

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE ASL ROMA 1 2025 - 2027

INDICE

PREMESSA.....	3
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1 Identikit.....	4
1.2 Mission aziendale	5
1.3 Territorio e Popolazione	5
1.4 La Rete di Offerta.....	9
1.5 La Dimensione Economica.....	14
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	15
2.1 Valore Pubblico.....	15
2.2 Performance	19
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	28
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	59
3.1 Struttura organizzativa	59
3.2 Organizzazione del lavoro agile	69
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	70
4. MONITORAGGIO.....	79

PREMESSA

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), è redatto ai sensi dell'articolo 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021, del D.P.R. 81/2022 e del DPCM-Funzione Pubblica 132/2022.

Tale Piano, perseguendo l'obiettivo di rappresentare documento unico di programmazione e *governance*, con durata triennale ed aggiornamento annuale, razionalizza in un unico atto i piani individuati dalla normativa di riferimento ed è redatto in coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché con i documenti di programmazione finanziaria aziendale che ne costituiscono il necessario presupposto.

Lo scopo del presente Piano è garantire all'amministrazione la massima semplificazione dei processi e delle procedure, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione ed al contempo assicurare all'utenza la qualità e la trasparenza dei servizi nonché la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Secondo il "Piano-tipo" adottato dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il presente documento si sviluppa seguendo lo schema di seguito riportato:

1. Scheda anagrafica dell'amministrazione
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione
 - 2.1 Valore Pubblico
 - 2.2 Performance
 - 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza
3. Organizzazione e capitale umano
 - 3.1 Struttura organizzativa
 - 3.2 Organizzazione del lavoro agile
 - 3.3 Piano Triennale dei fabbisogni di personale
4. Monitoraggio

Nel predisporre il presente Piano è necessario rendere esplicito lo specifico contesto organizzativo, gestionale e programmatico nel quale si colloca. A seguito dei molteplici avvicendamenti a livello di Direzione Strategica che hanno caratterizzato il biennio 2022-2023, l'esercizio 2024 ha impegnato l'azienda nell'avvio di un percorso volto a ridefinire, sulla base anche dell'evoluzione del contesto nel quale ci si trova oggi ad operare, una nuova identità, *mission*, principi e sistema di valori che orientano l'operato dell'organizzazione e quindi ne influenzano la struttura organizzativa, i sistemi operativi e gli strumenti di gestione.

Quale primo risultato di tale percorso si è adottata, tramite deliberazione 886 del 18/07/2024, la Proposta di Atto di Autonomia Aziendale della ASL ROMA 1, redatta secondo gli indirizzi forniti dalla Giunta Regionale (Deliberazione n. 310 del 2 maggio 2024).

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Identikit

Denominazione:	ASL Roma 1
Sede legale:	Borgo Santo Spirito n. 3 – 00193 – Roma
Codice fiscale e partita IVA:	13664791004
Codice identificativo regionale:	201
Logo Aziendale:	
Sito internet dell'Azienda:	www.aslroma1.it nel quale vengono assolti gli obblighi all'articolo 32 della Legge n° 69 del 18 giugno 2009 nella sezione - - Amministrazione trasparente
Social network ufficiali	Pagina Facebook, Profilo Instagram, Profilo LinkedIn, Profilo TikTok, Canale Youtube, Profilo Threads e Profilo X
Ambito territoriale:	Municipi di Roma Capitale: I, II, III, XIII, XIV e XV.
Superficie totale:	524 km ² (~41% della superficie del Comune di Roma)
Popolazione residente:	~1 milione (~36% della popol. residente nel Comune di Roma)

La ASL Roma 1, istituita il 1° gennaio 2016, quale risultante dalla fusione tra le ex ASL RM A e RM E, dopo che nel 2015 la allora ASL RME aveva già incorporato l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, opera sul territorio comunale della Città di Roma afferente a 6 Municipi (I, II, III, XIII, XIV e XV), coincidenti con i relativi Distretti aziendali.

Nella figura 1 è rappresentato l'intero territorio di competenza, che ha una superficie totale di circa 524 km², pari al 40,8 % della superficie complessiva del territorio comunale di Roma, una popolazione iscritta in anagrafe di 994.949 abitanti, pari al 36 % della popolazione complessiva residente nel territorio comunale di Roma ed una popolazione straniera di 135.348 unità, pari al 38,9% della popolazione straniera residente nel Comune di Roma. (*fonte dati: Elaborazioni su ISTAT e Dati dell'Ufficio di Statistica e Censimento Roma Capitale - anno 2023*)



Figura 1 - Il territorio della ASL Roma 1

1.2 Mission aziendale

La ASL Roma 1 afferendo istituzionalmente al Servizio Sanitario Regionale, opera all'interno delle linee di indirizzo normativo e di programmazione definite dalla Regione Lazio.

La risposta alla vocazione alla promozione e tutela della salute nei confronti della popolazione e dell'ambito territoriale di afferenza, partendo dalla consapevolezza che le esigenze di assistenza sanitaria variano a seconda di molteplici fattori (età, background socio-economico, ambiente di vita, alimentazione, inclinazioni individuali) e dalla rilevazione che il mutamento del contesto sociale in atto sia alla base di una maggiore complessità gestionale del sistema salute, si declina nel perseguimento di un approccio *One Health* per la programmazione di un'offerta assistenziale orientata da un'analisi sistematica dei bisogni locali e volta a valorizzare le reti di prossimità.

L'applicazione di un approccio *One Health* passa necessariamente per il miglioramento della capacità di presa in carico, la massima riduzione della frammentazione dell'assistenza, con percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali ben definiti, in particolare per le cronicità, e il perseguimento dell'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale in modo strutturato.

1.3 Territorio e Popolazione

A partire dai dati di riferimento su territorio e popolazione forniti già al punto 1.1 si evidenzia come i Municipi insistenti nel territorio della ASL Roma 1 siano equiparabili per estensione territoriale e popolazione, a città italiane di media grandezza. La dimensione demografica media è di circa 165.824 abitanti.

