fine di costruire un solido rapporto di fiducia e collaborazione tra i cittadini e l'Azienda.

L'Azienda non inizia o prosegue alcun rapporto con alcun destinatario interno o esterno che non si attiene al rispetto dei seguenti principi generali.

3.1 Onestà

1. Tutti i collaboratori, a qualunque titolo, dell'Azienda sono tenuti a rispettare, nello svolgimento delle loro mansioni la normativa e i regolamenti interni.
2. Nessuna evenienza, anche il perseguimento dell'interesse dell'Azienda, può giustificare una condotta non coerente con le norme previste dal presente codice e con la normativa vigente.
3. Il destinatario, nell'esercizio della propria attività di servizio, si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere, direttamente o indirettamente interessi finanziari o non finanziari propri o del coniuge ovvero di suoi parenti entro il quarto grado o conviventi.
4. Nei confronti delle ditte concorrenti a gare d'appalto o fornitura, il destinatario non segue comportamenti collusivi di qualsiasi natura o forma e si attiene unicamente al rispetto delle leggi vigenti e delle corrette pratiche commerciali.

3.2 Trasparenza

1. Tutte le operazioni devono avvenire nel rispetto della massima trasparenza, correttezza, chiarezza e completezza: ogni operazione deve essere legittima, coerente e congrua, supportata da adeguata documentazione al fine di poter procedere ad opportuni controlli finalizzati alla tracciabilità del processo e delle responsabilità.
2. Tutti i destinatari sono tenuti a dare informazioni complete, trasparenti, comprensibili ed accurate, in modo tale che, nell'impostare i rapporti con l'Azienda, i portatori di interessi (destinatari, utenti, terzi) siano in grado di prendere decisioni autonome e consapevoli degli interessi coinvolti, delle alternative e delle conseguenze rilevanti.

3.3 Correttezza

1. Devono essere assolutamente evitati conflitti di interesse, sia di collaboratori che si avvantaggino personalmente attraverso opportunità offerte dal proprio ruolo nell'Azienda, sia di fornitori che agiscano in contrasto con gli interessi della stessa.
2. In materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e di incarichi, l'Azienda si attiene alle Discipline contenute nell'art. 53 D.Lgs.

165/2001 e s.m.i., fatte salve le eccezioni stabilite da fonti normative o contrattuali.

3. Il destinatario non può assumere altro impiego pubblico o privato né esercitare attività industriali, commerciali, artigianali; non può, inoltre, svolgere attività lavorative che comportino conflitto d'interesse con l'Azienda.

Sono ritenute per tale motivo incompatibili, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le attività svolte:

- presso ditte fornitrici dell'Azienda,
- a favore di soggetti nei confronti dei quali l'Azienda svolge funzioni di controllo o sorveglianza,
- in collaborazione con studi di consulenza e professionisti che abbiano o meno rapporti di lavoro in corso con l'Azienda.

3.4 Imparzialità

1. In tutti gli ambiti di attività (gestione del personale, selezione dei fornitori, ecc) l'Azienda non discrimina i propri interlocutori in base a sesso, età, credenze politiche e religiose, nazionalità, razza, stato di salute, sessualità, ecc. Nei rapporti con gli utenti il destinatario fornisce tutte le informazioni cui abbia titolo nel rispetto delle disposizioni in materia di accesso all'attività amministrativa, previste dalla L. 241/1990 e dai regolamenti aziendali (nonché nel rispetto delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2001, assicurando, nell'adempimento della propria attività, la parità di trattamento tra gli utenti che vengono in contatto con l'Azienda.

3.5 Tutela della privacy

1. Le informazioni che hanno carattere di riservatezza, relative a dati o conoscenze che appartengono all'Azienda non devono essere acquisite o comunicate se non dalle persone autorizzate, generalmente o specificatamente.

2. Inoltre, anche nel rispetto della legislazione a tutela della privacy (D. Lgs 196/2003 e s.m.i.), i dipendenti devono impegnarsi a proteggere le informazioni generate o acquisite e ad evitarne ogni uso improprio o non autorizzato.

3. L'Azienda ha approvato il documento programmatico sulla sicurezza, che contiene una ricognizione di tutti gli archivi cartacei ed informatici delle strutture afferenti alla stessa, con l'indicazione delle misure di tutela e sicurezza adottate per la conservazione dei dati sensibili.

3.6 Il whistleblower (segnalante) e tutela del whistleblowing (segnalazione)

1. L'Azienda ha approvato il "Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblower)".

2. Il whistleblower (segnalante) è chi testimonia un illecito o una irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni e decide di segnalarlo.

3. La segnalazione (whistleblowing) può essere inoltrata al responsabile dell'anticorruzione all'indirizzo di posta elettronica: *amministrazione.trasparente@aslroma3.it*.

4. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, il segnalante non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

5. Inoltre, qualora dalla segnalazione scaturisca un procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione di addebito sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile alla difesa.

4. NORME DI COMPORTAMENTO

4.1 Principi generali

1. Il destinatario osserva la Costituzione, servendo la Nazione e l'Azienda con disciplina ed onore e conformando la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa.

2. Il destinatario fa propri i valori fondamentali riconosciuti nella Carta Europea dei diritti del malato e che costituiscono l'essenza del rapporto di fedeltà e diligenza impegnandosi a:

- a) prestare la propria opera professionale per garantire al paziente servizi appropriati al suo bisogno di salute personalizzandone, laddove possibile, il piano clinico assistenziale;
- b) fornire per il proprio ambito di competenza ogni utile informazione inerente lo stato di salute, i servizi sanitari disponibili e come utilizzarli, nonché sulle innovazioni tecnologiche che la ricerca scientifica rende disponibili;
- c) informare la persona che deve essere sottoposta ad indagine e/o intervento sui rischi e i disagi associati, gli effetti collaterali e le alternative disponibili;
- d) riconoscere il diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della persona;
- e) non sottoporre nessuno a trattamenti degradanti;
- f) non operare nessun tipo di illegittima discriminazione basata sull'età, sul ceto sociale, sul sesso, sullo stato di salute, sulla nazionalità, sulla razza, sulle credenze religiose, opinioni politiche e stili di vita diversi;
- g) mantenere la riservatezza e la confidenzialità delle informazioni delle persone al fine di tutelarle da interferenze arbitrarie nella loro vita privata;
- h) rispettare gli standard qualitativi relativi alle prestazioni tecniche, di confort e di relazioni umane nel rispetto degli standard di qualità fissati dall'Azienda e dalle comunità scientifiche di riferimento;

- i) offrire servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza al fine di liberare la persona da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari e della malpractice;
- j) tutelare il diritto della persona di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia;
- k) attivare ogni utile iniziativa, anche investendo istituzioni esterne all'uopo preposte, atta a tutelare la persona che presenti fragilità sociali e/o familiari;
- l) tenere una condotta rispettosa delle fragilità, sensibilità e necessità dei pazienti fragili nonché della dignità della persona;
- m) accettare le responsabilità derivanti dalle azioni e dalle scelte operate;
- n) esercitare la funzione di advocacy al fine di promuovere e sostenere attivamente i diritti della persona;
- o) promuovere l'immagine dell'Azienda attraverso l'adozione di comportamenti, azioni ed appropriate modalità di comunicazione verbale e non verbale.

3. Il destinatario svolge i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui è titolare.

4. Il destinatario rispetta, altresì, i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi.

5. Il destinatario non usa a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio, evita situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine dell'Azienda. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per le finalità di interesse generale per le quali sono stati conferiti.

6. Il destinatario esercita i propri compiti orientando l'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi, che non pregiudichi la qualità dei risultati.

7. Il destinatario dimostra la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre pubbliche amministrazioni, assicurando lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati in qualsiasi forma anche telematica, nel rispetto della normativa vigente.

8. Il destinatario si adopera affinché l'immagine e il buon nome dell'Azienda siano sempre tutelate e per questo si esime dal rendere pubbliche dichiarazioni, anche sui social networks, offensive e denigratorie nei riguardi dell'Azienda medesima. In caso di grave nocumento all'immagine e al buon nome dell'Azienda, l'infrazione, qualora sia commessa da un dipendente, può comportare anche l'irrogazione della sanzione disciplinare del licenziamento senza preavviso, ai sensi della normativa vigente e delle regolamentazioni aziendali in materia.

9. Il destinatario non diffonde informazioni relative alle questioni interne dell'Azienda né comunica a terzi eventuali criticità e problematiche interne.

10. Allo stesso modo, il destinatario si astiene dal diffondere notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione all'attività e ai dipendenti dell'Azienda, notizie che danneggino l'immagine di quest'ultima o di colleghi/altri destinatari.

4.2 Utilizzo delle tecnologie informatiche.

1. L'Azienda, attraverso i propri responsabili di struttura, ha facoltà di svolgere gli accertamenti necessari e adottare ogni misura atta a garantire la sicurezza e la protezione dei sistemi informatici, delle informazioni e dei dati. Le modalità di svolgimento di tali accertamenti sono stabilite mediante linee guida adottate dall'Agenzia per l'Italia Digitale, sentito il Garante per la protezione dei dati personali. In caso di uso di dispositivi elettronici personali, trova applicazione l'articolo 12, comma 3-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

2. L'utilizzo di account istituzionali è consentito per i soli fini connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili e non può in alcun modo compromettere la sicurezza o la reputazione dell'Azienda. L'utilizzo di caselle di posta elettronica personali è di norma evitato per attività o comunicazioni afferenti il servizio, salvi i casi di forza maggiore dovuti a circostanze in cui il destinatario, per qualsiasi ragione, non possa accedere all'account istituzionale.

3. Il destinatario è responsabile del contenuto dei messaggi inviati. I destinatari si uniformano alle modalità di firma dei messaggi di posta elettronica di servizio individuate dall'Azienda. Ciascun messaggio in uscita deve consentire l'identificazione del mittente e deve indicare un recapito istituzionale al quale il medesimo è reperibile.

4. Al destinatario è consentito l'utilizzo degli strumenti informatici forniti dall'Azienda per poter assolvere alle incombenze personali senza doversi allontanare dalla sede di servizio, purché l'attività sia contenuta in tempi ristretti e senza alcun pregiudizio per i compiti istituzionali.

5. È vietato l'invio di messaggi di posta elettronica, all'interno o all'esterno dell'Azienda, che siano oltraggiosi, discriminatori o che possano essere in qualunque modo fonte di responsabilità dell'amministrazione.

4.3 Utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media.

1. Nell'utilizzo dei propri account di social media, il destinatario utilizza ogni cautela affinché le proprie opinioni o i propri giudizi su eventi, cose o persone, non siano in alcun modo attribuibili direttamente all'Azienda.

2. In ogni caso il destinatario è tenuto ad astenersi da qualsiasi intervento o commento che possa nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'Azienda.
3. Al fine di garantirne i necessari profili di riservatezza le comunicazioni, afferenti direttamente o indirettamente il servizio non si svolgono, di norma, attraverso conversazioni pubbliche mediante l'utilizzo di piattaforme digitali o social media. Sono escluse da tale limitazione le attività o le comunicazioni per le quali l'utilizzo dei social media risponde ad una esigenza di carattere istituzionale.
4. L'Azienda si doterà di una "social media policy" per ciascuna tipologia di piattaforma digitale, al fine di adeguare alle proprie specificità le disposizioni di cui all'art. 11 ter del DPR 62/2013. In particolare, la "social media policy" individuerà, graduandole in base al livello gerarchico e di responsabilità del destinatario, le condotte che possono danneggiare la reputazione dell'Azienda.
5. Fermi restando i casi di divieto previsti dalla legge, i destinatari non possono divulgare o diffondere per ragioni estranee al loro rapporto di lavoro con l'Azienda e in difformità alle disposizioni di cui al decreto legislativo 13 marzo 2013, n. 33, e alla legge 7 agosto 1990, n. 241, documenti, anche istruttori, e informazioni di cui essi abbiano la disponibilità.

4.4 Regali, compensi e altre utilità

1. Il destinatario non chiede, né sollecita, per sé o per altri, regali o altre utilità.
2. Il destinatario non accetta, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle consuetudini internazionali. In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il destinatario non chiede, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio, da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti l'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è, o sta per essere chiamato a svolgere, o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto.
3. Il destinatario non accetta, per sé o per altri, da un proprio subordinato, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore. Il destinatario non offre, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità a un proprio sovraordinato, salvo quelli d'uso di modico valore.
4. I regali e le utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente codice, a cura dello stesso destinatario cui siano pervenuti, sono immediatamente messi a disposizione dell'Azienda per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali.
5. Per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelle di valore non superiore a € 100,00, anche sotto forma di sconto.
6. Il destinatario non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

7. Il destinatario non abusa della propria posizione o funzione per ottenere un vantaggio di natura economica o non economica e/o un corrispettivo di qualsiasi natura da colleghi, utenti o terzi neanche al di fuori dello svolgimento di attività inerenti il proprio ufficio.

4.5 Partecipazioni ad associazioni e organizzazioni

1. Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il destinatario comunica tempestivamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. La presente disposizione non si applica per l'adesione a partiti politici o a sindacati.

2. Il destinatario non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, né esercita pressioni a tal fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

4.4 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interesse

1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il destinatario, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:

- a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui hanno avuto i predetti rapporti di collaborazione;
- b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

2. Il destinatario si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

4.6 Obbligo di astensione

1. Il destinatario si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi finanziari e non finanziari propri, ovvero dei suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia

amministratore o gerente o dirigente. Il destinatario si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

4.7 Divieto di fumo

Il destinatario rispetta il divieto di fumo nei locali dell'Azienda in considerazione della tutela della salute propria e degli altri colleghi.

4.8 Prevenzione della corruzione

Il destinatario rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il destinatario rispetta le prescrizioni contenute nel piano dell'Azienda per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.

4.9 Trasparenza e tracciabilità

1. Il destinatario assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.

2. La tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento la replicabilità.

4.10 Comportamento nei rapporti privati

Nei rapporti privati, comprese le relazioni extralavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, il destinatario non sfrutta, né menziona la posizione che ricopre nell'amministrazione per ottenere utilità che non gli spettino e non assume altro comportamento che possa nuocere all'immagine dell'Azienda.

4.11 Comportamento in servizio

1. Il destinatario, salvo giustificato motivo, è tenuto al compimento, senza ritardi, dell'attività e all'adozione di decisioni di propria spettanza; tale dovere è ovviamente ancor più pregnante per i dipendenti addetti all'assistenza e cura del paziente.

2. Il destinatario non adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.

3. Nell'espletamento della propria attività, il destinatario rispetta il lavoro altrui evitando comportamenti che possano ostacolare o rendere meno agevole l'attività dei colleghi, anche in caso di attriti e/o incomprensioni caratteriali.

4. Il destinatario è tenuto al rispetto delle disposizioni normative e aziendali in ogni ambito emanate, ad esempio:

- a) informare l'Azienda di essere stato rinviato a giudizio o che nei propri confronti è stata esercitata l'azione penale, quando per la particolare natura dei reati contestati si possono configurare situazioni di incompatibilità ambientale o di grave pregiudizio per l'Azienda;
- b) comunicare la variazione del domicilio/residenza;
- c) programmare le assenze di cui alla L. 104/92;
- d) registrare le assenze dovute al servizio esterno;
- e) consumare il pasto durante la pausa pranzo negli orari stabiliti;
- f) attestare le entrate e le uscite dalla struttura tramite lettore badge;
- g) regolarizzare tempestivamente il proprio cartellino presenze.

5. Il destinatario utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

6. Ferme restando le previsioni contrattuali, il destinatario limita le assenze dal luogo di lavoro a quelle strettamente necessarie.

7. Durante l'orario servizio il destinatario non può assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del proprio responsabile.

8. Il destinatario utilizza il materiale o le attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio e i servizi telematici e telefonici dell'ufficio nel rispetto dei vincoli posti dall'Azienda.

9. Il destinatario, ha l'obbligo di ricevere e riscontrare ogni comunicazione da parte di colleghi, superiori e uffici aziendali, salvo assenza giustificata dal servizio; in quest'ultimo caso dovrà provvedere appena rientrato in servizio.

10. Il destinatario non utilizza a fini privati il materiale (ad es. materiale sanitario, carta intestata, materiale di cancelleria, PC e fotocopiatrici o altre attrezzature) di cui dispone per l'espletamento dei compiti istituzionali, se non nei casi di urgenza o per effettive necessità personali.

11. Il personale che dispone di mezzi di trasporto dell'Azienda è tenuto ad utilizzarli esclusivamente per lo svolgimento dei compiti d'istituto e a non trasportare persone estranee all'Azienda medesima se non autorizzato; è inoltre tenuto alla cura diligente dei mezzi dell'Azienda.

12. Il destinatario, nel rispetto dei rapporti interpersonali con colleghi e utenti, è tenuto a comportarsi educatamente e quindi a titolo esemplificativo, si consiglia di:

- a) bussare sempre prima di entrare in ufficio se la porta è chiusa ed aspettare di

- essere invitati ad entrare prima di aprirla;
- b) salutare qualsiasi persona nuova che entra nel proprio ufficio e invitarla ad accomodarsi;
 - c) cercare di tenere buoni rapporti con tutti e accogliere con gentilezza e considerazione nuovi colleghi e utenti;
 - d) offrire spontaneamente il proprio aiuto ai colleghi che ne hanno bisogno e ringraziare per l'aiuto ricevuto;
 - e) se si ricevono telefonate di non competenza, mostrarsi disponibili a indirizzare l'interlocutore verso l'utenza corretta;
 - f) evitare di usare espressioni crude e volgari;
 - g) evitare i pettegolezzi, l'arroganza, le minacce e il sarcasmo;
 - h) utilizzare un abbigliamento consono al posto di lavoro;
 - i) rispettare l'osservanza delle norme di prevenzione e igiene della persona;
 - j) se si ascolta musica nel proprio ambiente di lavoro, mantenere un volume basso;
 - k) spegnere le luci, le attrezzature informatiche e chiudere le finestre, prima di lasciare l'ufficio, al termine della giornata di lavoro;
 - l) lasciare i servizi sanitari puliti dopo l'uso.