Nelle tabelle seguenti viene rappresentata la popolazione suddivisa per distretti, ripartita per classi di età ed ulteriori indicatori strutturali

Distretto	Municipio di riferimento	Popolazione 01/01/2023	Estensione territoriale (Km)	Densità abitativa (abitanti/kmq)	Peso demografico (pop distretto/ pop. Totale) %
Distretto 1	Municipio I	158.176	19,9	7.948,5	15,9
Distretto 2	Municipio II	162.541	19,6	8.292,9	16,3
Distretto 3	Municipio III	200.835	87,8	2.287,4	20,2
Distretto 13	Municipio XIII	128.187	68,7	1.865,9	12,9
Distretto 14	Municipio XIV	187.148	131,3	1.425,3	18,8
Distretto 15	Municipio XV	158.062	186,7	846,6	15,9

Distretti	Età in Classi						Totale
	0 - 14	15 - 24	25 - 39	40 - 49	50 - 64	65+	
Distretto 1	15.783	12.740	24.312	22.613	40.078	42.650	158.176
Distretto 2	19.382	15.168	24.884	21.817	39.053	42.237	162.541
Distretto 3	25.333	17.515	31.713	29.470	47.371	49.433	200.835
Distretto 13	15.386	12.024	19.915	18.315	32.073	30.474	128.187
Distretto 14	24.049	18.111	30.202	26.804	45.769	42.213	187.148
Distretto 15	19.689	15.968	25.222	23.316	39.247	34.620	158.062
ASL Roma 1	119.622	91.526	156.248	142.335	243.591	241.627	994.949

Distretto	Età media (anni)	Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza	Anziani per bambino	Indice di Dipendenza anziani	Indice di Dipendenza giovani	Indice di Ricambio
Distretto 1	48.7	270.2	58.6	8.5	42.8	15.8	185.9
Distretto 2	47.2	217.9	61.1	6.6	41.9	19.2	153.5
Distretto 3	46.5	195.1	59.3	5.5	39.2	20.1	152.5
Distretto 13	46.5	198.1	55.7	5.9	37.0	18.7	147.8
Distretto 14	45.6	175.5	54.8	5.0	34.9	19.9	145.8
Distretto 15	45.4	175.8	52.3	5.3	33.4	19.0	139.2
ASL Roma 1	46.6	202.0	57.0	5.9	38.1	18.9	153.0
Roma	46.0	189.0	56.0	5.5	36.6	19.4	147.4

Nel dettaglio si sottolinea come la ASL Roma 1 sia caratterizzata da un più elevato indice di vecchiaia (rapporto tra il numero degli over 65 ed il numero dei giovani fino ai 14 anni) rispetto alla popolazione residente nell'intero Comune di Roma; in particolare, il valore più elevato si registra nel

Distretto 1 con 270 anziani ogni 100 giovani. Seguono i Distretti 2 e 13, mentre nei Distretti 14 e 15 si registra, al contrario, il valore più basso, con 176 anziani ogni 100 giovani.

Il valore dell'indice di dipendenza della ASL (popolazione 0-14 anni e over 65, rapportata alla popolazione tra i 15 e i 64 anni) è invece pressoché in linea con il dato comunale, con valore minimo registrato nel distretto 15 (52.3) e massimo nei distretti 1, 2 e 3 con circa 60 persone in età non lavorativa ogni 100 in età lavorativa.

Similmente il rapporto tra popolazione anziana in età non lavorativa e quella in età lavorativa (indice di dipendenza anziani) è anch'esso in linea con il dato comunale, con valori più elevati del dato comunale nei Distretti 1, 2 e 3 e inferiori nei distretti 14 e 15.

L'indice di dipendenza giovani evidenzia che nei Distretti della ASL ci sono circa 19 under 14 ogni 100 persone in età lavorativa (15-65 anni), pressoché in linea con il dato comunale, ad eccezione del Distretto 1 dove si registra il valore più basso (15.8).

L'indice di ricambio, che rappresenta il rapporto tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), è in generale più elevato rispetto al valore comunale; ciò indica che nella ASL Roma 1 la popolazione in età lavorativa è particolarmente anziana. Tra i Distretti il valore più elevato si riscontra nel Distretto 1, mentre quello più basso si riscontra nel Distretto 15.

In sintesi l'andamento a livello di ASL di questi indicatori è coerente con un quadro d'invecchiamento progressivo della popolazione, tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie croniche; si stima che il 26,8% dei residenti nella ASL Roma 1 sia affetto da almeno una patologia cronica e che il 9,5% ne presenti contemporaneamente due o più.

Con la tabella seguente si rappresenta invece l'incidenza assoluta e la percentuale per fasce di età della popolazione di sesso maschile e femminile sul totale dei residenti dell'Azienda e si evidenzia pertanto la prevalenza del sesso femminile, soprattutto nelle fasce di età più elevate.

Fasce d'età	Maschi		Femmine	
	V.a.	%	V.a.	%
0 - 14	61.600	6,2%	58.022	5,8%
15 - 49	192.479	19,3%	197.630	19,9%
50 - 64	112.755	11,3%	130.836	13,2%
65 - 74	49.148	4,9%	62.251	6,3%
> 75	49.817	5%	80.411	8,1%
Totale	465.799	46,8%	529.150	53,2%

La popolazione straniera residente nella ASL Roma 1 rappresenta circa il 39% della popolazione straniera residente nel Comune di Roma.

Nella tabella seguente viene rappresentata la popolazione straniera per distretto, con l'età media, la % di popolazione femminile e le prime tre comunità.

Distretto	Totale popolazione straniera per distretto	Età media*	% Femmine*	Prime 3 comunità straniere* (%)		
				I	II	III
Distretto 1	29.113	43,9	48,0	Filippine (8,8%)	Cina (8,6%)	Bangladesh (8,4%)
Distretto 2	19.107	45,5	62,8	Filippine (19,9%)	Romania (10,3%)	Bangladesh (5,5%)
Distretto 3	17.624	40,7	57,8	Filippine (18,1%)	Romania (17,4%)	Bangladesh (8,5%)
Distretto 13	18.011	41,3	52,9	Romania (20,1%)	Filippine (14,5%)	India (6,5%)
Distretto 14	22.053	39,9	56,5	Filippine (19,8%)	Romania (19,3%)	Perù (5,6%)
Distretto 15	29.440	40,7	55,8	Romania (24,8%)	Filippine (16,4%)	Sri Lanka (8,4%)