4.11.1 Particolari norme riguardanti il comportamento in servizio del personale addetto all'assistenza

1. Il personale addetto all'assistenza si occupa della persona, della famiglia e della collettività; presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

2. Fermo restando quanto indicato nei rispettivi codici deontologici delle professioni mediche e sanitarie, il personale addetto all'assistenza:

- a) rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito;
- b) collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe;
- c) mantiene, anche in situazioni disagiate, un comportamento cordiale e riguardoso dello stato di fragilità del paziente/degente.

4.11.2. Molestie e comportamenti discriminatori.

1. Tutti i destinatari hanno il dovere di:

- a) astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona;

- b) favorire la piena osservanza del presente codice etico;
- c) contribuire alla promozione ed al mantenimento di un ambiente e di un'organizzazione del lavoro conformi ai principi enunciati all'art. 3 e ss. del presente codice.

2. E' vietato approfittare della posizione di superiorità gerarchica per porre in essere atti o comportamenti molesti o discriminatori. L'Azienda assicura tutela e sostegno ai dipendenti in particolari situazioni di svantaggio personale, familiare e sociale.

Sulla base di quanto sopra esposto, sono sanzionati disciplinarmente i seguenti comportamenti:

- A. DISCRIMINAZIONE: ogni atto o comportamento indesiderato basato su genere, identità di genere, orientamento sessuale, etnia, cultura, lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politiche, appartenenza sindacale, disabilità, condizione sociale, familiare, che abbia l'effetto o lo scopo diretto o indiretto di produrre una disparità di trattamento lesiva della dignità;
- B. MOLESTIE: ogni atto o comportamento indesiderato avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo;
- C. MOLESTIE SESSUALI: è da considerarsi molestia sessuale ogni comportamento indesiderato a connotazione sessuale, espresso in forma fisica, verbale o non verbale avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo; sono da considerarsi come discriminazione anche i trattamenti meno favorevoli subiti dai lavoratori per il fatto di aver rifiutato i comportamenti sopra citati.

Sono da considerarsi molestie sessuali:

- a) comportamenti ed osservazioni verbali sessiste mirate a trasmettere atteggiamenti di ostilità, paternalistici, offensivi, che implicano una concezione inferiore dell'altro sesso o dell'orientamento sessuale della persona cui sono diretti;
- b) richiesta di favori sessuali e/o proposte indesiderate di prestazioni a contenuto sessuale rivolti ad una persona a prescindere dal sesso o orientamento sessuale;
- c) comportamenti inappropriati ed offensivi tesi ad ottenere contatti fisici non desiderati;
- d) comportamenti inappropriati ed offensivi tesi a proporre prestazioni sessuali, aggravati da minacce di sanzioni, di punizioni e di conseguenze negative sul lavoro, come pure dalla promessa di ricompensa e/o di vantaggi nell'ambito lavorativo;
- e) intimidazioni, minacce e ricatti subiti per aver respinto comportamenti finalizzati al rapporto sessuale;
- f) affissione o esposizione di materiale pornografico nei locali di lavoro, anche in formato elettronico;

- g) adozione di criteri sessisti in qualunque tipo di relazione interpersonale;
- D. MOLESTIE MORALI E VIOLENZE PSICOLOGICHE: ogni atto o comportamento che produca, anche in via indiretta, un effetto pregiudizievole alla dignità ed alla salute psico-fisica dei dipendenti nell'ambito dell'attività lavorativa. Si indicano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti comportamenti:
- a) umiliazioni e maltrattamenti verbali reiterati e persistenti;
 - b) sistematica delegittimazione di immagine e discredito negli ambienti di lavoro, anche di fronte a terzi;
 - c) atti e comportamenti aventi lo scopo o comunque l'effetto di discriminare e danneggiare i dipendenti nella carriera, status, assegnazione o rimozione da incarichi o mansioni;
 - d) immotivata esclusione o marginalizzazione della ordinaria comunicazione aziendale;
 - e) sottostima sistematica dei risultati, non giustificata da insufficiente rendimento o mancato assolvimento dei compiti assegnati;
- E. VIOLENZA SUL LAVORO: ogni "incidente" in cui il personale è abusato, minacciato o aggredito in circostanze relative al lavoro, incluso il pendolarismo da e verso il lavoro, con esplicite o implicite conseguenze su salute, sicurezza e benessere (OMS);
- F. MOBBING: ogni forma di violenza morale e/o psichica in occasione di lavoro caratterizzata da una serie di atti, atteggiamenti o comportamenti, diversi e ripetuti nel tempo in modo sistematico e abituale, aventi connotazioni aggressive, denigratorie e vessatorie tali da comportare un degrado delle condizioni di lavoro idonei a compromettere la salute o la dignità o la professionalità della persona o, addirittura, tali da escluderla dal contesto lavorativo di riferimento. Sono da considerarsi in tale ambito anche le forme di pressione psicologica esercitate sul luogo di lavoro con lo scopo di emarginare una persona fino a ledere la sua integrità psico-fisica. Tale fenomeno può attuarsi sia tra pari che in linea gerarchica;
- G. STRAINING: situazione di stress forzato sul posto di lavoro in cui la vittima subisce almeno un'azione che ha come conseguenza un effetto negativo nell'ambiente lavorativo, azione che oltre ad essere stressante è caratterizzata da una durata costante. La vittima si trova in situazione di inferiorità rispetto a chi attua lo straining;
- H. STALKING LAVORATIVO: molestie assillanti ovvero un insieme di comportamenti di sorveglianza e controllo, ripetuti, intrusivi, volti a ricercare un contatto con la vittima che risulta infastidita, preoccupata, spaventata e che può essere costretta a modificare lo stile di vita e può giungere a manifestare una sofferenza psichica conclamata.

4.11.3 Disposizioni particolari per i Dirigenti

1. Ferma restando l'applicazione delle disposizioni del Codice, le norme del presente punto si applicano a tutti i dirigenti, ivi compresi i titolari di incarico a tempo determinato.
2. Ai Dirigenti è riconosciuto un ruolo strategico dal punto di vista comportamentale per la costruzione di un ambiente di lavoro positivo che costituisce la più efficace forma di prevenzione in ordine a fenomeni corruttivi, illegali o comunque di cattiva gestione. I Dirigenti devono comunque vigilare sul rispetto delle norme in materia di incompatibilità dei propri collaboratori.
3. Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico stesso.
4. Il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica all'Azienda le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio. Il dirigente fornisce le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.
5. Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare, in termini di integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza; è imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i cittadini/utenti dell'azione amministrativa. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.
6. Il dirigente cura la crescita professionale dei collaboratori, favorendo le occasioni di formazione e promuovendo opportunità di sviluppo interne ed esterne alla struttura di cui è responsabile.
7. Il dirigente non abusa mai della propria posizione e/o funzione per ottenere utilità e/o prestazioni di qualsiasi natura, lavorativa e non lavorativa, finanziaria e non finanziaria dai propri collaboratori, da colleghi, utenti e terzi; parimenti si astiene dall'adottare comportamenti che possano essere lesivi per la dignità della persona abusando della propria posizione gerarchica e/o funzione nei confronti di utenti, colleghi e terzi.
8. Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, nonché di relazioni, interne ed esterne alla struttura, basate su una leale collaborazione e su una reciproca fiducia e assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali.

9. Il dirigente assegna l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione. Il dirigente affida gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.

10. Il dirigente attua la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni e i tempi prescritti misurando il raggiungimento dei risultati ed il comportamento organizzativo.

11. Il dirigente intraprende con tempestività le iniziative necessarie, ove venga a conoscenza di un illecito; attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione e provvede ad inoltrare tempestiva denuncia all'autorità giudiziaria penale o segnalazione alla Corte dei Conti per le rispettive competenze. Nel caso in cui riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rivelata la sua identità nel procedimento disciplinare, ai sensi del punto 3.6 del presente codice.

12. Il dirigente, nei limiti delle sue possibilità, evita che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi. Favorisce, inoltre, la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Azienda da parte di cittadini/utenti, nonché il senso di appartenenza da parte dei destinatari del presente codice.

13. Il dirigente deve vigilare sulla corretta presenza in servizio da parte dei propri dipendenti, segnalando tempestivamente all'U.P.D. le eventuali infrazioni, trattandosi di comportamenti di rilevante gravità.

14. Il dirigente vigila sulla corretta applicazione di quanto previsto nel punto 4.4 del presente codice (Regali, compensi e altre utilità).

15. Il Dirigente ha il dovere di favorire la prevenzione del mobbing, delle molestie sessuali o morali/psicologiche favorendo il diffondersi di corrette relazioni interpersonali tra lavoratori e lavoratrici. Il Dirigente ha il dovere di prevenire il verificarsi di condizioni di rischio per l'integrità psicofisica e la personalità morale dei dipendenti (mobbing, burnout e stress), riconsiderando tali fattori nella valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei dipendenti. Il Dirigente sostiene la persona che voglia reagire a qualsiasi forma di molestia, adottando un comportamento non omertoso, nonché fornendo chiarimenti e indicazioni sulle procedure da seguire.

4.12 Rapporti con il pubblico

1. Il destinatario in rapporto con il pubblico si fa riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del badge od altro supporto identificativo messo a disposizione dall'Azienda, salvo diverse disposizioni di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti.

2. Il destinatario opera con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, opera nella maniera più completa e accurata possibile e, in ogni caso, orientando il proprio

- comportamento alla soddisfazione dell'utente. Qualora non sia competente per posizione rivestita o per materia, indirizza l'interessato al funzionario o ufficio competente.
3. Il destinatario, fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità o il coordinamento.
 4. Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche il destinatario rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche.
 5. Il destinatario rispetta gli appuntamenti con i cittadini/assistiti e risponde senza ritardo ai loro reclami.
 6. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il destinatario si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda o che possano nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'Azienda stessa e della pubblica amministrazione in generale.
 7. Il destinatario opera al fine di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio.
 8. Il destinatario non assume impegni, né anticipa l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti. Fornisce informazioni e notizie relative ad atti o operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso, informando sempre gli interessati della possibilità di avvalersi dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Rilascia copie ed estratti di atti o documenti secondo la propria competenza, con le modalità stabilite dalle norme in materia di accesso e dai regolamenti dell'Azienda.
 9. Il destinatario osserva il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto oralmente di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o dalle disposizioni in materia di dati personali, informa il richiedente dei motivi che ostano all'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta, cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata all'ufficio competente dell'Azienda.
 10. L'Azienda si avvale di interpreti o di Destinatari con adeguate conoscenze linguistiche (es. mediatori linguistici/culturali), per assicurare adeguate informazioni anche agli utenti stranieri.
 11. I reclami da parte dei cittadini di eventuali violazioni del codice di comportamento, hanno rilevanza, non solo per l'adozione delle iniziative previste dalla legge, ma altresì per raccogliere ulteriori indicazioni ai fini dell'aggiornamento periodico del codice stesso. A tal fine, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico si raccorda con l'U.P.D. per la raccolta e la condivisione di tali segnalazioni.

5. CONTRATTI ED ALTRI ATTI NEGOZIALI

1. Per evidenti ragioni di conflitto di interessi è posto il divieto per il destinatario, nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Azienda, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, di ricorrere a mediazioni di terzi, di corrispondere o promettere ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, di facilitare la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente paragrafo non si applica ai casi in cui l'Amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale.

2. Il destinatario non conclude, per conto dell'Azienda, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c. Nel caso in cui l'Azienda concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali il destinatario abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, questi si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio.

3. Il destinatario che conclude accordi o negozi ovvero stipula contratti a titolo privato, ad eccezioni di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c., con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'Azienda, ne informa per iscritto il Dirigente dell'ufficio.

4. Se nelle situazioni descritte nel secondo e terzo paragrafo del presente punto si trova il dirigente, questi informa per iscritto il dirigente apicale responsabile della gestione del personale.

5. Il destinatario che riceva, da parte di persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'Azienda, rimostranze orali o scritte sull'operato dell'ufficio o su quello dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale.

6. CONCORSI PUBBLICI, SELEZIONI E PROGRESSIONI

1. Il reclutamento del personale deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di accesso all'impiego presso le pubbliche amministrazioni vigenti nel tempo.

2. Nell'espletamento di concorsi, selezioni e progressioni il Dirigente Responsabile della Struttura adibita a tale attività e il personale coinvolto garantiscono la correttezza, l'imparzialità, l'economicità e la celerità di espletamento, nonché parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro.

7. VIGILANZA, MONITORAGGIO E ATTIVITA' FORMATIVE

1. I dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e l'U.P.D. vigilano sull'applicazione del presente codice.
2. I dirigenti provvedono, inoltre, alla costante vigilanza sul rispetto del codice di comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla propria struttura, tenendo conto delle violazioni accertate e sanzionate, ai fini della tempestiva attivazione del procedimento disciplinare e della valutazione individuale del singolo destinatario.
3. Per quanto attiene al controllo sul rispetto del codice di comportamento da parte dei dirigenti, nonché alla mancata vigilanza da parte di questi ultimi sull'attuazione e sul rispetto del codice presso le strutture di cui sono titolari, esso è svolto dal soggetto sovraordinato che attribuisce gli obiettivi ai fini della misurazione e valutazione delle performance.
4. Le attività svolte ai sensi del presente articolo dall'U.P.D. si conformano alle eventuali previsioni contenute nei piani di prevenzione della corruzione adottati dall'Azienda ai sensi dell'art. 1, comma 2, della Legge 190/2012 e s.m.i.. L'U.P.D., oltre alle funzioni disciplinari di cui all'art. 55 bis e ss. del D. Lgs. 165/2001, cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'Azienda, l'esame delle segnalazioni di violazione del codice di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate. Il responsabile della prevenzione della corruzione cura la diffusione della conoscenza del codice di comportamento dell'Azienda, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'art. 54, comma 7, del D. Lgs. 165/2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'art. 1, comma 2, della legge 190/2012, dei risultati del monitoraggio. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dal presente articolo, l'U.P.D. opera in raccordo con il responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione.
5. Ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del codice di comportamento, l'U.P.D. può chiedere all'Autorità nazionale anticorruzione parere facoltativo secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012.
6. Ai destinatari sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano agli stessi di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti.
7. Le attività di cui al comma 6 includono anche cicli formativi sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico, da svolgersi obbligatoriamente, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità.

8. RESPONSABILITA' CONSEGUENTE ALLA VIOLAZIONE DEI DOVERI DEL CODICE

1. La violazione degli obblighi previsti dal codice di comportamento integra i comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni

contenute nel presente codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del destinatario, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, e ha rilevanza anche in ordine alla misurazione e valutazione della performance.

2. Le infrazioni al presente codice, accertate in sede disciplinare, determinano l'irrogazione di una sanzione tra quelle previste dalla normativa nazionale e contrattuale di categoria.

3. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'Azienda.

4. Nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni ed in relazione alla gravità della mancanza, il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sono determinati in relazione ai seguenti criteri:

- a) intenzionalità del comportamento;
- b) grado di negligenza dimostrata, tenuto anche conto della prevedibilità dell'evento;
- c) rilevanza dell'infrazione e dell'inosservanza degli obblighi e delle disposizioni violate;
- d) responsabilità connesse con l'incarico dirigenziale ricoperto, nonché con la gravità della lesione del prestigio dell'Azienda;
- e) entità del danno provocato a cose o a persone, ivi compresi gli utenti;
- f) eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al comportamento tenuto complessivamente dal dirigente o al concorso nella violazione di più persone.

5. Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

6. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi.

7. Chiunque venga a conoscenza di inadempienze al presente codice è tenuto a segnalarlo al Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza.

8. Il Dirigente Responsabile valuterà se l'inadempienza da perseguire ricade tra le infrazioni di minor gravità e in tal caso, seguendo le modalità dettate nei regolamenti aziendali vigenti in materia, attiverà tempestivamente il relativo procedimento disciplinare.

9. Qualora, invece, l'inadempienza segnalata attiene infrazioni di rilevante gravità, il Dirigente suddetto provvederà all'immediato invio degli atti all'U.P.D. che proseguirà con gli adempimenti di propria competenza.

10. Il mancato perseguimento dell'infrazione segnalata da parte del Dirigente Responsabile ricade nella fattispecie di cui ai CC.CC.NN.LL. e AA.CC.NN. vigenti.

11. Il presente codice etico comportamentale viene pubblicato sul sito aziendale e sul sito istituzionale nella parte dedicata “*amministrazione trasparente*”, al fine di darne massima diffusione e di mettere in tal modo i destinatari a conoscenza diretta e certa dei loro diritti e dei loro doveri, delle infrazioni e delle sanzioni ad essi collegati.

**REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE
EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI
(WHISTLEBLOWING)
2021/2023**

A cura di:

Dr.ssa Cristina Vio

Dr.ssa Chiara Colaiacomo

1. INQUADRAMENTO NORMATIVO

L'introduzione nell'ordinamento nazionale di un'adeguata tutela del dipendente (pubblico e privato) che segnala condotte illecite dall'interno dell'ambiente di lavoro è prevista in convenzioni internazionali (ONU, OCSE, Consiglio d'Europa) ratificate dall'Italia, oltre che in raccomandazioni dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, talvolta in modo vincolante, altre volte sotto forma di invito ad adempiere. La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" ha recepito tali sollecitazioni, sia pure limitatamente all'ambito della pubblica amministrazione, con la disposizione contenuta nell'art. 1, co. 51, che introduce, nel decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i., l'art. 54-bis il cui primo comma, *modificato dalla legge 30 novembre 2017, n. 179 in materia di whistleblowing*, recita: «Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.».

La stessa norma disciplina, poi, nei successivi commi:

- il divieto a rivelare il nome del segnalante nei procedimenti disciplinari (tutela

anonimato)

- il controllo del Dipartimento della Funzione Pubblica sui procedimenti disciplinari discriminatori (divieto di discriminazione)
- la sottrazione delle segnalazioni dal diritto di accesso di cui alla legge n. 241/90 e s.m.i.

2. DEFINIZIONE DI WHISTLEBLOWING/SEGNALAZIONE

Con la generica espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente che in ambito aziendale riferisce condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Attraverso la segnalazione, il whistleblower contribuisce all'emersione di situazioni di degenerazione e di malfunzionamenti del sistema interno alla singola gestione aziendale e inoltre, partecipa ad un processo di prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'Azienda Asl Roma 3.

3. PRINCIPI GENERALI E SCOPO DEL REGOLAMENTO

Con il presente Regolamento si intende tutelare il dipendente che segnala illeciti ed in particolare:

- chiarire i principi ispiratori dell'istituto e il ruolo del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) quale destinatario della segnalazione;
- precisare le modalità di gestione delle segnalazioni, attraverso un iter procedurale definito, che prevede termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria;
- dettagliare le modalità che verranno seguite per tutelare la riservatezza dell'identità del dipendente che effettua la segnalazione, del contenuto della segnalazione e dell'identità di eventuali soggetti indicati.

Il presente regolamento intende rimuovere i fattori che possono disincentivare o ostacolare il ricorso all'istituto, come ad esempio dubbi e incertezze circa le modalità da seguire e timori di ritorsioni o discriminazioni. L'obiettivo perseguito è, pertanto, quello di fornire al whistleblower chiare indicazioni operative in merito all'oggetto, ai contenuti, ai destinatari e

alle modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento. Il procedimento di gestione delle segnalazioni garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante sin dalla ricezione e in ogni contatto successivo alla stessa. Ciò, tuttavia, non significa che le segnalazioni siano anonime. Il dipendente che segnala illeciti è tenuto a dichiarare la propria identità al fine di vedersi garantita la tutela dell'istituto del whistleblowing.

Tuttavia, le segnalazioni anonime, ossia prive di elementi che consentano di identificare il loro autore, saranno ritenute meritevoli di approfondimento solo se relative a fatti di rilevante gravità ricostruiti in modo particolarmente dettagliato e circostanziato.

4. CONTENUTO E OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

4.1 IL CONTENUTO DELLA SEGNALAZIONE

Il whistleblower deve fornire tutti gli elementi utili affinché il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, figura identificata da ANAC quale destinatario precipuo della segnalazione, possa procedere alle verifiche ed agli accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti posti alla sua attenzione.

A tale scopo, la segnalazione deve preferibilmente contenere gli elementi di seguito indicati:

- identità del soggetto che effettua la segnalazione;
- descrizione chiara e completa dei fatti oggetto di segnalazione;
- le circostanze di tempo e di luogo in cui i fatti sono stati commessi, se conosciute;
- le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto/i che ha/hanno posto/i in essere i fatti segnalati, se conosciute;
- l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti;
- ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

4.2 OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Le condotte illecite oggetto di segnalazione meritevole di tutela si riferiscono anche alle situazioni in cui nel corso dell'attività amministrativa si riscontri l'abuso del potere affidato ad un soggetto per ottenere vantaggi privati, oppure casi in cui si evidenzi un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite (es.: sprechi, nepotismo, demansionamenti, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni).

Le condotte illecite segnalate devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza e quindi:

- quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito;
- notizie acquisite, anche casualmente, in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative;
- informazioni di cui il dipendente sia venuto comunque a conoscenza e che costituiscono fatto illecito.

Quanto ai fatti denunciati, è opportuno che il dipendente, in base alle proprie conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito nell'accezione sopra indicata, e pur non potendosi richiedere ai fini di un accertamento veri e propri elementi di prova, è altresì opportuno che le segnalazioni siano il più possibile circostanziate e offrano il maggior numero di elementi al fine di consentire di effettuare le dovute verifiche.

4.3. SEGNALAZIONI ANONIME

La tutela dell'anonimato, prevista dalla L. 190/2012, non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Il RPCT prenderà in considerazione anche le segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es.: indicazione di nominativi o qualifiche particolari,

menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari, ecc.).

4.4. VERIFICA DELLA SEGNALAZIONE

La gestione e la verifica sulla fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate al RPCT che vi provvede, nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza, effettuando ogni attività ritenuta opportuna. Qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti non manifestamente infondata, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, potrà provvedere a:

- inoltrare la segnalazione all'Autorità giudiziaria competente, alla Corte dei Conti, all'ANAC per i profili di rispettiva competenza;
- inoltrare la segnalazione a chi di competenza per i profili di responsabilità disciplinare.

Nel caso di trasmissione della segnalazione ai soggetti sovramenzionati dovrà essere inoltrato solo il contenuto della stessa, eliminando tutti i riferimenti dai quali sia possibile identificare il segnalante. La trasmissione avverrà avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da soggetto cui l'ordinamento riconosce una tutela rafforzata della riservatezza ai sensi dell'art. 54 bis D.Lgs. 165/2001 e s.m.i..

5. FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del codice civile e delle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo) l'identità del whistleblower viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione e può essere appresa unicamente dal RPCT. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento. Per quanto concerne, in particolare, l'ambito del procedimento disciplinare che potrebbe conseguire alla segnalazione, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nei casi in cui:

- vi sia il consenso espresso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare risulti fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante risulti assolutamente indispensabile alla difesa dell'incolpato, sempre che tale circostanza venga da quest'ultimo dedotta e comprovata in sede di audizione o mediante la presentazione di memorie difensive.

La segnalazione del whistleblower è, inoltre, sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii. Il documento non può, pertanto, essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della l. n. 241/90 s.m.i.. Nei confronti del dipendente che effettua una segnalazione ai sensi del presente regolamento vige il divieto di discriminazione, non è consentita, né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

La tutela è circoscritta alle ipotesi in cui segnalante e denunciato siano entrambi dipendenti dell'Azienda. Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito al RPCT o all'Autorità Giudiziaria deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al RPCT che, valutata tempestivamente la sussistenza degli elementi, potrà segnalare l'ipotesi di discriminazione:

- al Responsabile UO/Funzione/Servizio di appartenenza del dipendente autore della presunta discriminazione;
- alla Direzione aziendale nel caso si tratti di un Dirigente;
- alla Procura della Repubblica qualora si verificano fatti penalmente rilevanti.

Tutto quanto sopra, fermo ed impregiudicato il diritto del dipendente di dare notizia dell'accaduto alle organizzazioni sindacali o di adire l'autorità giudiziaria competente.

6. RESPONSABILITÀ DEL WHISTLEBLOWER

Il presente regolamento lascia impregiudicata la responsabilità penale e disciplinare del whistleblower nell'ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria ai sensi del Codice Penale e dell'art. 2043 del Codice Civile. Sono altresì fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso del regolamento, quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto.

7. PROCEDURA TRASMISSIONE/ RICEZIONE /GESTIONE SEGNALAZIONI

Fasi della segnalazione

Le segnalazioni di illeciti, di irregolarità e di condotte corruttive possono essere effettuate dai dipendenti compilando l'apposito modulo, reperibile sul sito intranet aziendale, inoltrato via mail direttamente al RPCT al seguente indirizzo: amministrazione.trasparente@aslroma3.it.

Il RPCT assegna al segnalante un codice numerico che accompagnerà la segnalazione in ogni fase istruttoria; pertanto il nominativo del segnalante resterà noto solo al RPCT.

Il RPCT, che eventualmente può avvalersi di un gruppo di lavoro ad hoc, prende in carico la segnalazione per una prima sommaria istruttoria. Se indispensabile, richiede chiarimenti al segnalante e/o a eventuali altri soggetti coinvolti nella segnalazione con l'adozione delle necessarie cautele, provvedendo alla definizione dell'istruttoria nei termini di legge. Si precisa che resta impregiudicato il diritto del lavoratore a ricorrere all'Autorità Giudiziaria competente.

8. ATTIVITÀ DEL RPCT

Le segnalazioni pervenute, i relativi atti istruttori e tutta la documentazione di riferimento, vengono conservate e catalogate in apposito archivio debitamente custodito.

Il RPCT rende conto nella Relazione Annuale di cui all'art. 1 comma 14 della Legge 190/2012, con

modalità tali da garantire la riservatezza dei segnalanti, del numero di segnalazioni ricevute e del loro stato di avanzamento.

Il RPCT ha il compito di assicurare la diffusione del presente regolamento a tutti i dipendenti mediante la pubblicazione dello stesso sul sito internet aziendale.

9. LIMITI DELLA TUTELA

La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito interno della pubblica amministrazione operando sostanzialmente in ambito disciplinare ed all'interno del rapporto di lavoro.

Le tutele di cui all' 1 della L. 179/2017 non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati connessi con la segnalazione ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.

10. SEGNALAZIONE ALL'ANAC

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) è competente a ricevere (ai sensi dell'art. 1, comma 51 della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dell'art. 19, comma 5 della legge 11 agosto 2014, n. 114) segnalazioni di illeciti di cui il dipendente sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro. Le segnalazioni, ivi incluse quelle che riguardano l'RPCT dovranno essere inviate all'indirizzo ANAC whistleblowing@anticorruzione.it

PATTO DI INTEGRITA'

relativo alla gara _____

tra

la ASL ROMA 3

e

la Società (di seguito denominata Società),
sede legale in, vian.....
codice fiscale/P.IVA, rappresentata da
..... in qualità di

Il presente documento deve essere obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla gara in oggetto. La mancata consegna del presente documento debitamente sottoscritto comporterà l'esclusione automatica dalla gara.

VISTO

- La legge 6 novembre 2012 n. 190, art. 1, comma 17 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) emanato dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ex CIVIT) approvato con delibera n. 72/2013, contenente "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 con il quale è stato emanato il "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici",

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo I

Il presente Patto d'integrità stabilisce la formale obbligazione della Società che, ai fini della partecipazione alla gara in oggetto, si impegna:

- a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione;
- a segnalare alla stazione appaltante qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto;
- ad assicurare di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla gara il subappalto di qualsiasi tipo alle ditte/impresе che hanno partecipato alla gara;



- ad informare puntualmente tutto il personale, di cui si avvale, del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti;
- a vigilare affinché gli impegni sopra indicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell'esercizio dei compiti loro assegnati;
- a denunciare alla Pubblica Autorità competente ogni irregolarità o distorsione di cui sia venuta a conoscenza per quanto attiene l'attività di cui all'oggetto della gara in causa.

Articolo 2

La società, sin d'ora, accetta che nel caso di mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con il presente Patto di integrità, comunque accertato dall'Amministrazione, potranno essere applicate le seguenti sanzioni:

- esclusione del concorrente dalla gara;
- escussione della cauzione di validità dell'offerta;
- risoluzione del contratto;
- escussione della cauzione definitiva di buona esecuzione del contratto.

Articolo 3

Il contenuto del Patto di integrità e le relative sanzioni applicabili resteranno in vigore sino alla completa esecuzione del contratto. Il presente Patto dovrà essere richiamato dal contratto quale allegato allo stesso onde formarne parte integrante, sostanziale e pattizia.

Articolo 4

Il presente Patto deve essere obbligatoriamente sottoscritto in calce ed in ogni sua pagina, dal legale rappresentante della società partecipante ovvero, in caso di consorzi o raggruppamenti temporanei di imprese, dal rappresentante degli stessi e deve essere presentato unitamente all'offerta. La mancata consegna di tale Patto debitamente sottoscritto comporterà l'esclusione dalla gara.

Articolo 5

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del Patto d'integrità fra la stazione appaltante ed i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

Luogo e data _____

Per la società:

(il legale rappresentante)

(firma leggibile)

NB: Allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario



REGIONE
LAZIO

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA 3

+

**REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA
DEL LAVORO IN MODALITA' AGILE (SMART WORKING)
DEL PERSONALE DIPENDENTE
DELLA ASL ROMA 3**



INDICE

Art. 1 Definizioni	3
Art. 2 Finalità	3
Art. 3 Presupposti.....	4
Art. 4 Condizioni	4
Art. 5 Accesso	4
Art. 6 Telemedicina.....	5
Art. 7 Tempi di svolgimento del lavoro agile.....	5
Art. 8 Luogo di svolgimento del lavoro agile.....	6
Art. 9 Istanza.....	6
Art. 10 Accordo individuale.....	7
Art. 11 Flessibilità.....	7
Art. 12 Portale Aziendale	7
Art. 13 Strumenti di lavoro e obblighi di custodia e riservatezza.....	8
Art. 14 Permessi orari	8
Art. 15 Divieto di lavoro straordinario	9
Art. 16 Computo dei giorni di lavoro agile	9
Art. 17 Buono pasto.....	9
Art. 18 Trattamento giuridico ed economico	9
Art. 19 Responsabilità e sanzioni disciplinari	10
Art. 20 Tutela contro gli infortuni	10
Art. 21 Formazione	10
Art. 22 Riservatezza e trattamento dei dati personali	10
Art. 23 Modalità di recesso del lavoro agile.....	11
Art. 24 Disposizioni finali	11

Modulistica:

1. Richiesta attivazione lavoro agile (allegato A)
2. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dipendenti del Comparto Sanità della ASL Roma 3 (allegato B)
3. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dirigenti medici sanitari e veterinari della ASL Roma 3 (allegato C)
4. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali della ASL Roma 3 (allegato D)
5. Informazioni privacy per l'espletamento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile (allegato E)



La disciplina relativa alla prestazione di lavoro in modalità agile è stata introdotta con la Legge n. 81 del 2017, modificata dalla Legge n. 122 del 2022 (che ha convertito con modificazioni il D.L. n. 73 del 2022 c.d. Decreto Semplificazioni), secondo la quale il lavoro agile è *una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro.*

I nuovi contratti collettivi CCNL Comparto Sanità 2019-2021, CCNL Area Sanità 2019-2021 e CCNL Funzioni Locali 2019-2021, hanno recepito le novità della suddetta normativa introducendo per la prima volta una disciplina che regola la concessione e la fruizione del lavoro a distanza.

Si richiama l'attenzione sulle indicazioni contenute nel presente Regolamento sia per i dipendenti del Comparto che per la Dirigenza.

Art. 1

Definizioni

1. “Lavoro Agile” – “Smart Working”: una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato finalizzata ad incrementare la produttività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nonché contribuire in modo innovativo alla sostenibilità ambientale riducendo spostamenti e inquinamento;
2. “Strumenti di Lavoro Agile”: strumenti tecnologici necessari per lo svolgimento dell'attività lavorativa;
3. “attività espletabili” (in modalità Agile/Smart): attività che non necessitano di una permanenza costante presso la sede di lavoro e per le quali è possibile organizzare lo svolgimento al di fuori della sede aziendale;
4. il “dipendente” tutti i dipendenti della ASL Roma 3 sia a tempo indeterminato che a tempo determinato;
5. il “Dirigente/Responsabile” colui a cui compete autorizzare l'attivazione dello “Smart Working”.

Art. 2

Finalità

1. Rafforzare e stabilizzare soluzioni organizzative ispirate alla gestione per processi e alla responsabilizzazione delle risorse umane, con lo scopo di incrementare la produttività aziendale;
2. razionalizzare e rafforzare l'organizzazione del lavoro in funzione delle nuove tecnologie, perseguendo obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità;
3. rafforzare le misure atte a migliorare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, proponendo soluzioni flessibili a favore delle lavoratrici e dei lavoratori che migliorino la percezione del contesto lavorativo e dell'ambiente di lavoro;
4. promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa – lavoro – casa, in un'ottica di: tutela ambientale, risparmio per le famiglie, riduzione dei rischi, oltre che miglioramento della qualità della vita dei lavoratori.



Art. 3

Presupposti

1. La prestazione lavorativa può essere eseguita in modalità agile quando è possibile dislocare anche parzialmente l'attività lavorativa richiesta al dipendente, senza che sia necessaria la sede di lavoro, senza ripercussioni in termini di efficienza, efficacia o modificazioni significative del servizio;
2. la prestazione lavorativa dev'essere eseguita in parte presso i locali dell'Azienda ed in parte all'esterno (smart working), senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivante dai contratti collettivi di riferimento (art. 79 del CCNL Comparto Sanità 2019-2021 – art. 95 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 12 comma 1 lettera e) del CCNL Funzioni Locali 2019-2021);
3. la prestazione in smart working dev'essere resa mediante l'uso di strumenti tecnologici necessari all'espletamento dell'attività lavorativa;
4. ove necessario, per la tipologia di attività svolta e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, il dipendente comunica all'Azienda i luoghi ove è possibile svolgere la prestazione lavorativa smart working.