La popolazione residente non esaurisce il bacino di utenza permanente delle strutture sanitarie ubicate sul territorio dell'Azienda che subisce l'impatto:

- del pendolarismo verso i quartieri del centro storico di una quota della popolazione residente e non in altre aree della città e della Regione; considerata anche l'insistenza nel territorio dell'Azienda della stazione centrale di Roma Termini, si stima una popolazione pendolare di circa 420.000 presenze giornaliere medie;
- degli imponenti flussi turistici che si indirizzano in particolare verso il Vaticano; si stimano flussi turistici per circa 40.000 presenze giornaliere medie;
- della stabile afferenza alle strutture della ASL Roma 1 di una quota della popolazione residente nelle Aziende Sanitarie limitrofe, soprattutto per quanto riguarda i servizi specialistici e il ricovero ospedaliero; si stimano circa 100.000 presenze giornaliere medie stabilmente afferenti alle strutture aziendali di una popolazione residente in altre aziende;
- dalla presenza di una quota di popolazione straniera temporaneamente presente ma non registrata nei sistemi anagrafici;
- dalla presenza di numerosi adulti senza dimora richiamati dalla struttura dormitorio presso il Colonnato di San Pietro e dai centri di pronta accoglienza limitrofi;
- da un consistente saldo attivo di mobilità sanitaria soprattutto verso le strutture di 2° e 3° livello ubicate sul territorio dell'Azienda.

Questo bacino di utenza "allargata" rappresenta una criticità da tenere presente nella valutazione dei bisogni assistenziali legati sia alla programmazione della prevenzione e conseguenti interventi di tutela della salute, che alla specificità degli interventi assistenziali richiesti.

La consistenza complessiva di questo bacino di utenza aggiuntivo si può dunque stimare superiore a 500.000 presenze giornaliere medie, oltre ai 994.949 abitanti residenti.

Si menziona infine, a completamento della rappresentazione della popolazione di riferimento, la popolazione carceraria della Casa Circondariale di Regina Coeli, nel Distretto1, e dell'Istituto Penale Minorile di Casal del Marmo, nel distretto 14, dove si registra rispettivamente la presenza media di circa 1150 detenuti, con un turn over di 3.000 detenuti l'anno e di 70 detenuti di età compresa tra i 14 aa e 25 aa, con un'alta percentuale di ricambio per l'applicazione di misure alternative alla detenzione, finalizzate al reinserimento sociale.

1.4 La Rete di Offerta

Le prestazioni sanitarie e i servizi della ASL Roma 1 vengono erogati attraverso una complessa rete di offerta che include strutture a gestione diretta e non.

A titolo meramente esemplificativo si rappresenta la suddetta rete divisa tra *setting* ospedaliero e territoriale, sottolineando come invece l'integrazione di servizi e prestazioni offerte dall'azienda rappresenti una fondamentale priorità gestionale a garanzia della reale presa in carico, della continuità assistenziale e del governo della *transitional care*.

Strutture Ospedaliere

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera la ASL Roma 1 opera sul territorio attraverso 3 strutture a gestione diretta:

- **San Filippo Neri:** sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I livello, spoke di II livello nella rete dell'emergenza cardiologica, sede di Team Neurovascolare/Pronto Soccorso Esperto (TNV/PSe) nella rete dell'ictus cerebrale acuto, Pronto Soccorso (PST) nella rete di assistenza al trauma grave – che integra per alcuni percorsi assistenziali il **Presidio Sant'Andrea** di via Cassia;
- **Santo Spirito:** sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I livello, spoke di II livello nella rete dell'emergenza cardiologica, sede di Team Neurovascolare/Pronto Soccorso Esperto (TNV/PSe) nella rete dell'ictus cerebrale acuto, Pronto Soccorso (PST) nella rete di assistenza al trauma grave - che integra per alcuni percorsi assistenziali il **Nuovo Regina Margherita** e il **Centro Sant'Anna**;
- **Oftalmico:** centro di riferimento regionale per la patologia oculare – sede di Pronto Soccorso oculistico

Figura 2 Strutture Ospedaliere a Gestione Diretta



Vengono riportati nella tabella di seguito i posti letto che risultano a sistema NSIS per singola struttura, specialità e regime di assistenza.

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	Degenze ordinarie	Day Hospital	Day Surgery	Posti letto COMPLESSIVI
120285	Ospedale San Filippo Neri - Cassia S. Andrea	2	DH polispecialistico	0	7	0	7
		8	Cardiologia	30	0	0	30
		9	Chirurgia Generale	29	0	0	29
		10	Chirurgia maxillo facciale	5	0	0	5
		14	Chirurgia vascolare	18	0	0	18
		26	Medicina generale	48	0	0	48
		30	Neurochirurgia	15	0	0	15
		31	Nido	16	0	0	16
		32	Neurologia	12	0	0	12
		36	Ortopedia e Traumatologia	25	0	0	25
		37	Ostetricia e Ginecologia	22	0	0	22
		38	Otorinolaringoiatria	5	0	0	5
		40	Psichiatria	16	2	0	18
		43	Urologia	16	0	0	16
		49	Terapia Intensiva	24	0	0	24
50	Unità Coronarica	6	0	0	6		
51	Medicina D'Urgenza	15	0	0	15		
56	Recupero e Riabil. Funzion.	17	0	0	17		

		58	Gastroenterologia	16	0	0	16
		62	Neonatologia	8	0	0	8
		64	Oncologia	9	18	0	27
		68	Pneumologia	15	0	0	15
		98	DS Polispecialistico	10	0	0	10
		Totale S. Filippo Neri		377	27	0	404
120030	Ospedale Oftalmico	34	Oculistica	12	0	8	20
		Totale Ospedale Oftalmico		12	0	8	20
36	Ospedale Santo Spirito	2	DH polispecialistico	0	13	0	13
		8	Cardiologia	17	0	0	17
		9	Chirurgia generale	22	0	0	22
		26	Medicina Generale	39	0	0	39
			Ortopedia e Traumatologia	24	0	0	24
		37	Ostetricia e Ginecologia	15	0	0	15
		40	Psichiatria	14	2	0	16
		49	Terapia Intensiva	12	0	0	12
		50	Unità Coronarica	7	0	0	7
		51	Medicina D'Urgenza	9	0	0	9
		62	Neonatologia	2	0	0	2
98	DS Polispecialistico	0	0	15	15		
		Totale Santo Spirito		161	15	15	191
TOTALE				550	42	23	615

Nel territorio aziendale vanno poi menzionate le strutture di ricovero non a gestione diretta che, oltre agli altri importanti erogatori pubblici (A.O. San Giovanni dell'Addolorata, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Policlinico Umberto I, A.O. Sant'Andrea), contano un Policlinico Universitario Privato (Fondazione Policlinico A. Gemelli), ospedali classificati, 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Fondazione Bietti e Istituto Dermopatico dell'Immacolata) e case di cura private accreditate, per un totale di oltre 3.000 posti letto (1.552 del Policlinico Gemelli).

Completano l'offerta di posti letto non a gestione diretta sul territorio aziendale reparti ospedalieri di riabilitazione intensiva post-acuzie (cod. 56) e di lungodegenza medica post-acuzie (cod. 60) presso Case di Cura accreditate.

Struttura	PL Programmati 2024 – 2026 - DGR 869/2023				
	ORD/Acuti	DH/Acuti	ORD/Post Acuzie	DH/Post Acuzie	Totale
Ospedale Gemelli Isola	233	22	-	-	255
Casa di cura Villa Domelia	60	7	21	-	88
Casa di cura Tiberia Hospital	98	9	-	-	107
IRCCS Fondazione Bietti	2	2	-	-	4
Casa di Cura Policlinico Italia	-	-	72	8	80

Osp. S.Pietro Fatebenefratelli	308	24	-	-	332
Osp. San Carlo di Nancy	136	14	-	-	150
Osp. Gen. di Zona Cristo Re	135	12	-	-	147
CDC Villa Aurora	30	-	-	-	30
CDC Santa Famiglia	62	6	-	-	68
CDC Nuova Villa Claudia	31	4	-	-	35
CDC San Feliciano	75	5	20	-	100
Aurelia Hospital	174	8	49	5	236
Policlinico A. Gemelli	1363	129	60	-	1.552
I.D.I.	92	40	-	-	132
CDC S. Rita da Cascia	-	-	30	-	30
CDC Auxologico Buon Pastore	-	-	88	4	92
CDC Villa Verde	-	-	60	-	60
CDC Don Carlo Gnocchi	-	-	20	-	20
CDC Villa Betania	52	9	60	2	121
Salus Infirmorum	-	-	55	3	58
	2.851	291	535	22	3.697

Strutture Territoriali

La ASL Roma 1 è presente sul territorio con **6 Distretti, 3 Case della Salute, il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), il Dipartimento di Prevenzione e l'Area di Medicina Legale**, nonché una rete di erogatori privati (Residenze Sanitarie Assistite-RSA, Hospice, strutture riabilitative ex art. 26, strutture ambulatoriali ecc.) che si integrano nei percorsi aziendali.

Le strutture distrettuali della ASL Roma 1 rispondono ad un'ampia gamma di bisogni di salute che spaziano dalla promozione della salute fino alla presa in carico di pazienti complessi e che a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo si riportano di seguito in elenco:

- Promozione della salute e del benessere in tutti gli ambienti di vita;
- Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria;
- Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- Prevenzione e controllo delle malattie infettive;
- Prevenzione e controllo delle malattie croniche (es. diabete e malattie cardiovascolari);
- Screening oncologici per la diagnosi precoce dell'insorgenza dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon retto;

- Erogazione di prestazioni specialistiche (visite, prelievi, diagnostica ecc.) nei Poliambulatori e Case della Salute;
- Accoglienza (PUA), Cure primarie, Continuità assistenziale e servizi integrati nelle Case della Salute;
- Tutela della salute sessuale e riproduttiva, tutela della salute della donna, percorso nascita, interruzioni volontarie di gravidanza nei Consultori familiari;
- Somministrazione di vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate, internazionali, antinfluenzali ecc.) nei Centri Vaccinali;
- Attivazione di percorsi residenziali (RSA), semiresidenziali (Centri Diurni) o domiciliari per persone non autosufficienti, anche anziane, e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- Autorizzazione e fornitura di ausili e protesi;
- Attivazione delle cure palliative sia in Hospice che a domicilio per quei pazienti affetti da patologie che non rispondono più a trattamenti specifici e curativi;
- Distribuzione di farmaci e presidi;
- Prevenzione, diagnosi e cura di pazienti 0-18 anni con disturbi e patologie neurologiche, psichiatriche o affetti da disagio psico-sociale presso i centri di Tutela salute mentale e riabilitazione età evolutiva (TSMREE);
- Prevenzione e trattamento delle dipendenze da sostanze stupefacenti, alcool, fumo, gioco d'azzardo ecc.) nei servizi per le dipendenze (SerD);
- Tutela della salute all'interno degli Istituti penitenziari di Regina Coeli e di Casal del Marmo.

Di seguito si riportano alcuni dati di sintesi che illustrano la complessità dell'assistenza territoriale erogata sia direttamente che attraverso strutture accreditate:

Strutture	N.
Distretti	6
Case della Salute	3
Poliambulatori - Consultori - Centri Vaccinali	Oltre 200
Strutture Riabilitative ex art 26	23
RSA	19
Hospice	4

Nella tabella seguente si rappresentano in sintesi le strutture residenziali e semiresidenziali del DSM:

Strutture DSM	POSTI
Centri Diurni	208
Riabilitazione sul Territorio e Tecniche Innovative	60
Strutture Residenziali	184
SRTR (estensive)	108
SRSR (h12 + Gruppi appartamento)	66

Nell'ambito delle attività svolte all'interno delle realtà distrettuali, ma con valore proprio nella sopra menzionata funzione di raccordo tra strutture e servizi anche di diversi *setting* assistenziali, vi sono le **Centrali Operative Territoriali – Distrettuali (COT-D)**.