Art. 4

Condizioni

La prestazione lavorativa può essere eseguita in modalità agile quando sussistano le seguenti condizioni:

- a) il dipendente è dotato di autonomia operativa ed ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati;
- b) il Dirigente/Responsabile di riferimento monitora e valuta i risultati delle attività assegnate al dipendente che opera in modo autonomo nell'ambito degli obiettivi programmati, anche in funzione della valutazione della Performance;
- c) l'Azienda si impegna a concedere ai lavoratori la possibilità di lavorare in modalità agile compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive aziendali;
- d) i Dirigenti/Responsabili dovranno valutare ed evidenziare nell'ambito del proprio settore i casi in cui la prestazione di lavoro non può essere svolta in modalità agile.

Art. 5

Accesso

Il ricorso alla modalità di lavoro agile è ammesso a tutti i dipendenti, sia del Comparto che della Dirigenza, fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative (art.18 comma 3bis Legge 81/2017), purché tale tipologia di lavoro sia compatibile con le esigenze di servizio, la tipologia di attività svolta, e previa verifica di fattibilità da parte dei preposti Dirigenti/Responsabili di riferimento. Si ricorda poi, che sono esclusi dalle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, i lavori soggetti a turni e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili. (art. 77 del CCNL Comparto 2019-2021 – art. 93 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 11 commi 4-5-6 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021). Inoltre per



quanto riguarda i Dirigenti dell'Area Sanità sono comunque escluse le attività ispettive, di polizia giudiziaria ovvero le attività che per l'erogazione della prestazione necessitano della presenza fisica del Dirigente/Responsabile (art. 93 comma 2 del CCNL Area Sanità 2019-2021);

Art. 6

Telemedicina e lavoro agile

La telemedicina è definita come: *“l'insieme delle tecniche e degli strumenti di monitoraggio e di assistenza sanitaria, realizzato mediante sistemi atti a fornire un rapido accesso sia ai medici specialisti che ai pazienti, prescindendo dal luogo ove essi sono rispettivamente situati.”* In tale contesto lo specialista esegue, anche in modalità di agile, l'attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione, di supporto e consulenziali.

I dipendenti che svolgono attività di telemedicina, e che intendono effettuarla in smart-working, dovranno attenersi alla specifica procedura aziendale di Televisita di cui alla Deliberazione n. 782 del 23.08.2022.

Art. 7

Tempi di svolgimento del lavoro agile

1. Il personale ammesso alla fruizione del lavoro agile può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, salvo specifiche e documentate esigenze concordate con il Dirigente/Responsabile, preferibilmente per un giorno alla settimana, non frazionabile ad ore e non cumulabile nei mesi successivi in caso di mancato utilizzo.
2. Al fine di garantire la continuità organizzativa, ma anche la coesione e collaborazione tra il personale, la pianificazione delle giornate di lavoro agile dovrà garantire di norma la presenza in sede di almeno un lavoratore afferente alla medesima unità e/o al medesimo ufficio.
3. Nelle giornate di lavoro agile svolto al di fuori dei locali aziendali il numero di ore di servizio è quello previsto dall'orario stabilito contrattualmente per il singolo dipendente che ha facoltà di determinare l'articolazione oraria giornaliera coordinandosi con il Dirigente/Responsabile al fine di garantire il corretto svolgimento delle attività assegnate.
4. Ciascun dipendente dovrà, nell'ambito dell'orario concordato con il proprio Dirigente/Responsabile, rendersi disponibile e contattabile mediante gli strumenti per la ricezione delle direttive di lavoro e secondo le modalità di organizzazione delle comunicazioni all'interno dell'Unità di appartenenza al fine di garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere occasioni di contatto con i colleghi e al Dirigente/Responsabile.
5. Fatte salve le fasce di disponibilità, al lavoratore in modalità agile è garantito il diritto ai tempi di riposo, nonché il diritto alla disconnessione.
6. L'Azienda si riserva di richiedere in tempo utile o con un preavviso di almeno 1 giorno lavorativo, per esigenze di servizio, la presenza in sede del dipendente. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.



Art. 8

Luogo di svolgimento del lavoro agile

1. Si prevede che il dipendente scelga il luogo dal quale prestare la sua attività lavorativa in modalità agile tenendo conto dei requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza. Il dipendente è tenuto ad osservare scrupolosamente le indicazioni sui comportamenti da tenere in relazione ai luoghi in cui si svolge la prestazione in lavoro agile, coadiuvando le misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali. A questo proposito il dipendente, prima dell'autorizzazione all'accesso allo smart working e prima dell'inizio dello stesso, si impegna ad acquisire presso il Servizio di Prevenzione e Protezione le informazioni, di cui all'art. 36 del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., la "Informativa sui rischi connessi alla modalità di esecuzione della prestazione lavorativa a distanza".
2. La postazione lavorativa scelta non deve mettere a rischio l'incolumità fisica e/o psichica del dipendente e la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati per l'espletamento delle mansioni assegnate.

Art. 9

Modalità di accesso al lavoro agile

1. L'adesione al lavoro agile avviene su base volontaria.
2. La richiesta di attivazione del lavoro agile deve essere presentata dal dipendente in forma scritta e sottoposta alla valutazione del Dirigente/Responsabile compilando l'apposito modulo scaricabile sul sito Intranet Aziendale – Sezione Modulistica – Personale Dipendente (denominato "*Richiesta attivazione lavoro agile*" - allegato A - del presente Regolamento).
3. In caso di autorizzazione il dipendente dovrà sottoscrivere apposito contratto integrativo al proprio contratto di lavoro scaricabile sul sito Intranet Aziendale – Sezione Modulistica – Personale Dipendente denominato "*Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dipendenti della ASL Roma 3*" (allegati B – C – D del presente Regolamento distinti a seconda del CCNL di riferimento).
4. L'accordo ed il modulo di richiesta, una volta compilati, sottoscritti e scansionati chiaramente, dovranno essere trasmessi (entrambi) esclusivamente in formato PDF al protocollo della UOC Risorse Umane, riportando nell'oggetto "Smart working". La UOC Risorse Umane trasmetterà poi la documentazione a chi di competenza ai fini delle attività consequenziali.
5. L'accordo redatto in duplice copia, un originale rimarrà al dipendente ed uno al Dirigente/Responsabile. Il dipendente nel trasmettere sia l'accordo che la richiesta avrà cura di inserire il preposto Dirigente/Responsabile per conoscenza.



Art. 10

Accordo individuale

L'accordo integrativo va sottoscritto dal dipendente e dal Dirigente/Responsabile e contiene i requisiti essenziali previsti dai contratti collettivi di riferimento (art. 78 del CCNL Comparto Sanità 2019-2021 – art. 94 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 12 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021):

- a) durata dell'accordo;
- b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- c) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 Legge n. 81/2017;
- d) ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- e) indicazione della fascia di contattabilità (art. 79 comma 1, lett. a) del CCNL 2019-2021– art. 95 comma 1 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 12 comma 1 lettera e) del CCNL Funzioni Locali 2019-2021);
- f) i tempi di riposo del lavoratore, che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza, e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della Legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- h) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

Art. 11

Flessibilità

Il dipendente può iniziare la prestazione di lavoro in modalità agile senza vincoli sul luogo e sull'orario di inizio e fine della prestazione lavorativa nel rispetto della durata dell'orario di lavoro giornaliero.

Art. 12

Portale aziendale

Al fine di garantire la comunicazione con il personale in sede e con il Dirigente/Responsabile, nonché per permettere all'Ufficio Rilevazione Presenze di lavorare correttamente il cartellino, il dipendente nelle giornate in modalità agile, è tenuto all'inserimento della fruizione della modalità di lavoro agile attraverso il caricamento sul Portale aziendale della richiesta di "smart-working".



Art. 13

Strumenti di lavoro e obblighi di custodia e riservatezza

Il dipendente è tenuto ad attenersi al “Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica” approvato con la Deliberazione n.100 del 31.01.2024 (Allegato 1 del PIAO 2023-2025 e ss.mm.ii.) e a custodire, nel rispetto della normativa vigente, la documentazione e i dati trattati per il lavoro agile nonché ad operare secondo le regole di sicurezza informatica e di tutela delle informazioni (in ottemperanza al G.D.P.R. 679/2016);

È altresì fatto obbligo di:

- adibire tali strumenti di lavoro possibilmente ad uso lavorativo e/o personale evitando, ad esempio, l'utilizzo condiviso con familiari e conviventi;
- procedere alla disconnessione ogni volta in cui ci si allontani dalla postazione di lavoro e di evitare di sovrascrivere le proprie credenziali di accesso su bigliettini di carta o altri supporti che possano consentire, o in qualunque modo facilitare, accessi da parte di soggetti non autorizzati;
- aggiornare costantemente all'ultima versione disponibile le componenti software ed il sistema operativo del proprio dispositivo;
- installare e/o aggiornare l'antivirus del dispositivo e/o il firewall al fine di proteggere adeguatamente le informazioni archiviate e scongiurare eventuali episodi di Data Breach.
- di utilizzare per l'utilizzo del dispositivo una password di cui è a conoscenza il solo dipendente e non anche familiari e/o conviventi, e di settare ad un livello alto di protezione le impostazioni privacy del browser e delle applicazioni utilizzate;
- navigare su siti web che potrebbero compromettere la sicurezza del dispositivo e la riservatezza dei dati e delle informazioni archiviate all'interno.

Si richiama, inoltre, l'attenzione dei dipendenti circa i fenomeni di *phishing* inviati a mezzo mail e/o siti web creati ad hoc per indurre le vittime a rivelare informazioni riservate o a scaricare malware sui propri dispositivi. Per tale motivo si richiede la massima attenzione da parte dei dipendenti sulla prevenzione da tale fenomeno, evitando innanzitutto la visualizzazione e/o l'apertura di tali mail ed evitando, altresì, di cliccare sui links di sospetta provenienza.

Ogni eventuale impedimento tecnico allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, deve essere tempestivamente comunicato dal dipendente al Dirigente/Responsabile in modo che possano essere valutate possibili soluzioni alternative.

Art. 14

Permessi orari

Il lavoratore può richiedere, nelle giornate in cui la prestazione viene svolta in modalità agile, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo:

- a) i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i.;
- b) i permessi per assemblea di cui all'art. 13 del CCNL Comparto 2019-2021 – art. 12 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 10 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021 (Diritto di assemblea);
- c) i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992;
- d) i permessi per motivi personali o familiari (se previsti dal contratto collettivo di riferimento) (vedi art. 51 del CCNL Comparto 2019-2021 – art. 34 del CCNL Area Sanità 2019-2021);



Art. 15

Divieto di lavoro straordinario

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

Art. 16

Computo dei giorni di lavoro agile

Il dipendente ammesso al lavoro agile può svolgere la prestazione in tale modalità, salvo specifiche e documentate esigenze concordate con il Dirigente/Responsabile autorizzatore dello smart working, preferibilmente 1 giorno a settimana, la prestazione lavorativa in modalità agile non è frazionabile ad ore, ed è modificabile sulla base di eventuali sopravvenute esigenze organizzative e sanitarie.

La giornata di lavoro che prevede il rientro pomeridiano deve essere svolta preferibilmente in presenza, salvo specifiche e documentate esigenze concordate con il Dirigente/Responsabile autorizzatore dello smart working.

Ai dipendenti autorizzati alla prestazione di lavoro in modalità agile, l'Azienda garantisce un'adeguata rotazione all'interno degli uffici aziendali assicurando comunque la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza.

Art. 17

Buono pasto

La giornata prestata in modalità agile, come previsto dall'orientamento Aran CFL204 non dà diritto all'erogazione del buono pasto.

Art. 18

Trattamento giuridico ed economico

L'Azienda garantisce ai dipendenti che si avvalgono della modalità di lavoro agile il riconoscimento della professionalità e la stessa modalità di valutazione delle performance e della progressione di carriera del restante personale. (art 76 comma 4 del C.C.N.L. Comparto 2019-2021 – art. 92 comma 4 del CCNL Area Sanità art. 11 comma 7 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021).

La modalità agile effettuata dal dipendente non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto né sul trattamento economico (art. 76 comma 3 del CCNL Comparto 2019-2021 – art. 92 comma 3 del CCNL Area Sanità art. 11 comma 3 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021).



Art. 19

Responsabilità e sanzioni disciplinari

Nello svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, il dipendente è tenuto a garantire lo stesso impegno professionale rispetto alla prestazione resa presso la sede di lavoro.

Nell'esecuzione della prestazione in modalità agile il dipendente è tenuto al rispetto degli obblighi previsti dalla normativa in vigore, dai CCNL di riferimento e dal regolamento aziendale.

Art. 20

Tutela contro gli infortuni

“Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali dell'Azienda” (art. 23, comma 2, Legge 81/2017).

Art. 21

Formazione

Qualora se ne ravvisi la necessità il lavoratore potrà richiedere una specifica formazione sulle modalità operative per poter svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile.

Art. 22

Riservatezza e trattamento dei dati personali

Il lavoratore è soggetto all'obbligo di non divulgazione ed alla massima riservatezza in relazione ai dati personali e più in generale alle informazioni di cui verrà a conoscenza nell'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto delle previsioni del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs.196/2003 e s.m.i. (Codice privacy).

Il lavoratore si impegnerà, altresì, nell'esecuzione della prestazione lavorativa, al rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art. 5, paragrafo 1 del GDPR.

L'Azienda si impegna ad adottare tutte le misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate ai sensi dell'art. 32 GDPR, le quali dovranno essere conosciute e applicate dal dipendente che si avvale della modalità di lavoro agile, garantendo un livello di sicurezza, anche informatica, adeguato al rischio, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del trattamento, nonché dei rischi aventi probabilità e gravità diverse per i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'Azienda Locale ASL Roma 3, in qualità di Titolare del trattamento, fornirà al lavoratore richiedente le “Informazioni privacy per l'espletamento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile” (allegato E) al fine di rendere edotto l'interessato circa le modalità di trattamento dei suoi dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR.



I contratti integrativi sottoscritti dai dipendenti per avvalersi della modalità di lavoro agile verranno archiviati separatamente, in cartelle dedicate sui sistemi di archiviazione digitale aziendali.

Le attività descritte nel presente Regolamento ed i dati personali dei dipendenti raccolti al fine di attivare tale tipologia di lavoro agile o smart working devono, ai sensi della normativa privacy, opportunamente essere inseriti all'interno del Registro delle Attività di Trattamento ex art. 30 GDPR, a cura degli autorizzati coinvolti.

Art. 23

Modalità di recesso del lavoro agile

La possibilità di recesso da comunicarsi in forma scritta segue i termini stabiliti dall'art. 19 della Legge 81/2017, le parti possono recedere dall'accordo stipulato con un preavviso non inferiore a 30 giorni.

Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'art. 1 della legge n. 68 del 1999, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di garantire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro nel rispetto delle esigenze di vita e di cura del lavoratore.

È altresì possibile l'immediato recesso, da parte dell'Azienda, per gravi inadempimenti del lavoratore, a titolo puramente esemplificativo si configurano come ipotesi di giustificato motivo le modificazioni tali da richiedere una rivalutazione dell'opportunità e dell'interesse delle parti di proseguire con il lavoro agile così come disciplinato dal presente regolamento e in particolare in caso di:

- a) trasferimento/assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
- b) variazione delle mansioni e/o dell'inquadramento;
- c) grave inadempimento degli obblighi contrattuali del dipendente;
- d) impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata;
- e) sopravvenute e motivate esigenze organizzative e/o produttive;
- f) ragioni inerenti alla mancata e/o carente produttività, ovvero alla mancata e/o carente organizzazione del lavoro;
- g) problemi di sicurezza informatica, inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;
- h) la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la dotazione informatica per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
- i) inosservanza delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro.

Art. 24

Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento si rinvia alla normativa ed alla contrattazione collettiva vigente.

Il presente regolamento entra in vigore dalla data del provvedimento deliberativo di adozione e sostituisce ogni precedente regolamentazione aziendale in materia.

Segue modulistica:



1. Richiesta attivazione lavoro agile (allegato A)
2. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dipendenti del Comparto Sanità della ASL Roma 3 (allegato B)
3. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i Dirigenti medici sanitari e veterinari della ASL Roma 3 (allegato C)
4. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i Dirigenti amministrativi, tecnici e professionali della ASL Roma 3 (allegato D)
5. Informazioni privacy per l'espletamento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile (allegato E)

Allegato A – Richiesta attivazione lavoro agile (smart working)

Prot. n. _____ del _____

Al Dirigente/Responsabile

(indicare la Struttura)

Dr. _____

Oggetto: Richiesta attivazione lavoro in modalità agile (smart working)

Il sottoscritto/a _____ matr. _____ dipendente
di questa ASL Roma 3 in qualità di _____ in servizio presso _____
telefono _____ email _____
con contratto di lavoro a tempo (flaggare con la X in corrispondenza):

indeterminato determinato full time part-time orizzontale (.....%) part-time verticale (.....%)

CHIEDE

di poter svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità “agile” ai sensi del Regolamento Aziendale

a decorrere dal _____ fino al _____ (indicare data di scadenza);

DICHIARA

a) di poter svolgere l’attività lavorativa in modalità agile nella/e seguente/i giornata/e” (barrare con la X in corrispondenza):

lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato

b) di svolgere l’attività lavorativa nella sede abituale di lavoro (barrare con la X in corrispondenza):

lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato

- c) che la prestazione lavorativa sarà effettuata, di norma, in correlazione temporale con l'orario normale di lavoro in sede, con le caratteristiche di flessibilità temporale propria dell'Area di appartenenza o della Dirigenza, fermo restando la garanzia di reperibilità nella/e seguente/i fascia/e oraria/e:

dalle ore _____ alle ore _____;

dalle ore _____ alle ore _____;

- d) che la prestazione lavorativa in modalità agile, ove necessario per la tipologia di attività svolta e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, sarà svolta presso il seguente indirizzo:

- e) di essere in possesso dei seguenti strumenti informatici (barrare con la X in corrispondenza):

personal computer connessione internet stampante telefono altro _____

- f) di dare tempestiva informazione al proprio dirigente o responsabile in caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa distanza sia impedito o sensibilmente rallentato;

- g) di assumere l'impegno di acquisire presso il Servizio di Prevenzione e Protezione le informazioni di cui all'art. 36 del D.Lgs n. 81/2008 e ss.mm.ii., dopo l'autorizzazione all'accesso allo smart working e prima dell'inizio dello stesso.