Queste strutture organizzative, attivate in fase emergenziale (formalmente il 20 aprile 2020 con la Delibera del Direttore Generale n. 343) per fornire supporto al territorio nel contrasto alla pandemia da Sars-CoV2, sono state oggi assorbite nel modello organizzativo aziendale. Nel numero di 6, una per ogni Distretto, si sono strutturate con personale multiprofessionale (medici, infermieri, assistenti sanitari e personale amministrativo) oggi impegnato su un panorama di attività e servizi sempre più ampio che va dalla realizzazione di interventi mirati per la popolazione *hard to reach* alla implementazione di un modello organizzativo di presa in carico del bisogno assistenziale a livello territoriale in accordo con quanto previsto dal PNRR, dal DM 77/2022 e dalla DGR 643/2022. Le Centrali Operative Distrettuali si sono quindi strutturate con un'afferenza funzionale a ciascuna Direzione di Distretto e una caratteristica composizione multidisciplinare e multiprofessionale.

Le funzioni oggi assolte sono riconducibili a 3 ambiti:

- Integrazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale
- Nucleo Clinico Casi Complessi
- Nucleo Intelligenza Epidemiologica

Le 6 COT-D, in tale veste organizzativa e attraverso le tre funzioni sopra elencate, sono quindi dedicate all'integrazione assistenziale ed entrano nel processo di governo della transizione tra *setting*, della gestione clinica ed organizzativa della complessità e del supporto alla comprensione epidemiologica del territorio e della committenza.

Da strumento emergenziale la Centrale operativa è pertanto diventata un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i Servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali.

1.5 La Dimensione Economica

Ricordando che Pianificazione e Programmazione aziendale sono coerenti e integrate con la Programmazione Economica, si rappresenta di seguito in sintesi il valore degli ultimi bilanci.

CE	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2022	Consuntivo 2023	BEP 2024 (DGR 991/2023)	BEP 2025 (DGR 1185/2024)
A1	Contributi F.S.R.	2.049.318.782,15	2.045.035.505,50	2.163.285.398	2.096.541.617
A2	Saldo mobilità	463.806.475,06	516.562.776,01	478.299.884	516.562.776
A3	Entrate Proprie	60.408.568,60	85.201.131,25	81.853.168	92.881.429
A4	Saldo intramoenia	740.960,98	1.996.494,31	1.485.397	2.060.512
A5	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 7.495.881,35	- 8.057.534,98	-6.361.250	-8.802.767
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	874.021,67	- 26.479.938,36	0	24.372.491
A	TOTALE RICAVI NETTI	2.567.652.927,11	2.614.258.433,73	2.718.562.597	2.723.616.058
B1	Personale	346.291.085,13	351.012.144,64	349.216.963	367.339.884
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	413.434.430,96	435.527.561,31	438.181.000	508.401.666
B3	Altri beni e servizi	248.778.635,52	246.099.341,86	259.042.104	257.998.360
B4	Ammortamenti e costi capitalizzati	15.170,39	15.171,16	15.170	15.171
B5	Accantonamenti	32.945.910,00	49.637.738,26	31.781.242	25.978.718
B6	Variazione rimanenze	- 8.374.171,03	- 1.554.001,46	0	0
B	TOTALE COSTI INTERNI	1.033.091.060,97	1.080.737.955,77	1.078.236.480	1.159.733.799
C	TOTALE COSTI ESTERNI	1.536.245.194,78	1.550.550.207,98	1.611.696.992	1.531.937.117
D	TOTALE COSTI OPERATIVI (B+C)	2.569.336.255,75	2.631.288.163,75	2.689.933.472	2.691.670.916
E	MARGINE OPERATIVO (A-D)	- 1.683.328,64	- 17.029.730,02	28.629.125	31.945.141
F	TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE	- 1.683.328,64	- 158.950.944,60	28.629.125	31.945.141
G	RISULTATO ECONOMICO (E-F)	-	141.921.214,58	-	-

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

Come già rappresentato in premessa, l'esercizio 2024 ha impegnato l'Azienda nell'avvio di un percorso volto a ridefinire i principi e il sistema di valori che orientano l'operato dell'organizzazione. Nella Proposta di Atto di Autonomia Aziendale della ASL ROMA 1 (delibera 886 del 18/07/2024), vengono identificati quali valori fondamentali:

Centralità del cittadino
Flessibilità e dinamicità
Efficienza organizzativa e sicurezza per gli operatori
Trasparenza
Efficacia ed equità
Miglioramento continuo della qualità
Gestione del Rischio clinico
Qualificazione professionale e valorizzazione del capitale umano
Governo clinico
Coordinamento della presa in carico della persona
Digitalizzazione
Comunicazione

Nell'evidenziare come per "Valore Pubblico" si intenda la creazione di benessere per gli utenti esterni ed interni all'organizzazione e quindi della collettività si specifica di seguito, seppur sinteticamente, l'obiettivo generale verso cui tendono i diversi elementi del sistema valoriale rappresentato in elenco.

- **Centralità del cittadino:** sviluppare e gestire le attività ponendo al centro le esigenze e i bisogni del cittadino.
- **Flessibilità e dinamicità:** promuovere uno stile di lavoro flessibile, dinamico e orientato al raggiungimento degli obiettivi, per favorire e supportare l'evoluzione organizzativa del sistema.
- **Efficienza organizzativa e sicurezza per gli operatori:** ricercare il miglior assetto organizzativo e gestionale per ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane, economiche e tecnologiche e per sfruttare le sinergie tra le diverse attività aziendali nel rispetto delle norme di sicurezza di tutti gli operatori.



- **Trasparenza:** gestire in modo trasparente le scelte strategiche e dei progetti di sviluppo relativi all'attività svolta dandone massima visibilità sul sito aziendale.
- **Efficacia ed equità:** promuovere scelte organizzative e operative utili a perseguire omogeneità dei servizi ed equità distributiva, con l'attivazione di processi e percorsi di cura strutturati per ottenere una efficace e omogenea presa in carico dei problemi di salute e una continuità dell'assistenza nelle varie fasi di bisogno. A tal fine l'Azienda si propone di conoscere e riconoscere il bisogno di salute di tutti i suoi assistiti, in tutte le fasi della loro vita specie dei più fragili, in modo da definire una risposta strutturata che veda nella qualità dei suoi professionisti l'elemento cardine.
- **Miglioramento della qualità:** gestire le attività aziendali tramite l'utilizzo di strumenti di miglioramento continuo della qualità.
- **Gestione del Rischio clinico:** sostenere la cultura della segnalazione dell'errore e sviluppare le modalità più avanzate per il controllo e la gestione degli Eventi Avversi e dei "near miss" predisponendo una programmazione di formazione continua degli operatori alla prevenzione degli errori.
- **Qualificazione professionale e valorizzazione del capitale umano:** promuovere, a ogni livello, le opportunità di qualificazione e sviluppo professionale degli operatori, attraverso la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento finalizzati alla valorizzazione e responsabilizzazione degli stessi, con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del sistema.
- **Governo clinico.** Porre quale elemento cardine un approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo della organizzazione con al centro della programmazione e gestione dell'assistenza sanitaria, i bisogni dei cittadini e valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari con lo scopo di assicurare il benessere organizzativo e prevenire lo stress lavoro correlato.
- **Coordinamento della presa in carico della persona.** Favorire il processo di raccordo tra servizi e professionisti, anche attraverso l'implementazione delle Centrali Operative (COT) e la Procedura Operativa Aziendale per i processi di Transitional Care, al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.
- **Digitalizzazione:** promuovere un'evoluzione sistematica per sostenere una crescita omogenea di tutti gli ambiti aziendali, accompagnando lo sviluppo di sistemi di dati e dell'interoperabilità che possano guidare le scelte in sanità e nell'organizzazione delle attività.

- **Comunicazione:** promuovere il coinvolgimento attivo dei cittadini, delle famiglie, delle Istituzioni, delle Associazioni, delle organizzazioni no profit, del terzo settore e delle Comunità in una logica di sinergia, al fine di garantire il perseguimento unitario delle migliori scelte di politiche sanitarie e di protezione sociale. A tal fine rendere sistematica la misurazione del livello di “customer satisfaction” e la comunicazione attraverso strumenti diversificati e ambienti tradizionali e new media. La ASL presta la massima attenzione alle persone con difficoltà fisiche e alle differenze culturali - inserendo nella social media policy il valore del rispetto umano come condizione imprescindibile - alla comprensibilità del linguaggio utilizzato, per favorire l’empowerment dei cittadini, anche attraverso il servizio strutturato di mediazione linguistica e culturale.

Questi obiettivi generali a valenza strategica pluriennale vengono quindi declinati in obiettivi specifici annuali per avvicinare progressivamente l’Azienda al modello che vuole raggiungere, avvalendosi di appositi strumenti di programmazione quale il budget operativo.

Nell’ambito dell’accessibilità digitale si evidenzia che prosegue l’attività di assessment sui siti web per garantire il rispetto dei requisiti tecnici previsti nell’allegato A della Legge 4/2004 “Disposizioni per favorire l’accesso dei soggetti disabili agli strumenti informativi”.

Si specifica che i primi risultati dell’assessment hanno condotto l’azienda a dotarsi di:

- Un’applicazione per abbattere le barriere linguistiche, che consente una comunicazione sicura tra gli operatori sanitari e i pazienti, soprattutto in situazioni di emergenza, offrendo la traduzione dei testi medici in tutte le lingue, verificati da madrelingua con esperienza nel settore sanitario;
- Un’applicazione di Videocomunicazione destinata alle persone con difficoltà uditive, che permette di collegare qualsiasi servizio al cittadino con il Video Center, dove operano gli Interpreti LIS in Rete. Il compito dell’interprete, attivato attraverso l’App, è rendere più facile ed efficace la comunicazione tra il non udente ed il suo interlocutore, traducendo le istanze della persona sorda dalla Lingua dei Segni in linguaggio verbale e, viceversa, traducendo in LIS le indicazioni dell’interlocutore.

L’azienda ha portato avanti le attività per presentare la dichiarazione di accessibilità per ciascun sito web ed App che offrono servizi digitali al pubblico, in conformità alla Direttiva UE 2016/2102.

Con riferimento al Piano Triennale per l’informatica nella PA 2024-2026, sono in corso iniziative per migliorare l’accessibilità e l’usabilità dei servizi digitali attraverso progettualità PNRR di tipo nazionale (PA digitale 2026), a cui l’azienda ha aderito. Sono in fase di realizzazione:

- La piattaforma "IAM", che consente l'accesso ai servizi (sia degli operatori che dei cittadini) tramite SPID e/o CIE, al fine di certificare l'identità degli accessi;
- La piattaforma "APP IO", che consente l'invio da parte della ASL Roma1 delle notifiche per i diversi servizi aziendali (comunicazione di presa in carico della pratica, di conferma di appuntamento, di pagamento attraverso Pago PA, etc.);
- La piattaforma per i pagamenti attraverso "Pago PA", che consente l'invio della notifica di pagamento, il pagamento mediante strumento digitale e la consegna della relativa ricevuta;
- Un progetto accoglienza, mediante il quale sono in corso di installazione sistemi eliminacode evoluti, realizzati anche mediante l'ausilio di App per prenotazioni, avvisi e gestione dell'accesso. Inoltre, sono previsti sportelli automatici che, oltre la prenotazione, consentono i pagamenti, la stampa di certificati, etc...

In aggiunta, sono in corso le attività previste dal PNRR per il miglioramento degli aspetti infrastrutturali. È stato attivato il numero unico aziendale con tecnologia VOIP, che consente di raggiungere tutte le sedi dell'azienda attraverso un unico centralino, in modo da renderla più vicina e accessibile al cittadino. Sono in corso di completamento la rete WIFI per la gestione degli apparati mobili aziendali e degli utenti esterni. E' in fase di completamento anche il potenziamento della rete di interconnessione delle sedi aziendali per rendere più performanti gli accessi da remoto.

Per quanto riguarda le procedure da semplificare e reingegnerizzare secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione, l'assessment avviato nel 2023, finalizzato alla verifica, normalizzazione ed eventuale adeguamento o sostituzione delle piattaforme in relazione ai requisiti standard del Codice dell'Amministrazione Digitale, ai requisiti introdotti dal PNRR, e alla Strategia Cloud Italia, ha portato alla contrattualizzazione con il Polo Strategico Nazionale (concessionario del Dipartimento della Transizione Digitale) dell'infrastruttura e delle attività per la migrazione verso il Cloud di tutte le piattaforme aziendali. Parallelamente sono in corso di realizzazione le attività di reingegnerizzazione delle piattaforme al fine di renderle aderenti agli standard del Codice dell'Amministrazione Digitale, ai requisiti normativi NIS, agli standard di sicurezza informatica (ACN) ed alla normativa sul trattamento dei dati.