DICHIARA inoltre

in base a quanto disposto dall'art. 46 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazione mendace, di trovarsi in una delle seguenti situazioni (barrare con la X in corrispondenza):

dipendente in condizione di disabilità in situazioni di gravità accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1, della Legge n.104 del 1992;

dipendente che abbia un figlio in situazione di disabilità nelle condizioni di cui all'art. 3, comma 3, della Legge n. 104 del 1992;

dipendente con figli fino a 12 anni di età;

dipendente caregivers ai sensi dell'art. 1, comma 255 della Legge n. 205 del 2017.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare il possesso di quanto sopra dichiarato.

Il richiedente

Allegato B

**ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO
DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE
PER I DIPENDENTI DEL COMPARTO SANITA'
DELLA ASL ROMA 3**

TRA

Il/la sottoscritto/a _____ Dirigente/Responsabile della struttura (indicare il nome della struttura) _____ di seguito denominato/a Dirigente/Responsabile

E

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ matr. _____ dipendente di questa ASL Roma 3 con la qualifica di _____ in servizio presso _____ telefono _____ email _____ con sede di lavoro (via) _____

di seguito anche "Dipendente", congiuntamente definite anche come "Parti" e singolarmente come "Parte";

PREMESSO

- a) che a norma degli artt. 18-19-20-21-22-23 della Legge n. 81/2017, allo scopo di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro viene disciplinato il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro;
- b) del Comparto Sanità 2019-2021, sottoscritto in data 02.11.2022, ha integrato la precedente disciplina relativa allo svolgimento del lavoro agile prevedendo specificamente all'art. 78, comma 1, che l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda deve essere formalizzata attraverso un apposito accordo individuale;
- c) che il "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica" è contenuto del PIAO approvato in Azienda;
- d) che con istanza prot. n. _____ del _____ il/la dipendente ha chiesto di essere autorizzato/a a svolgere parte della propria prestazione lavorativa in modalità agile ai sensi del Regolamento aziendale.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

(Modalità di svolgimento)

1) Il/la dipendente svolgerà, fermo restando il criterio della prevalenza della modalità in presenza, parte della sua attività in modalità di lavoro agile a decorrere dal _____ fino al _____ nei termini e condizioni di seguito indicate ed in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile (smart working) del personale dipendente della ASL Roma 3;

2) le giornate di lavoro agile sono stabilite in n. ____/a settimana/mese e segnatamente nei giorni di _____ e sono concordate con il Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione, tenuto conto delle esigenze di servizio.

Le rimanenti giornate lavorative stabilite in n. ____/a settimana/mese e segnatamente le giornate _____ saranno svolte in presenza presso gli uffici aziendali;

3) la fascia di contattabilità nelle giornate di lavoro agile resta quella corrispondente all'orario generalmente svolto dal lavoratore. Il dipendente può essere contattato, al di fuori della predetta fascia, soltanto per motivi urgenti, fatta salva la fascia di disconnessione di cui al punto 5, mediante una delle seguenti modalità (barrare casella):

- recapito telefonico _____
- deviazione della propria utenza del numero telefonico interno _____.

La "contattabilità" si esplica anche tramite la consultazione o riscontro delle comunicazioni trasmesse per mezzo di posta elettronica o di messaggistica istantanea, ove concordata, nonché mediante la partecipazione alle videoconferenze programmate.

Nella fascia di contattabilità il lavoratore può richiedere, ove ne sussistano i presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge e, durante la fruizione di tali permessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

4) nelle giornate in cui viene svolta attività di *smart-working* non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato e/o lavoro svolto in condizioni di rischio;

5) la fascia di inoperabilità nella quale il dipendente non può erogare alcuna prestazione lavorativa è stabilita in misura non inferiore ad 11 ore consecutive;

6) lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile avviene attraverso l'utilizzo della seguente dotazione (barrare casella):

- dotazione informatica di proprietà/nella disponibilità del dipendente (indicare genericamente la strumentazione occorrente):

- dotazione informatica fornita dall'amministrazione:

7) nello svolgimento della prestazione di lavoro agile, il/la dipendente è:

- a) tenuto a conformare la propria condotta agli obblighi di comportamento previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali;
- b) tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali ed alle direttive e indicazioni all'uopo impartite dalle competenti strutture dell'amministrazione;
- c) personalmente responsabile della sicurezza dei dati trattati.

ARTICOLO 2

(Recesso)

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso, da comunicarsi in forma scritta, non inferiore a 30 giorni.

Nel caso di lavoratori disabili, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 68 del 12 marzo 1999, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di garantire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro nel rispetto delle esigenze di vita e di cura del lavoratore.

In presenza di un giustificato motivo ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso.

Fatte salve ulteriori ipotesi, costituiscono giustificato motivo di recesso unilaterale:

- a) trasferimento/assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
- b) variazione delle mansioni e/o dell'inquadramento;
- c) grave inadempimento degli obblighi contrattuali del dipendente;
- d) impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata;
- e) sopravvenute motivate esigenze organizzative e/o produttive;
- f) ragioni inerenti alla mancata e/o carente produttività, ovvero alla mancata e/o carente organizzazione del lavoro;
- g) problemi di sicurezza informatica, inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;
- h) la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile (e/o per l'Azienda) di mettere a disposizione la dotazione informatica per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
- i) inosservanza delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro.

ARTICOLO 3

(Potere direttivo, di controllo e disciplinare)

Nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1979, n. 300 e s.m.i., il/la Dirigente/Responsabile esercita il potere direttivo e di controllo nei confronti del dipendente mediante:

- a) l'assegnazione - fermi restando gli obiettivi, le modalità e i criteri di valutazione della performance complessiva (organizzativa e individuale), stabiliti dal sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dalla ASL Roma 3 - di obiettivi specifici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile comprensiva degli indicatori di misurazione;
- b) la verifica entro il 31 dicembre del raggiungimento del/degli obiettivo/i di lavoro agile assegnato/i e a tal fine, il dipendente e il/ la Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione concordano, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, la predisposizione di un report delle attività svolte nel periodo di riferimento oggetto di valutazione in termini di risultati raggiunti;

Il mancato rispetto degli obblighi derivanti dal presente contratto, dai regolamenti e dalle disposizioni interne di servizio, dà luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, in conformità alla disciplina contrattuale e legale in materia.

ARTICOLO 4

(Informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile)

Il/la dipendente dichiara:

- a) di aver preso visione del disciplinare, dell'informativa in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro e del documento contenente le prescrizioni in materia di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali, dei quali la sottoscrizione del presente accordo costituisce piena accettazione;
- b) (solo nel caso di dotazione da parte dell'Azienda) di aver ricevuto la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione in modalità agile.

ARTICOLO 5

(Riservatezza, privacy e security)

Il lavoratore è tenuto a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni di cui proceda al trattamento, persistendo il divieto di farne uso e/o comunicazione al di fuori delle proprie mansioni.

Il presente accordo viene redatto in duplice originale uno dei quali custodito agli atti della struttura di assegnazione che provvede all'inserimento di una copia dello stesso nel fascicolo personale del dipendente e l'altro consegnato al medesimo.

ARTICOLO 6

(Rinvio)

Il presente contratto costituisce integrazione del contratto individuale di lavoro.

Per tutto quanto non previsto, si rimanda alle norme di legge in materia di lavoro agile, ai contratti collettivi di categoria applicati dall'Amministrazione, ai regolamenti ed alle disposizioni di servizio interne.

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice civile il contraente dichiara di aver preso attenta ed integrale visione del presente contratto individuale di lavoro e di accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 1 e 2.

Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, _____

Il/la dipendente _____

Il/la Dirigente/Responsabile

Allegato C

**ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO
DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE
PER I DIRIGENTI DELL'AREA SANITA'
DELLA ASL ROMA 3**

TRA

Il/la sottoscritto/a _____ Dirigente/Responsabile della struttura (indicare il nome della struttura) _____ di seguito denominato/a Dirigente/Responsabile

E

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ matr. _____ dipendente di questa ASL Roma 3 con la qualifica di _____ disciplina _____ in servizio presso _____ telefono _____ email _____ con sede di lavoro (via) _____

di seguito anche "Dipendente", congiuntamente definite anche come "Parti" e singolarmente come "Parte";

PREMESSO

- a) che a norma degli artt. 18-19-20-21-22-23 della Legge n. 81/2017, allo scopo di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro viene disciplinato il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro;
- b) che il CCNL dell'Area Sanità 2019-2021, sottoscritto in data 23.01.2024, ha integrato la precedente disciplina relativa allo svolgimento del lavoro agile prevedendo specificamente all'art. 94, comma 1, che l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda deve essere formalizzata attraverso un apposito accordo individuale;
- c) che con Deliberazione n. 782 del 23.08.2022 è stata adottata la procedura Aziendale di Televisita;
- d) che il "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica" è contenuto del PIAO approvato in Azienda;
- e) che con istanza prot. n. _____ del _____ il/la dirigente medico ha chiesto di essere autorizzato/a a svolgere parte della propria prestazione lavorativa in modalità agile ai sensi del Regolamento aziendale.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

(Modalità di svolgimento)

1) Il/la dirigente medico svolgerà, fermo restando il criterio della prevalenza della modalità in presenza, parte della sua attività in modalità di lavoro agile a decorrere dal _____ fino al _____ nei termini e condizioni di seguito indicate ed in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile (smart working) del personale dipendente della ASL Roma 3 e nella Procedura aziendale di Televisita qualora d'interesse;

2) le giornate di lavoro agile sono stabilite in n._____/a settimana/mese e segnatamente nei giorni di _____ e saranno concordate con il Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione, tenuto conto delle esigenze di servizio.

Le rimanenti giornate lavorative stabilite in n._____/a settimana/mese e segnatamente le giornate _____ saranno/dovranno essere svolte in presenza presso la sede di lavoro;

3) la fascia di contattabilità nelle giornate di lavoro agile resta quella corrispondente all'orario generalmente svolto dal dirigente medico. Il dipendente può essere contattato, al di fuori della predetta fascia, per eventuali motivi di emergenza, fatta salva la fascia di disconnessione di cui al punto 5, mediante una delle seguenti modalità (barrare casella):

- recapito telefonico _____
- deviazione della propria utenza del numero telefonico interno _____.

La "contattabilità" si esplica anche tramite la consultazione o riscontro delle comunicazioni trasmesse per mezzo di posta elettronica o di messaggistica istantanea, ove concordata, nonché mediante la partecipazione alle videoconferenze programmate.

Nella fascia di contattabilità il lavoratore può richiedere, ove ne sussistano i presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge e, durante la fruizione di tali permessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

4) per assicurare la protezione dei dati trattati e per la tipologia di attività svolta (telemedicina) il dirigente comunica all'Amministrazione i luoghi dove è possibile svolgere l'attività:

6) nelle giornate in cui viene svolta attività di *smart-working* non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato e/o lavoro svolto in condizioni di rischio;

7) la fascia di inoperabilità nella quale il dirigente medico non può erogare alcuna prestazione lavorativa è stabilita dall'art. 27 comma 13 (Orario di lavoro) CCNL dell'Area Sanità 2019-2021: *“il dirigente ha diritto ad un periodo di riposo consecutivo giornaliero non inferiore a 11 ore per il recupero delle energie psicofisiche fatto salvo quanto previsto dall'art. 17”*;

8) nei casi di disconnessione sono fatti comunque salvi i casi di eventuali situazioni di emergenza che richiedano il richiamo in servizio dei dirigenti ai quali vengono successivamente garantite, nel caso di mancata fruizione del periodo di 11 ore di riposo, adeguate misure di protezione ai sensi dell'art. 27 comma 17 (orario di lavoro dei dirigenti);

7) lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile avviene attraverso l'utilizzo della seguente dotazione (barrare casella):

- dotazione informatica di proprietà/nella disponibilità del dipendente (indicare genericamente la strumentazione occorrente):

- dotazione informatica fornita dall'amministrazione:

esclusivamente per lo svolgimento della prestazione lavorativa in telemedicina (barrare le caselle):

- il sistema di televisita utilizzato per la specialistica ambulatoriale è l'applicativo regionale SISMED Cartella, raggiungibile al link dedicato della pagina web aziendale Software Aziendali. <https://www.prescrizione.poslazio.it/sismed-ambulatorio/>
- Per gli altri setting assistenziali (ad esempio dimissione protetta, dipartimenti salute mentale, cure primarie), nelle more dell'acquisizione di piattaforma specifica di televisita, è possibile utilizzare il seguente sistema di videoconferenza regionale: Jitsi Meet (regione.lazio.it)
- La piattaforma denominata Salute Digitale, offerta per ampliare i servizi di telemedicina, è una piattaforma gratuita di videoconferenza, con possibilità di erogazione del servizio in modalità cloud ovvero on-premise. La piattaforma sfrutta una tecnologia open-source (Jitsi-Meet) che permette di avvicinare e far interagire professionisti sanitari e pazienti nel rispetto della privacy, senza barriere tecnologiche (se non la connessione alla rete ed una videocamera).

8) nello svolgimento della prestazione di lavoro agile, il/la dipendente è:

- a) tenuto a conformare la propria condotta agli obblighi di comportamento previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali;
- b) tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali ed alle direttive e indicazioni all'uopo impartite dalle competenti strutture dell'amministrazione;
- c) personalmente responsabile della sicurezza dei dati trattati.

ARTICOLO 2

(Recesso)

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso, da comunicarsi in forma scritta, non inferiore a 30 giorni.

Nel caso di lavoratori disabili, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 68 del 12 marzo 1999, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di garantire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro nel rispetto delle esigenze di vita e di cura del lavoratore.

In presenza di un giustificato motivo ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso.

Fatte salve ulteriori ipotesi, costituiscono giustificato motivo di recesso unilaterale:

- a) trasferimento/assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
- b) variazione delle mansioni e/o dell'inquadramento;
- c) grave inadempimento degli obblighi contrattuali del dipendente;
- d) impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata;
- e) sopravvenute motivate esigenze organizzative e/o produttive;
- f) ragioni inerenti alla mancata e/o carente produttività, ovvero alla mancata e/o carente organizzazione del lavoro;
- g) problemi di sicurezza informatica, inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;
- h) la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile (e/o per l'Azienda) di mettere a disposizione la dotazione informatica per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
- i) inosservanza delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro.

ARTICOLO 3

(Potere direttivo, di controllo e disciplinare)

Nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1979, n. 300 e s.m.i., il/la Dirigente/Responsabile esercita il potere direttivo e di controllo nei confronti del dipendente mediante:

- a) l'assegnazione - fermi restando gli obiettivi, le modalità e i criteri di valutazione della performance complessiva (organizzativa e individuale), stabiliti dal sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dalla ASL Roma 3 - di obiettivi specifici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile comprensiva degli indicatori di misurazione;
- b) la verifica entro il 31 dicembre del raggiungimento del/degli obiettivo/i di lavoro agile assegnato/i e a tal fine, il dipendente e il/ la Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione concordano, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, la predisposizione di un report delle attività svolte nel periodo di riferimento oggetto di valutazione in termini di risultati raggiunti;

Il mancato rispetto degli obblighi derivanti dal presente contratto, dai regolamenti e dalle disposizioni interne di servizio, dà luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, in conformità alla disciplina contrattuale e legale in materia.

ARTICOLO 4

(Informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile)

Il/la dipendente dichiara:

- a) di aver preso visione del disciplinare, dell'informativa in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro e del documento contenente le prescrizioni in materia di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali, dei quali la sottoscrizione del presente accordo costituisce piena accettazione;
- b) (solo nel caso di dotazione da parte dell'Azienda) di aver ricevuto la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione in modalità agile.

ARTICOLO 5

(Riservatezza, privacy e security)

Il lavoratore è tenuto a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni di cui proceda al trattamento, persistendo il divieto di farne uso e/o comunicazione al di fuori delle proprie mansioni.

Il presente accordo viene redatto in duplice originale uno dei quali custodito agli atti della struttura di assegnazione che provvede all'inserimento di una copia dello stesso nel fascicolo personale del dipendente e l'altro consegnato al medesimo.

ARTICOLO 7

(Rinvio)

Il presente contratto costituisce integrazione del contratto individuale di lavoro.