Come si può evincere da quanto finora rappresentato l'attenzione rivolta a favorire l'accessibilità sia fisica che digitale della popolazione di riferimento e in particolare degli utenti ultrasessantacinquenni e con disabilità connota tutta l'attività di pianificazione volta al rafforzamento e alla valorizzazione in primis dei servizi territoriali.

La progettazione delle Case della Comunità secondo le progettualità PNRR così come l'implementazione delle COT-D rappresentano due dei principali strumenti al servizio della garanzia di un'accessibilità che parte dalla capacità di intercettare i bisogni di salute ancor prima che divengano domanda al fine di orientarne la corretta traduzione in appropriata richiesta assistenziale.

Non di secondaria importanza sono poi i progetti volti a garantire attraverso tecnologie innovative un'assistenza integrata multiprofessionale e multispecialistica anche da remoto come i servizi di telerefertazione e teleriabilitazione.

2.2 Performance

Nell'ambito del percorso aziendale sopramenzionato volto alla definizione dei principi e dei valori che orientano l'operato dell'organizzazione, si è data evidenza di come il *Performance Management* rappresenti per l'azienda un modello di *governance* indispensabile per il perseguimento della missione aziendale in ottica di miglioramento continuo, valorizzazione del merito e trasparenza dei risultati.

Nello specifico l'impegno posto in essere per permettere una reale evoluzione del sistema Performance mira a raggiungere, già nel 2025, 3 importanti obiettivi con evidente valenza trasversale per gli ambiti caratterizzanti in sistema valoriale dell'azienda sopradescritto.

- L'elaborazione di un Nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, con specifica attenzione nel favorire la multidimensionalità
- L'implementazione di un processo organizzativo volto a garantire l'assegnazione ai centri di responsabilità degli obiettivi specifici in tempi congrui al completo governo delle attività svolte nell'anno di riferimento
- L'avvio di un sistema di monitoraggio che permetta alla Direzione Aziendale e ai singoli centri di responsabilità un tempestivo controllo degli andamenti

Se la Pianificazione Strategica identifica gli obiettivi con un orizzonte temporale medio/lungo, la programmazione annuale rappresenta l'articolazione operativa degli obiettivi generali e il momento di sintesi tra le dimensioni del Governo Clinico e del Governo Economico-Finanziario. Nella definizione del Budget Operativo vengono quindi identificati gli obiettivi annuali da assegnare ai Centri di Responsabilità in coerenza con le risorse disponibili ed individuati gli indicatori atti al monitoraggio e alla misurazione del grado di raggiungimento dei suddetti obiettivi.

Come da schema di seguito riportato, si evidenzia la struttura ad albero che il sistema della Performance si propone di sviluppare, dove i macro-obiettivi vengono declinati in obiettivi specifici a loro volta descritti attraverso indicatori volti a misurare il valore prodotto.



L'Azienda assicura l'integrazione tra governo clinico ed economico-finanziario, garantendo che tali dimensioni gestionali risultino fra loro strettamente integrate e alla base dei processi di programmazione e valutazione.

In questo senso nell'assegnazione degli obiettivi di performance annuale sono previsti, accanto agli obiettivi economici e di produzione, obiettivi del governo clinico e qualitativi con un peso di questi ultimi superiore al 50%; il percorso metodologico si articola con:

- Inizio programmatico della direzione strategica della contrattazione entro la fine di novembre di ciascun anno, sulla base delle indicazioni regionali, inviata ai responsabili delle strutture cliniche e professionali
- Richiesta di declinazione e proposte di indicatori degli obiettivi, dell'articolazione aziendale diretta e coinvolgimento dei propri collaboratori. In particolare si sottolinea l'importanza di un ampio coinvolgimento del personale afferente nell'elaborazione delle proposte e nella condivisione delle schede volto a favorire il comune orientamento verso il raggiungimento degli obiettivi e a generare responsabilità condivise.
- Incontri di negoziazione con la Direzione aziendale
- Approvazione di una scheda di budget che contiene obiettivi economici, di volumi di prestazioni e di governo clinico, i tempi e i modi del loro monitoraggio trimestrale o mensile a seconda delle necessità entro il primo trimestre di ogni anno

Nel rispetto di quanto sopra rappresentato si dà evidenza che da novembre sono stati avviati gli incontri di negoziazione volti alla corretta declinazione degli obiettivi generali in obiettivi specifici nonché dei relativi indicatori di misurazione con i target.

Si prevede pertanto, a chiusura della fase di negoziazione che coinvolgerà tutti i Centri di Responsabilità aziendali e quindi dell'approvazione delle schede di performance per l'esercizio di riferimento, integrazione del presente Piano con specifico allegato che evidenzia per l'esercizio 2025 la declinazione degli obiettivi strategici negli obiettivi specifici.

In continuità al percorso già avviato nel precedente PIAO, nell'ambito del processo di definizione delle schede di performance si sono individuati obiettivi a valenza aziendale riferiti soprattutto a linee di indirizzo nazionali e regionali e obiettivi il cui focus fosse più orientato alle specifiche attività svolte dall'Unità Operativa.

Si rappresenta quindi in primis un prospetto dei principali indicatori a valenza aziendale e di seguito un focus su gli indicatori di governo clinico assegnati ai CdR secondo competenza.

Indicatore	Baseline	2025	2026	2027
Tempo medio d'attesa in PS per esito "Ricovero in Reparto di Degenza" (ore), escluso OBI	18,8 h	18,8 h	17,86 h	16,97 h
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		0%	5%	5%
% di Ricette per Prestazione Specialistiche Erogate Dematerializzate	85,50%	90%	90%	90%
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		5,5%	0%	0%
% di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi d'attesa per classe di priorità A (30gg)	47,00%	90%	90%	90%
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		92%	0%	0%
% popolazione over 65 non autosufficiente in assistenza domiciliare	10,9%	> 9,91%	> 10%	> 10%
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		0%	1%	0%
Tasso di Pazienti trattati in Assistenza Domiciliare (Livello CIA 1)	6	> 4	> 4	> 4
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		0%	0%	0%
Tasso di Pazienti trattati in Assistenza Domiciliare (Livello CIA 2)	13	> 2,5	> 2,5	> 2,5
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		0%	0%	0%
Tasso di Pazienti trattati in Assistenza Domiciliare (Livello CIA 3)	4,4	> 2	> 2	> 2
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		0%	0%	0%
% di pazienti che effettua Screening Mammografico di II livello entro 28gg da screening I livello positivo	86,30%	90%	90%	90%
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		4,5%	0%	0%
% di pazienti che effettua Screening Colon Retto di II livello entro 30gg da screening I livello positivo	40,90%	90%	90%	90%
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		120%	0%	0%
Azzeramento dello Stock del Debito	1.671.866,52 €	- €	- €	- €
<i>Variazione rispetto al periodo precedente</i>		100%	0%	0%

Nello specificare che l'azienda nell'ambito del governo Clinico ha avviato una progettualità volta a fornire un monitoraggio tempestivo dei principali indicatori Prevalenti, si rappresenta di seguito i principali obiettivi di governo clinico assegnati ai CdR.