Per tutto quanto non previsto, si rimanda alle norme di legge in materia di lavoro agile, ai contratti collettivi di categoria applicati dall'Amministrazione, ai regolamenti ed alle disposizioni di servizio interne.

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice civile il contraente dichiara di aver preso attenta ed integrale visione del presente contratto individuale di lavoro e di accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 1 e 2.
Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, _____

Il/la Dirigente Medico _____

Il/la Dirigente/Responsabile

Allegato D

**ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO
DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE
PER IL PERSONALE DELL'AREA FUNZIONI LOCALI
DELLA ASL ROMA 3**

TRA

Il/la sottoscritto/a _____ Dirigente/Responsabile della struttura (indicare il nome della struttura) _____ di seguito denominato/a Dirigente/Responsabile

E

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ matr. _____ dipendente di questa ASL Roma 3 con la qualifica di _____ in servizio presso _____ telefono _____ email _____ con sede di lavoro (via) _____

di seguito anche "Dipendente", congiuntamente definite anche come "Parti" e singolarmente come "Parte";

PREMESSO

- a) che a norma degli artt. 18-19-20-21-22-23 della Legge n. 81/2017, allo scopo di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro viene disciplinato il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro;
- b) che il CCNL Area Funzioni Locali 2019-2021, sottoscritto in data 16.07.2024, ha integrato la precedente disciplina relativa allo svolgimento del lavoro agile prevedendo specificamente all'art. 12, comma 1, che l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda deve essere formalizzata attraverso un apposito accordo individuale;
- c) che il "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica" è contenuto del PIAO approvato in Azienda;
- d) che con istanza prot. n. _____ del _____ il/la dipendente ha chiesto di essere autorizzato/a a svolgere parte della propria prestazione lavorativa in modalità agile ai sensi del Regolamento aziendale.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

(Modalità di svolgimento)

1) Il/la dipendente svolgerà, fermo restando il criterio della prevalenza della modalità in presenza, parte della sua attività in modalità di lavoro agile a decorrere dal _____ fino al _____ nei termini e condizioni di seguito indicate ed in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento di disciplina del lavoro in modalità agile (smart working) del personale della ASL Roma 3, salvo esercizio del diritto di recesso;

2) le giornate di lavoro agile sono stabilite in n. ____/a settimana/mese e segnatamente nei giorni di _____ e sono concordate con il Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione, tenuto conto delle esigenze di servizio. Le rimanenti giornate lavorative stabilite in n. ____/a settimana/mese e segnatamente le giornate _____ saranno svolte in presenza presso gli uffici aziendali in servizio a qualsiasi titolo (missioni, servizio esterno e tipologie assimilabili);

3) al fine di garantire un'efficace interazione con l'ufficio di appartenenza, ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il/la dirigente garantisce la contattabilità corrispondente all'orario generalmente svolto in presenza, in modo tale da soddisfare le esigenze lavorative evitando rigidità e comunque nel rispetto del diritto alla disconnessione di cui al punto 5. Il dirigente può essere contattato mediante una delle seguenti modalità (barrare casella):

- recapito telefonico _____
- deviazione della propria utenza del numero telefonico interno _____.

La "contattabilità" si esplica anche tramite la consultazione o riscontro delle comunicazioni trasmesse per mezzo di posta elettronica o di messaggistica istantanea, ove concordata, nonché mediante la partecipazione alle videoconferenze programmate.

Nella fascia di contattabilità il dirigente può richiedere, ove ne sussistano i presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge e, durante la fruizione di tali permessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

4) nelle giornate in cui viene svolta attività di *smart-working* non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato e/o lavoro svolto in condizioni di rischio;

5) la fascia di inoperabilità nella quale il dipendente non può erogare alcuna prestazione lavorativa è stabilita in misura non inferiore ad 11 ore consecutive;

6) lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile avviene attraverso l'utilizzo della seguente dotazione (barrare casella):

- dotazione informatica di proprietà/nella disponibilità del dipendente (indicare genericamente la strumentazione occorrente):

- dotazione informatica fornita dall'amministrazione:

7) nello svolgimento della prestazione di lavoro agile, il/la dipendente è:

- a) tenuto a conformare la propria condotta agli obblighi di comportamento previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali;
- b) tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali ed alle direttive e indicazioni all'uopo impartite dalle competenti strutture dell'amministrazione;
- c) personalmente responsabile della sicurezza dei dati trattati.

ARTICOLO 2

(Recesso)

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso, da comunicarsi in forma scritta, non inferiore a 30 giorni.

Nel caso di lavoratori disabili, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 68 del 12 marzo 1999, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di garantire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro nel rispetto delle esigenze di vita e di cura del lavoratore.

In presenza di un giustificato motivo ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso.

Fatte salve ulteriori ipotesi, costituiscono giustificato motivo di recesso unilaterale:

- a) trasferimento/assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
- b) variazione delle mansioni e/o dell'inquadramento;
- c) grave inadempimento degli obblighi contrattuali del dipendente;
- d) impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata;
- e) sopravvenute motivate esigenze organizzative e/o produttive;
- f) ragioni inerenti alla mancata e/o carente produttività, ovvero alla mancata e/o carente organizzazione del lavoro;
- g) problemi di sicurezza informatica, inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;

- h) la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile (e/o per l'Azienda) di mettere a disposizione la dotazione informatica per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
- i) inosservanza delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro.

ARTICOLO 3

(Potere direttivo, di controllo e disciplinare)

Nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1979, n. 300 e s.m.i., il/la Dirigente/Responsabile esercita il potere direttivo e di controllo nei confronti del dipendente mediante:

- a) l'assegnazione - fermi restando gli obiettivi, le modalità e i criteri di valutazione della performance complessiva (organizzativa e individuale), stabiliti dal sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dalla ASL Roma 3 - di obiettivi specifici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile comprensiva degli indicatori di misurazione;
- b) la verifica entro il 31 dicembre del raggiungimento del/degli obiettivo/i di lavoro agile assegnato/i e a tal fine, il dipendente e il/ la Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione concordano, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, la predisposizione di un report delle attività svolte nel periodo di riferimento oggetto di valutazione in termini di risultati raggiunti;

Il mancato rispetto degli obblighi derivanti dal presente contratto, dai regolamenti e dalle disposizioni interne di servizio, dà luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, in conformità alla disciplina contrattuale e legale in materia.

ARTICOLO 4

(Informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile)

Il/la dipendente dichiara:

- a) di aver preso visione del disciplinare, dell'informativa in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro e del documento contenente le prescrizioni in materia di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali, dei quali la sottoscrizione del presente accordo costituisce piena accettazione;
- b) (solo nel caso di dotazione da parte dell'Azienda) di aver ricevuto la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione in modalità agile.

ARTICOLO 5

(Riservatezza, privacy e security)

Il dipendente è tenuto a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni di cui proceda al trattamento, persistendo il divieto di farne uso e/o comunicazione al di fuori delle proprie mansioni.

Il presente accordo viene redatto in duplice originale uno dei quali custodito agli atti della struttura di assegnazione che provvede all'inserimento di una copia dello stesso nel fascicolo personale del dipendente e l'altro consegnato al medesimo.

ARTICOLO 6

(Rinvio)

Il presente contratto costituisce integrazione del contratto individuale di lavoro.

Per tutto quanto non previsto, si rimanda alle norme di legge in materia di lavoro agile, ai contratti collettivi di categoria applicati dall'Amministrazione, ai regolamenti ed alle disposizioni di servizio interne.

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice civile il contraente dichiara di aver preso attenta ed integrale visione del presente contratto individuale di lavoro e di accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 1 e 2.

Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, _____

Il/la Dirigente richiedente _____

Il/la Dirigente/Responsabile

INFORMAZIONI PRIVACY

**Per l'espletamento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile
(Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy e ss.mm.ii.)**

L'**Azienda Sanitaria Locale Roma 3** (in seguito "ASL Roma 3" o "Titolare") con sede legale in via Casal Bernocchi 73-00125 Roma, C.F. e P. IVA 04733491007, in qualità di Titolare del trattamento informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 (in seguito "GDPR") e del Codice Privacy e ss.mm.ii., che i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Finalità e Base Giuridica del Trattamento

I dati personali sono trattati per le finalità di gestione dei lavoratori dipendenti che fanno richiesta di accesso allo svolgimento dell'attività lavorativa in regime di lavoro agile (c.d. smart working) e, inoltre, ai fini dell'assolvimento degli adempimenti amministrativi ed istituzionali sanciti dall'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 e da quanto previsto nei Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro. La Base Giuridica del trattamento dei dati personali di cui al punto n. 2 delle seguenti informazioni privacy si rinviene all'art. 6, par. 1, lett. b) GDPR, ovvero "*il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso*" e nell'art. 9, par. 2, lett. b) GDPR, ossia "*per assolvere gli obblighi ed esercitare diritti specifici del Titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati Membri*".

2. Categorie di Dati personali

Per le finalità di cui al punto n. 1 potranno essere raccolte e, successivamente trattate, le seguenti categorie di dati personali:

- dati personali anagrafici;
- dati di contatto;
- informazioni relative all'attività lavorativa svolta presso ASL Roma 3;
- dati relativi alla salute e sanitari riportati sui certificati medici inoltrati, anche mediante copia fotostatica, al Titolare del trattamento;
- ogni ulteriore dato trattato riconducibile all'attività svolta.

3. Modalità di Trattamento

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4, par. 1, n. 2 GDPR e più precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I dati sono trattati dal Titolare con modalità, strumenti e procedure informatiche, telematiche o cartacee, strettamente necessarie per realizzare le finalità descritte al punto n. 1.

Il Titolare del trattamento adotta misure di sicurezza fisiche, tecniche e organizzative ai sensi dell'art. 32 GDPR per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati (*Data Breach*).

4. Periodo di Conservazione

I dati personali verranno conservati per tutto il periodo necessario alla realizzazione delle finalità di cui al punto n. 1 delle Informazioni privacy, salvo l'obbligo di conservazione ulteriore imposto dalla legge per finalità di trasparenza o di tutela giudiziale di un diritto.

5. Accesso ai dati personali

I dati potranno essere accessibili per le finalità di cui al punto n. 1 dalle persone autorizzate specificamente nominate dal Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, nonché ad altri Enti, Organismi, Autorità verso i quali il Titolare del trattamento ha un obbligo di comunicazione previsto dalla legge.

6. Diritti dell'interessato

Il proprietario dei dati personali, nella sua qualità di interessato, dispone dei diritti di cui all'art. 15 GDPR ss. e più precisamente il diritto di accesso, il diritto di rettifica, il diritto alla cancellazione, il diritto di limitazione, il diritto di opposizione, nonché il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante (art. 77 GDPR e 141 Codice Privacy ss.mm.ii.).

7. Modalità di esercizio dei diritti

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui al punto 6 delle presenti informazioni privacy inviando apposita comunicazione all'indirizzo PEC del Titolare:

- **L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3** con sede legale in via Casal Bernocchi 73-00125 (Roma), protocollo@pec.aslroma3.it

8. Identità e dati di contatto del:

- **Titolare del trattamento – AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 3**

In persona del Direttore Generale Dott.ssa Francesca Milito

E-mail: direttoregenerale@aslroma3.it

PEC: direzione.generale@pec.aslroma3.it

Tel.: 0656487650/48

- **DPO – SCUDO PRIVACY SRL**

In persona del Dott. Carlo Villanacci.

E-mail: dpo@aslroma3.it

Presa visione delle Informazioni privacy

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/___ e residente in _____ (____) cap _____ alla via _____ n. ___ tel. _____, **dichiaro** di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo, anche futuro, dei miei dati personali.

Dichiaro, inoltre, di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali.

Luogo e data

_____, _____

Firma Richiedente

LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN SMART WORKING

PREMESSA

Il presente documento mira a fornire ai "Lavoratori Agili" (Smart Worker) indicazioni utili in relazione alla tutela della Salute e Sicurezza, durante l'esecuzione della prestazione lavorativa in Smart Working, ovvero all'esterno dei locali aziendali.

Questa modalità si distingue dal telelavoro per una maggiore flessibilità. Permette di svolgere la propria attività fuori dai luoghi di lavoro aziendali, in locali che non coincidono necessariamente con il domicilio del lavoratore (Smart Worker).

Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile, e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono in particolare:

a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;

c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;

d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e imminente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;

g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;

h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. 8 1/2008 o comunque disposti dal medico competente.

3. I lavoratori di aziende che svolgono attività in regime di appalto o subappalto, devono esporre apposita tessera

di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro. Tale obbligo grava anche in capo ai lavoratori autonomi che esercitano direttamente la propria attività nel medesimo luogo di lavoro, i quali sono tenuti a provvedervi per proprio conto. In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 8 1/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 8 1/2008. Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro per lo *smart worker*.

COMPORAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI ALLO *SMART WORKER*

- Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro(DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti indoor e outdoor diversi da quelli di lavoro abituali.
- Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in smart working rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.
- **In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.**

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile.

➤ **CAPITOLO 1**

INDICAZIONI RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LAVORATIVA IN AMBIENTI *OUTDOOR*

Nello svolgere l'attività all'aperto si richiama il lavoratore ad **adottare un comportamento coscienzioso e prudente, escludendo luoghi che lo esporrebbero a rischi aggiuntivi** rispetto a quelli specifici della propria attività svolta in luoghi chiusi.

È opportuno non lavorare con dispositivi elettronici come *tablet* e *smartphone* o similari all'aperto, soprattutto se si nota una diminuzione di visibilità dei caratteri sullo schermo rispetto all'uso in locali al chiuso dovuta alla maggiore luminosità ambientale.

All'aperto inoltre aumenta il rischio di riflessi sullo schermo o di abbagliamento.

Pertanto le attività svolgibili all'aperto sono essenzialmente quelle di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (ad es. Skype).

Fermo restando che va seguito il criterio di ragionevolezza nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, si raccomanda di:

- privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione a radiazione solare ultravioletta (UV);
- evitare di esporsi a condizioni meteorologiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;
- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente mantenute quali ad esempio aree verdi incolte, con degrado ambientale e/o con presenza di rifiuti;
- non svolgere l'attività in un luogo isolato in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;
- non svolgere l'attività in aree con presenza di sostanze combustibili e infiammabili (vedere capitolo 5);
- non svolgere l'attività in aree in cui non ci sia la possibilità di approvvigionarsi di acqua potabile;

- mettere in atto tutte le precauzioni che consuetamente si adottano svolgendo attività outdoor (ad es.: creme contro le punture, antistaminici, abbigliamento adeguato, quanto prescritto dal proprio medico per situazioni personali di maggiore sensibilità, intolleranza, allergia, ecc.), per quanto riguarda i potenziali pericoli da esposizione ad agenti biologici (ad es. morsi, graffi e punture di insetti o altri animali, esposizione ad allergeni pollinici, ecc.).

➤ **CAPITOLO 2**

INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI INDOOR PRIVATI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile.

Raccomandazioni generali per i locali:

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);
- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente mantenuti;
- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);
- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;
- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;
- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.
- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolano il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale:

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;
- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);
- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a norma e regolarmente mantenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;
- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;
- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.

➤ CAPITOLO 3

UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE E IDISPOSITIVI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi destinati a svolgere il lavoro agile: *notebook*, *tablet* e *smartphone*.

Indicazioni generali:

- conservare in luoghi in cui siano facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;
- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;
- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili i conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);
- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;
- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;
- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi (cavi di collegamento, alimentatori) forniti in dotazione;
- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;
- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;
- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositivi in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anomalo riscaldamento;
- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es. spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;
- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo e tra cavo e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);
- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te;
 - lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;
 - le batterie/accumulatori non vanno gettati nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati, tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;
 - in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;
- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;
- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di *tablet* e *smartphone*, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;

- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);
- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una distanza tale da evitare riflessi e abbagliamenti;
- i notebook, tablet e smartphone hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o glossy) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:
 - regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;
 - durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;
 - in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi;
 - non lavorare mai al buio.

Indicazioni per il lavoro con il notebook

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del notebook con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il notebook su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo appoggio degli avambracci;
- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;
- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);
- durante il lavoro con il notebook, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;
- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;
- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;
- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (notebook), dei documenti e del materiale accessorio;
- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;
- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;
- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiatesta con un oggetto di dimensioni opportune.

Indicazioni per il lavoro con tablet e smartphone

I tablet sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli smartphone sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di tablet e smartphone si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;
- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;
- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;
- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo smartphone;
- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (stretching).

Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello smartphone come telefono cellulare

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;
- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari/smartphone o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);
- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;
- in caso di utilizzo posizionarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;
- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;
- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/smartphone potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/smartphone durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;
- durante la guida usare il telefono cellulare/smartphone esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;
- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;
- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei suoi accessori;
- non utilizzare il telefono cellulare/smartphone nelle aree di distribuzione di carburante;
- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

➤ CAPITOLO 4

INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

Impianto elettrico

A.- Requisiti:

- 1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;

2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);

3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;

4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

B. -Indicazioni di corretto utilizzo:

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;

- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;

- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

Dispositivi di connessione elettrica temporanea

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

A. -Requisiti:

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

B. -Indicazioni di corretto utilizzo:

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;

- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;

- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;

- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;

- verificare sempre che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt + stampante 1000 Watt);

- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;

- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

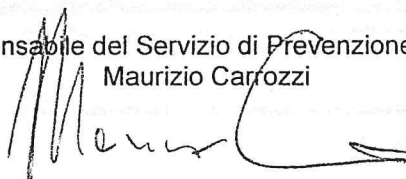
> CAPITOLO 5**INFORMATI VA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL LAVORO "AGILE"****Indicazioni generali:**

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);
- prestare attenzione ad apparecchi di cottura e riscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a fiamma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combustibili;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente;
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

Comportamento per principio di incendio:

- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;
- avvertire i presenti, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;
- se l'evento lo permette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua, coperte, estintori, ecc.);
- non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;
- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;
- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno, aprire la finestra e segnalare la propria presenza.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
Maurizio Carrozzini



ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	UOS Telemedicina e governo unitario dei PUA	
		UOS Medicina del lavoro	
		UOS RSPP	
		UOS Controllo di gestione	
		UOS Comunicazione	

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO DI MEDICINA		
STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
U.O.C. MEDICINA	U.O.S. Diagnostica ultrasonografica internistica	
	UOS governo pazienti in holding area in attesa di posto letto	
U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI	U.O.S. Nefrologia - Trattamenti in area critica e Dialisi Domiciliare	
U.O.C. RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	UOS Percorso diagnosi cura e prevenzione Osteoporosi	
U.O.C. PEDIATRIA		
		U.O.S.D. NEONATOLOGIA
		U.O.S.D. ONCOLOGIA
		U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE	UOS Coordinamento sale operatorie	
		U.O.S. Preospedalizzazione Chirurgica Centralizzata	
		U.O.S. Chirurgia D'Urgenza	
		U.O.S. APA	
	UOC ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE	UOS trattamento patologie del cavo orale e del tratto cervicale dei pazienti fragili	
	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	U.O.S. Traumatologia Ortopedica dell'Anziano	
	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	U.O.S. Blocco Parto e Pronto Soccorso	
		U.O.S. Legge 194/78	
	U.O.C. OCULISTICA		
			U.O.S.D. ANESTESIA
			U.O.S.D. PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI
			U.O.S.D. CHIRURGIA MININVASIVA

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE	U.O.S. Farmacoepidemiologia, Monitoraggio Spesa Farmaceutica e Vigilanza Farmacie	
	U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA	UOS Logistica	
		U.O.S. Laboratorio Galenico	
	U.O.C. LABORATORIO ANALISI	U.O.S. Attività Diagnostica di Laboratorio ambulatoriale interdistrettuale	
	U.O.C. SERVIZIO IMMUNO-TRASFUSIONALE (SIMT)	U.O.S. Diagnostica Immunoematologica	
			U.O.S.D. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	UOS Pronto Soccorso	
		U.O.S. Medicina d'Urgenza	
		UOS Governo codici bassa priorità	
	U.O.C. CARDIOLOGIA	U.O.S. UTIC	
		UOS TAO/NAO e governo piani terapeutici anche in telemedicina	
		U.O.S. Cardiologia Interventistica (aritmie e emodinamica)	
	U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	U.O.S. Diagnostica per Immagini DEA	
		U.O.S. Radiodiagnostica per Immagini coordinamento attività territoriali	
			U.O.S.D. RIANIMAZIONE

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO OSPEDALIERO	U.O.S. Integrazione ospedale territorio della gravidanza e del parto a basso rischio ostetrico e governo della casa del parto	
	UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO DELLE CURE PRIMARIE		
	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE, RIABILITATIVE E SOCIALI	U.O.S. Coordinamento percorsi contrasto violenza di genere	
			U.O.S.D. GESTIONE DELLE PIATTAFORME ASSISTENZIALI DI DEGENZA
			U.O.S.D. GESTIONE PIATTAFORME LOGISTICHE

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e Cure domiciliari	
	U.O.C. DISTRETTO X MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e Cure domiciliari	
	U.O.C. DISTRETTO XI MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità, Cure domiciliari e NAD	
	U.O.C. DISTRETTO XII MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e cure domiciliari	
	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	U.O.S. Coordinamento Consultori Aziendali	
		UOS Assistenza specialistica , CUP, liste di attesa	
		U.O.S. Governo Disagio Giovanile	
	U.O.C. MEDICINA LEGALE		
			U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. SALUTE MENTALE X MUNICIPIO E COMUNE DI FIUMICINO	U.O.S. Governo dei percorsi clinici	
		U.O.S. Centro Salute Mentale Distretto X	
	U.O.C. SALUTE MENTALE XI MUNICIPIO E XII MUNICIPIO	U.O.S. Centro Salute Mentale Distretto XI Municipio	
		U.O.S. Governo dei percorsi clinici	
	U.O.C. SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	U.O.S. Governo percorsi patologie dell'adolescenza	
	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	UOS SPDC S. Camillo	
	U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	U.O.S. governo percorsi dipendenze area litorale	
			U.O.S.D. RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE
			U.O.S.D. PREVENZIONE ED INTERVENTI PRECOCI IN SALUTE MENTALE

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	U.O.S. Vaccinazioni ed immunoprofilassi	
		U.O.S. Prevenzione primaria nelle scuole	
	U.O.C. SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	U.O.S. Anagrafe degli animali e degli operatori zootecnici	
	U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	U.O.S. Controlli e verifica adempimenti	
	U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	U.O.S. Prevenzione e formazione alla sicurezza negli ambienti di lavoro	
			U.O.S.D. CANILE SOVRAZIONALE E CONTROLLO DEL RANDAGISMO
			U.O.S.D. SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE, STILI DI VITA
			U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	U.O.S. ALPI	
		U.O.S. Amministrativa Assistenza Integrativa, Assistenza all'estero, Assistenza STP/ENI e Rimborsi	
	U.O.C. AMMINISTRATIVA P.O.U.		
	U.O.C. AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE		

ORGANIGRAMMA AL 31/01/2025

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. RISORSE UMANE	U.O.S. Trattamento Economico Dipendenti e Convenzionato	
	U.O.C. RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	U.O.S. Contabilità Analitica	
	U.O.C. APPROVVIGIONAMENTI		
	U.O.C. RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO		
	U.O.C. SISTEMI ICT		
			U.O.S.D. AFFARI GENERALI

A.S.L. ROMA 3

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE
AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE

UOC			UOSD	UOS
(A) uoc ospedaliere	(B) uoc territoriali	(A+B) uoc complessive		
0	4	4	3	5
1	4	5	2	7
0	6	6	1	11
4	0	4	3	4
4	1	5	3	8
3	1	4	1	5
2	1	3	2	3
1	3	4	0	5
0	5	5	1	2
3	0	3	1	8
0	1	1	0	4
1	2	3	0	2
totali			17	64

TOT. 81

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 1 di 20

“Piano Formativo Aziendale”

Biennio 2025/2026



INDICE

PREMESSA

1.0 Scopo

2.0 La dimensione professionale e l'obbligo ECM

3.0 Obiettivi del sistema formativo

4.0 Le macro aree formative

4.1.1 La dimensione strategica nazionale

4.1.2 La dimensione dello sviluppo dell'SSR

4.1.3 La dimensione dello sviluppo professionale

5.0 La valutazione

PROPOSTE FORMATIVE PRESENTATE

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 3 di 20

PREMESSA

Il presente Piano Formativo Aziendale è stato redatto conformemente a quanto previsto dal Direttore della Direzione Salute E Integrazione Socio Sanitaria G16918 15/12/2023, avente come oggetto "Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2023-2025".

Le linee guida proposte nel documento regionale del Piano sono finalizzate a indirizzare gli investimenti formativi delle Aziende del SSR, articolandoli in aree tematiche e linee d'intervento. Tale approccio pone crescente attenzione non solo sulla qualità dei contenuti, ma anche sull'intero processo formativo, che comprende l'analisi dei bisogni formativi, la progettazione degli interventi formativi, la valutazione dell'impatto e la scelta delle metodologie.

Diventa quindi essenziale promuovere la ricerca di metodologie didattiche che rispondano al meglio alle esigenze contestuali (come il modello blended), integrando metodologie tradizionali con approcci esperenziali (Metodo Andragogico), come le comunità di pratica, attraverso le quali i partecipanti possono sviluppare competenze trasversali, capacità di collaborazione in team e altre abilità (skills). Inoltre, viene riconosciuta l'importanza della formazione a distanza (FAD), la quale, superando i limiti spaziali e temporali, rappresenta un mezzo efficace per garantire la formazione continua del personale. Anche se utilizzata come metodo complementare, la FAD può assumere un ruolo strategico rilevante per lo sviluppo di una rete di condivisione di esperienze e conoscenze, in un'ottica di rafforzamento dei sistemi.

In adesione all'esigenza di offrire opportunità formative legate ai limiti di disponibilità in presenza, verranno contemporaneamente promosse occasioni di formazione sul posto di lavoro (on the job).

1.0 Scopo

Il documento definisce la programmazione delle attività formative previste per il prossimo biennio e ha una funzione di indirizzo e orientamento sulle strategie a supporto dell'Azienda in questa fase di profonda innovazione.

La redazione del documento si basa sull'analisi dei crescenti bisogni formativi, condotta dal Comitato Scientifico e dai Referenti per la Formazione individuati. La bozza elaborata sarà condivisa con la Direzione Strategica per la piena attuazione ed eventuale integrazione di aree d'interesse formativo.

Nel rispetto delle indicazioni regionali, l'Azienda ha incluso nel presente piano formativo una sezione dedicata allo sviluppo degli obiettivi di formazione regionale, che si realizzerà anche attraverso eventi formativi aziendali "on the job".

Il Piano per il biennio 2025-2026 potrà essere soggetto ad aggiornamento annuale, in base ai nuovi bisogni formativi identificati come prevalenti.

2.0 La dimensione professionale e l'obbligo ECM

Il presente Piano Formativo Aziendale definisce gli indirizzi regionali di programmazione formativa.

I progetti formativi saranno organizzati in eventi ECM e in attività di formazione continua, rivolte al personale aziendale amministrativo, tecnico e sanitario.

La formazione è fondamentale per aggiornare, migliorare o ampliare le competenze teoriche e pratiche.

Nel Piano Formativo Aziendale sono stati inclusi progetti conformi agli obblighi previsti dalla normativa vigente.

3.0 Obiettivi del sistema formativo

Gli obiettivi del sistema formativo mirano a sviluppare competenze tecniche e trasversali per migliorare la qualità, l'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario Regionale, rispondendo agli indirizzi nazionali e regionali. In questo contesto, i Referenti per la Formazione svolgono un ruolo centrale nel coordinare e monitorare le attività formative, garantendo che i percorsi siano coerenti con gli obiettivi strategici e con i bisogni del personale sanitario e amministrativo.

4.0 Le macro aree formative

La suddivisione delle macro aree formative rispetta gli indirizzi nazionali e regionali, articolandosi in tre dimensioni principali:

1. strategica nazionale;
2. sviluppo del SSR;
3. sviluppo professionale.

4.1.1 La dimensione strategica nazionale

In base all'art. 28, comma 3, "Obiettivi formativi" dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome, la Commissione Nazionale, in collaborazione con il C.T.R., definisce gli obiettivi formativi. Questi sono stabiliti considerando i Livelli Essenziali di Assistenza, i Piani Sanitari Regionali e le Linee Guida previste dall'art. 3 del D.L. n. 158/2012, convertito nella Legge 189/2012. Gli obiettivi sono suddivisi in tre macro aree:

- *Obiettivi tecnico-professionali:* mirano a sviluppare competenze e conoscenze specifiche per professioni o discipline, permettendo la pianificazione di eventi mirati.

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 5 di 20

- *Obiettivi di processo*: puntano a migliorare qualità, efficienza e sicurezza nei processi produttivi, con eventi rivolti a operatori o team coinvolti in specifiche attività.
- *Obiettivi di sistema*: promuovono conoscenze e competenze per migliorare i sistemi sanitari, attraverso eventi interprofessionali per tutti gli operatori.

4.1.2 dimensione dello sviluppo dell'SSR

La qualità del Servizio Sanitario Regionale (SSR) dipende strettamente dalle competenze degli operatori. Queste competenze possono essere:

- specifiche (hard skills), legate alla professione o disciplina;
- trasversali (soft skills), come capacità relazionali e manageriali.

Le priorità formative sono definite in base agli obiettivi regionali, con il rispetto del minimo di un intervento formativo annuo per ogni Area Strategica, come previsto dal piano regionale. Le Aree Strategiche Formative, identificate nella Determinazione n. G16918 del 15 dicembre 2023, supportano processi di cambiamento con impatti organizzativi e clinico-assistenziali.

Le aree sono:

- promozione della salute e prevenzione;
- rete integrata del territorio;
- rete ospedaliera e specialistica;
- contenzioso, affari legali e generali;
- patrimonio e tecnologie;
- risorse umane;
- medicina di genere;
- appropriatezza prescrittiva;
- middle management.

4.1.3 La dimensione dello sviluppo professionale

Questa dimensione riguarda lo sviluppo professionale specifico per ciascuna figura, secondo gli obiettivi generali riportati nei quadri sinottici allegati Determinazione n. G16918 del 15 dicembre 2023.

5.0 La valutazione

La valutazione deve essere finalizzata a garantire una rendicontazione chiara dei risultati attesi/ottenuti e dei costi, oltre alla verifica dei processi, inserendosi in un ciclo continuo di miglioramento della qualità.

Considerando le diverse esigenze a cui la formazione deve rispondere, è fondamentale definire indicatori specifici per valutarne efficacia ed efficienza, riconoscendo la fase di valutazione come un elemento essenziale del processo formativo pre e post evento.

Strumenti e processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa sono indispensabili per assicurare che gli investimenti siano coerenti ed efficaci nel raggiungere gli obiettivi sia del sistema formativo che aziendale. Monitorare la qualità dell'offerta formativa significa analizzare il rapporto tra i bisogni identificati e i risultati osservabili e misurabili in termini di impatti professionali e organizzativi dopo la formazione.

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 7 di 20

PROPOSTE FORMATIVE PRESENTATE

STAFF DIREZIONE GENERALE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	CORSO BASE/INTERMEDIO DI MICROSOFT OFFICE EXCEL	MILVIA BARTOLUCCI	SI	500,00 €	8	4.000,00 €
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	LA GESTIONE DELLA CONTABILITA' ANALITICA - ANALISI DEI DATI	ANDREA STORRI	SI	400,00 €	6	2.400,00 €
UOS COMUNICAZIONE	STRATEGIE E STRUMENTI PER UNA LEADERSHIP DI SUCCESSO	EMILIO S.G.S. SCALISE, VALERIA GIORDANO e ANTONIO BRAY	SI	540,00 €	2	1.080,00 €
UOS COMUNICAZIONE	LA PIAGA SILENZIOSA: IL DRAMMA SENZA FINE DELLA DISPARITA' DI GENERE	EMILIO S.G.S. SCALISE e VALERIA GIORDANO	SI	540,00 €	2	1.080,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE GENERALE E SPECIFICA SULLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	400,00 €	10	4.000,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI AGGIORNAMENTO SULLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2022	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	200,00 €	6	1.200,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE PER I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) AI SENSI DELL'ART.37, COMMA 10, DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I.	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	800,00 €	2	1.600,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI AGGIORNAMENTO PER I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) AI SENSI DELL'ART.37, COMMA 10, DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I.	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	200,00 €	2	400,00 €

**Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 8 di 20**

SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	E	CORSO DI FORMAZIONE PER I PREPOSTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	200,00 €	4	800,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	E	CORSO DI AGGIORNAMENTO PER I PREPOSTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	150,00 €	4	600,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	E	CORSO DI FORMAZIONE PER I DIRIGENTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MAURIZIO CARROZZI	SI	200,00 €	2	400,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	E	CORSO DI AGGIORNAMENTO PER I DIRIGENTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MAURIZIO CARROZZI	SI	150,00 €	2	300,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	E	CORSO PER ADDETTI ANTINCENDIO LIVELLO III (EX AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO RISCHIO ALTO) DI CUI AL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E AD D.M. 02/09/2021	MAURIZIO CARROZZI e ROBERTA SCHIETROMA	SI	8.519,00 €	8	68.152,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	E	CORSO DI AGGIORNAMENTO PER ADDETTI ANTINCENDIO LIVELLO III (EX AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO RISCHIO ALTO)	MAURIZIO CARROZZI e MICHELA DI BENEDETTO	SI	4.016,25 €	6	24.097,50 €
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	E	AFFRONTARE I RISCHI PSICO - SOCIALI IN AMBITO SOCIO - SANITARIO	MICHELA DI BENEDETTO	SI	340,00 €	4	1.360,00 €
UFFICIO LEGALE		IL PROCESSO ESECUTIVO CON PARTICOLARE ATTENZIONE AL PIGNORAMENTO PRESSO TERZI	GIOVANNI LORIGA e ANGELO SALONIA	NO	360,00 €	1	360,00 €
UFFICIO LEGALE		ACCESSO DOCUMENTALE, ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO: AMBITI DI APPLICAZIONE E DIFFERENZE	GIOVANNI LORIGA e ANGELO SALONIA	NO	180,00 €	1	180,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 9 di 20

UFFICIO LEGALE	LE CINQUE RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE PUBBLICO	GIOVANNI LORIGA e ANGELO SALONIA	NO	360,00 €	1	360,00 €
UFFICIO LEGALE	IL RAPPORTO DI LAVORO NEL PUBBLICO IMPIEGO: ASPETTI SOSTANZIALI E PROCESSUALI	GIOVANNI LORIGA e ANGELO SALONIA	NO	360,00 €	2	720,00 €
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E COMPETENCE INDIVIDUALE	INSIEME PER IL BENESSERE COMUNE E PREVENZIONE DEL MOBBING	ROBERTA NARDELLA e MARIA ROSARIA GIROLAMA CASTIELLO	SI	125,00 €	4	500,00 €
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E COMPETENCE INDIVIDUALE	L'ORGANIZZAZIONE CHE CURA ... INCONTRANDOSI	ROBERTA NARDELLA	SI	125,00 €	1	125,00 €
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E COMPETENCE INDIVIDUALE	FORMAZIONE IN MATERIA DI PRIVACY E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	ANDREA COIRO	NO	- €	0	- €
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E COMPETENCE INDIVIDUALE	UTILIZZO DELLA CARTELLA REGIONALE SISMED PER LE ATTIVITA' AMBULATORIALI E DI TELEVISITA	TIZIANA CHIRIACO	SI	15,00 €	2	30,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. **10** di **20**

STAFF DIREZIONE SANITARIA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC QUALITA' SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE	MAURIZIO MUSOLINO	SI	315,00 €	1	315,00 €
UOC QUALITA' SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	VERSO UN SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO DELLA QUALITA'	ENRICO CICCIARELLO	SI	315,00 €	4	1.260,00 €

**Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 11 di 20**

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	BLS-D-PBLSD	FLAVIO SOLEO	SI	200,00 €	70	14.000,00 €
UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO - FACCIALE		ROBERTO MORELLO e ALESSIA DI MARIO		200,00€	2	400,00€
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	TRIAGE INTRA - OSPEDALIERO MODELLO LAZIO CINQUE CODICI	GAIA DI LAURENZI	SI	2.200,00 €	3	6.600,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	PROMOZIONE, PROTEZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO SECONDO IL MODELLO MS/UNICEF (08 ORE)	LAURA SALEMME	SI	200,00 €	2	400,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LA CORRETTA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI	GAIA DI LAURENZI	SI	150,00 €	10	1.500,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LINEE GUIDA, PROTOCOLLI E BUONE PRATICHE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	GAIA DI LAURENZI	SI	156,25 €	4	625,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	IL CONTRASTO ALLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: LE BUONE PRATICHE, LE MISURE DI ISOLAMENTO ED IL CORRETTO USO DEI DPI	GAIA DI LAURENZI	SI	179,16 €	6	1.074,96 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	NURSING OUTCOMES: ESITI SENSIBILI ALLE CURE INFERMIERISTICHE	GAIA DI LAURENZI	SI	162,50 €	4	650,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LA TELERIABILITAZIONE: OPPORTUNITA' E STRUMENTO DI INNOVAZIONE	CRISTINA SPANDONARO	SI	120,00 €	1	120,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LE MISURE DI OUTCOME IN RIABILITAZIONE	LOREDANA GIGLI	SI	630,00 €	2	1.260,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LE MISURE DI OUTCOME IN RIABILITAZIONE II LIVELLO	LOREDANA GIGLI	SI	630,00 €	2	1.260,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON LESIONE MIDOLLARE - UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	CRISTINA SPANDONARO	SI	340,00 €	2	680,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 12 di 20

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOSD RIANIMAZIONE	IL PERCORSO DELLE DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	PATRIZIA FABBROCINO	SI	305,00 €	2	610,00 €
UOSD RIANIMAZIONE	NUTRIRE IN OSPEDALE: URGENZE PREVENIBILI?	GIUSEPPE PASSERO	SI	200,00 €	1	200,00 €
UOSD RIANIMAZIONE	ICA E MDR: UNA SFIDA CHE IN URGENZA PUO' DIVENTARE EMERGENZA	VERONICA CIOTTI	SI	270,00 €	2	540,00 €
UOSD RIANIMAZIONE	QUANDO LA VITA FINISCE: APPROCCIO AL FINE VITA IN URGENZA	ANTONELLA MARIA ZANETTI	SI	270,00 €	1	270,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	GESTIONE CLINICA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN SENOLOGIA	OSCAR TOMMASINI e ROSSELLA RELLA	SI	75,00 €	2	150,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	CORSO DI FORMAZIONE PER RADIOLOGI DI SCREENING MAMMOGRAFICO	OSCAR TOMMASINI e ROSSELLA RELLA	SI	935,00 €	1	935,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LA COMUNICAZIONE NELLO SCREENING MAMMOGRAFICO: IL VALORE DELLA COMUNICAZIONE E LA COMUNICAZIONE DEI VALORI	MARIA RITA NOVIELLO e ROSSELLA RELLA	SI	160,00 €	1	160,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN RADIOLOGIA	OSCAR TOMMASINI	SI	150,00 €	2	300,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	GLI ASPETTI MEDICO - LEGALI IN RADIOLOGIA	OSCAR TOMMASINI	SI	170,00 €	2	340,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	"UN MARE" DI EMERGENZE ADDOMINALI: L'ESPERIENZA DI UN PICCOLO CENTRO	OSCAR TOMMASINI	SI	340,00 €	1	340,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	CORSO DI PRIMO SOCCORSO IN RADIOLOGIA	OSCAR TOMMASINI	SI	100,00 €	3	300,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LO SCROTO ACUTO	OSCAR TOMMASINI	SI	340,00 €	1	340,00 €
UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	GESTIONE DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA DELL'OSSIGENO ALLA NIV IN PAZIENTI COVID E NON COVID	DAVIDE MARSILIANI	SI	150,00 €	8	1.200,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 13 di 20

DIPARTIMENTO MEDICINA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOSD GASTROENTEROLOGIA	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN GASTROENTEROLOGIA: UNA SFIDA MULTIDISCIPLINARE AVVINCENTE	MARIA GRAZIA MANCINO	SI	170,00 €	1	170,00 €
UOSD GASTROENTEROLOGIA	LA COLONSCOPIA DI QUALITA' OGGI: QUALI ERRORI EVITARE	MARIA GRAZIA MANCINO	SI	170,00 €	1	170,00 €
UOC PEDIATRIA	RIANIMAZIONE NEONANTALE IN SALA PARTO	LUISA PIERAGOSTINI	SI	1.600,00 €	5	8.000,00 €
UOC NEFROLOGIA E DIALISI	GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELL'ACCESSO VASCOLARE NEL PAZIENTE IN EMODIALISI	MASSIMO MOROSETTI	SI	332,50 €	1	332,50 €
UOC NEFROLOGIA E DIALISI	GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA	MASSIMO MOROSETTI	SI	332,50 €	1	332,50 €
UOC MEDICINA G.B. GRASSI	SEMINARIO INTERPROFESSIONALE PER LA GESTIONE DELLE URGENZE IN MEDICINA INTERNA	CLAUDIO SANTINI	SI	900,00 €	2	1.800,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 14 di 20

DIPARTIMENTO CHIRURGIA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	OFFICINA DEL PARTO: TECHNICAL LEARNING AND PROMPT TRAINING. SIMULARE PER APPRENDERE	MARIO CIAMPELLI e EMILIA PIERRO	SI	1.180,00 €	2	2.360,00 €
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MANAGEMENT DELLE PRINCIPALI EMERGENZE IN SALA PARTO	MARIO CIAMPELLI e EMILIA PIERRO	SI	980,00 €	4	3.920,00 €
UOC CHIRURGIA GENERALE	APPLICAZIONE INTRAOSPEDALIERA DI PERCORSI CLINICO - GESTIONALI SECONDO I PRINCIPI E PROCEDURE DELLA EBM NEI PAZIENTI COMPLESSI ED ONCOLOGICI	GIANLUCA MAZZONI	SI	- €	2	- €
UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO - FACCIALE	EMERGENZE RESPIRATORIE E GESTIONE DELLA CANNULE TRACHEOTOMICHE	ROBERTO MORELLO e ALESSIA DI MARIO	SI	300,00 €	1	300,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 15 di 20

DIPARTIMENTO SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	PROMOZIONE DELLA SALUTE PRECONCEZIONALE: AZIONI E STRATEGIE AL FINE DI RIDURRE IL RISCHIO RIPRODUTTIVO	CARMEN DE LUCA e MANUELA LUCA'	SI	235,00 €	4	940,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE MIGRANTE: CRITICITA' E PUNTI DI FORZA NELL'ACCESSO AI PERCOESI DI CURA IN UN'OTTICA DI INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE	CARMEN DE LUCA e BARBARA ACAMPORA	SI	150,00 €	4	600,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	PREVENIRE LA PSICOPATOLOGIA IN ADOLESCENZA: LE AZIONI DI RISPOSTA AI BISOGNI EMOTIVI DELLE TAPPE EVOLUTIVE	ILARIA AGNELLI ed EMANUELA CORBARI	SI	625,00 €	2	1.250,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	LA PROMOZIONE DELLA SALUTE EMOTIVA NEI PRIMI MILLE GIORNI: STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA PSICOPATOLOGIA PERINATALE	ANNA MARIA ADRIATICO ed EMANUELA CORBARI	SI	625,00 €	2	1.250,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	TOUCHPOINTS: L'APPROCCIO BRAZELTON CON LE FAMIGLIE PER SOSTENERE LA GENITORIALITA' E LO SVILUPPO DEL BAMBINO	BARBARA ACAMPORA e PAOLA EVANGELISTI	SI	700,00 €	2	1.400,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	L'EDUCAZIONE SESSUALE, RELAZIONALE E AFFETTIVA NELLE SCUOLE	ANNA MARIA ADRIATICO ed EMANUELA CORBARI	SI	280,00 €	2	560,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI PRIMI 1000 GIORNI ATTRAVERSO LA METODOLOGIA DEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE BREVE E IL POTENZIAMENTO DEL RUOLO PATERNO NELL'AREA PERINATALE	BARBARA ACAMPORA e ANNA MARIA ADRIATICO	SI	1.625,00 €	2	3.250,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	LA PREVENZIONE DEI DANNI DOVUTI ALL'ESPOSIZIONE PRECOCE E PROLUNGATA AGLI SCHERMI NEI BAMBINI	BARBARA ACAMPORA e ANNA MARIA ADRIATICO	SI	270,00 €	4	1.080,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	PROMOZIONE DELLA SALUTE PRECONCEZIONALE: AZIONI E STRATEGIE AL FINE DI RIDURRE IL RISCHIO RIPRODUTTIVO	CARMEN DE LUCA e MANUELA LUCA'	SI	235,00 €	4	940,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 16 di 20

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC SALUTE E DIPENDENZE	DISTURBI DA USO DI SOSTANZE DA GIOCO D'AZZARDO IN COMORBITA' PSICHIATRICA	GIUSEPPE ANASTASI	SI	520,00 €	1	520,00 €
UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA G.B. GRASSI	L'AGITAZIONE PSICOMOTORIA: DIAGNOSI DIFFERENZIALE, GESTIONE E TRATTAMENTO	ROSANGELA COLASUONNO	SI	270,00 €	2	540,00 €
UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XII	I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE. ASPETTI PSICOPATOLOGICI, CARATTERISTICHE CLINICHE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	STEFANIA BORGHI	SI	300,00 €	2	600,00 €
UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XII	CASE MANAGEMENT NEL PAZIENTE COMPLESSO	MARTINA CURTO	SI	40,00 €	1	40,00 €
UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XII	IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE COME INTERVENTO MULTIFATTORIALE NEL TRATTAMENTO DELLA PSICOSI	MARTINA CURTO	SI	1.950,00 €	2	3.900,00 €
UOC TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA	AGGIORNAMENTI ADHD IN ETA' EVOLUTIVA	GIAMPAOLO IMPARATO	NO	- €	1	- €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 17 di 20

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE	APPLICAZIONI PRATICHE MICROSOFT OFFICE PER IL COMPARTO AMMINISTRATIVO	MATTEO MONTESI	NO	30,00 €	3	90,00 €
UOSD CANILE SOVRAZIONALE E CONTROLLO DEL RANDAGISMO	AGGIORNAMENTI IN MEDICINA FELINA INTERNA	DANIELA BONVICINI	SI	600,00 €	2	1.200,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	LE ATTIVITA' DI BONIFICA DI MATERIALE CONTENENTE AMIANTO: NORMATIVA, PROCEDURA S.PRE.S.A.L. DI CONTROLLO, TECNICHE DI CAMPIONAMENTO	LUCA GREGORINI e SIMONE PINATA	SI	650,00 €	1	650,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	REQUISITI DI SICUREZZA DELLE ATTREZZATURE DI LAVORO: LA DIRETTIVA MACCHINE 2006/42/CE ED IL NUOVO REGOLAMENTO MACCHINE 2023/1230	ALESSANDRO MONTEFUSCO	SI	675,00 €	1	675,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	PREVENZIONE DELLE CADUTE DALL'ALTO: VALUTAZIONE DEL RISCHIO, SCELTA DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE COLLETTIVA E DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E LORO VERIFICA	PASQUALE GRANATO	SI	200,00 €	1	200,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI LEGGERI AD ALTA FREQUENZA: GUIDA ALL'APPLICAZIONE DELLA NORMA ISO 11228 - 3	PAOLA GIUNTOLI	SI	- €	1	- €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA POSTURE: TECNICHE OSSERVAZIONALI, STANDARD DI RIFERIMENTO (ISO/TR 12295 E NORMA ISO 11226) E TECNICHE DI MISURA DEI PARAMETRI BIOMECCANICI	PAOLA GIUNTOLI	SI	- €	1	- €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	I RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA NELLE STRUTTURE SANITARIE: PUNTI CRITICI PER LA VIGILANZA	PASQUALE GRANATO	SI	650,00 €	1	650,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	IL GRUPPO DI CAMMINO COME MISURA DI PREVENZIONE, PROTEZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	MARISA GIANVECCHIO	SI	120,00 €	2	240,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 18 di 20

UOSD SCREENING E PROMOZIONE STILI DI VITA	NEL NOME DI IGEA. SCREENING ONCOLOGICI E STILI DI VITA. LA PREVENZIONE "TI FA BELLO E ... SANO"	MARIA RITA NOVIELLO	SI	395,00 €	4	1.580,00 €
UOSD SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	I PRIMI MILLE GIORNI DI MAMMA E BAMBINO. L'ALIMENTAZIONE NELLE PRIME FASI DI VITA: UNO STRUMENTO DI PREVENZIONE	CLAUDIA ONORI	SI	35,00 €	2	70,00 €
UOSD SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	ALIMENTAZIONE CONSAPEVOLE. ALLA RICERCA DELL'EQUILIBRIO TRA STILE DI VITA E SALUTE	FEDERICO NIGRO	SI	35,00 €	2	70,00 €
UOSD SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	DALL'ISPETTORATO MICOLOGICO AL PRONTO SOCCORSO DEGLI OSPEDALI: APPROCCIO INTEGRATO PER LA PREVENZIONE DELLA INTOSSICAZIONE DA FUNGHI: MICOTOSSICOLOGIA	MARIO PACIONI	SI	4.290,00 €	1	4.290,00 €
UOC SANITÀ ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECHNICHE	CORPO E VOCE - COMUNICARE, CONNETTERE, CREARE CON IL TEATRO	CARLA PETRANGELI	SI	480,00 €	10	4.800,00 €
UOC SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA ARBOVIRUS NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DELL'ASL ROMA 3	SAUL LEONARDO TORCHIA e ADELE GENTILE	SI	250,00 €	2	500,00 €
UOC SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA	COMPETENZE ASL E AZIONI DI SANITA' PUBBLICA PER LA RIDUZIONE DELL'ESPOSIZIONE AMBIENTALE ALL'AMIANTO	SAUL LEONARDO TORCHIA e MARIA TERESA PISTONE	SI	250,00 €	2	500,00 €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 19 di 20

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE IN IMMUNOEMATOLOGIA	MARIA CHIARA DE NICOLO'	SI	500,00 €	2	1.000,00 €
UOC SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	STRATEGIE INTEGRATE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANEMICO IN UN PROGRAMMA DI PATIENT BLOOD MANAGEMENT	DEBORAH ILARIA GADALETA	SI	200,00 €	2	400,00 €
UOC FARMACIA OSPEDALIERA	SICUREZZA DEL PAZIENTE TRA FARMACOVIGILANZA E RISCHIO CLINICO	ROBERTA DI TURI	SI	- €	1	- €

Piano Formativo Aziendale
Biennio 2025/2026
Pag. 20 di 20

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOSD AFFARI GENERALI	PROTOCOLLO INFORMATICO: INFORMAZIONI SUL CORRETTO UTILIZZO	CRISTINA VIO	NO	225,00 €	4	900,00 €
UOSD AFFARI GENERALI	IL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE IN CAPO AL DIRIGENTE: DAL RIMPROVERO VERBALE ALLA SEGNALAZIONE	ANGELA DI SALVATORE	NO	160,00 €	3	480,00 €
UOSD AFFARI GENERALI	GLI OBBLIGHI DEL DIPENDENTE ED IL CODICE ETICO AZIENDALE: RISVOLTI DISCIPLINARI	ANGELA DI SALVATORE	NO	85,00 €	24	2.040,00 €
UOC RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE	ELABORAZIONE DATI PER CE TRIMESTRALI, BILANCIO PREVENTIVO E BILANCIO DI ESERCIZIO	ANNA PAOLA CIRRI SEPE QUARTA	NO	40,00 €	2	80,00 €

AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	SISTEMA ACCANTONAMENTI NEL BILANCIO AZIENDALE	PIERFRANCESCO CALZETTA	NO	420,00 €	1	420,00 €
UOC AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	CORSO OPERATIVO PER ACQUISTI TRAMITE MEPA	PIERFRANCESCO CALZETTA	NO	420,00 €	1	420,00 €