Area	Indicatore	Target
Prevenzione	% di popolazione target invitata per screening colon retto (50-74)	100
	% di popolazione target invitata per screening cervicale HPV (30-64)	100
	% di popolazione target invitata per screening mammografico (50-69)	100
	% di popolazione target invitata per screening cervicale Pap Test (25-29)	100
	Proporzione adesione programmi di screening per carcinoma mammella	> 50%
	Proporzione adesione programmi di screening per colon retto	> 50%
	Proporzione adesione programmi di screening per cervice uterina	> 60%
	Screening mammografico: proporzione approfondimento diagnostico entro 28 gg in casi di primo livello positivo sul totale di approfondimento diagnostico in casi di I livello positivo	≥ 90%
	Screening citologico: proporzione approfondimento diagnostico entro 60gg in casi di I livello positivo sul totale di approfondimento diagnostico in casi di I livello positivo	≥ 92,5%
	Screening Colon Retto: proporzione approfondimento diagnostico entro 30gg in casi di I livello positivo sul totale di approfondimento diagnostico in casi di I livello positivo	> 90%
	% soggetti nati nel 2023 vaccinati entro i 24 mesi di età con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	100%
	% soggetti nati nel 2023 vaccinati entro i 24 mesi di età con cicli completi per morbillo, parotite e rosolia	100%
	% soggetti nati nel 2023 vaccinati entro i 24 mesi di età contro pneumococco	100%
Percentuale numero soggetti di età >65 anni (al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna) vaccinati per influenza nel 2025	75%	
Territorio	LIVELLO 1 (CIA ≥ 0,14 e < 0,31) - N° prese in carico prevalenti in assistenza domiciliare (bisogno complesso) di persone con CIA ≥ 0,14 e < 0,31/Popolazione residente*1000	≥ 4
	LIVELLO 2 (CIA ≥ 0,31 e < 0,51) - N° prese in carico prevalenti in assistenza domiciliare (bisogno complesso) di persone con CIA ≥ 0,31 e < 0,51/Popolazione residente*1000	≥ 2,5
	LIVELLO 3 (CIA ≥ 0,51) - N° prese in carico prevalenti in assistenza domiciliare (bisogno complesso) di persone con CIA ≥ 0,51/Popolazione residente*1000	≥ 2
	N° prese in carico prevalenti in assistenza domiciliare (bisogno complesso) di persone >64 anni (tutte le classi CIA)/Popolazione residente >64 anni*100	≥ 9,91
Ospedale	Degenza media - ordinari	≤ 7,4 gg
	Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	≥ 80
	Proporzione di interventi chirurgici entro 48 ore su persone con frattura di femore età >64 anni	≥ 70%
	Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro novanta minuti (struttura di ricovero)	≥ 60%
	Colecistectomia Ips interventi/aa per UOC:	≥ 100
	proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni (minimo 70%)	≥ 80%
	% interventi conservativi con reintervento a 120g in casi di tumore della mammella	≤ 2%
	Volume di parti Ospedale S. Spirito	≥ 500
	Volume di parti Ospedale S. Filippo Neri	≥ 1000
	Rispetto delle tempistiche regionali per la chiusura delle SDO	100%
	Consulenze per il reparto, urgente, espletate entro 6h	≥ 90%
	Consulenze per il reparto, non urgente, espletate entro 24h	≥ 90%
	Tasso di Occupazione delle Sale Operatorie per gli interventi in regime Ordinario (touch time)	≥ 75%
	Proporzione dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco ed almeno un esame ecocardiografico durante la degenza	≥ 82%
	Tempo medio di attesa in PS (differenza tra data/ora uscita e data/ora presa in carico) su accessi con esito ricovero (24h=1440')	< 720', condizionato al numero di ppl previsti dalla rete ospedaliera

Area	Indicatore	Target
PDTA	Applicazione PDTA Ortopedico: Emofilia	SI
	Elaborazione PDTA Ortopedico: Frattura del Collo del Femore	SI
	Applicazione PDTA Scompenso Cardiaco	SI
	Elaborazione PDTA Malformazioni Cranio-Facciali	SI
	Elaborazione PDTA Disfagia ed Epilessia	SI
	Applicazione PDTA Neurologia	SI
	Applicazione PDTA Tumore Mammella	SI
	Applicazione PDTA Diabete	SI
	Applicazione PDTA Artriti e Connettiviti	SI
	Elaborazione ed implementazione PDTA Maculopatia	SI
	Applicazione PDTA Cheratocono	SI
	Elaborazione PDTA Retina e Diabete	SI
	Elaborazione PDTA Endocrinologia	SI
	Applicazione PDTA Nodulo Tiroideo	SI
	Applicazione PDTA Tumore Mammella, Tumore Colon ,Tumore Retto, Ematologia	SI

Ricordando inoltre come la pianificazione e la programmazione aziendale siano fortemente influenzate dagli investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Per garantire l'effettivo conseguimento degli obiettivi del PNRR, il rispetto delle rigorose tempistiche per i lavori e la piena funzionalità delle strutture e dei relativi progetti alla scadenza dei termini, l'Azienda ha definito un modello di governo che preveda l'efficace coinvolgimento di tutti i principali portatori di interesse, guidati da una Cabina di Regia.

Con focus specifico rispetto all'attivazione delle **Case della Comunità**, già identificate quale strumento volto a garantire l'orientamento aziendale verso la realizzazione di un modello di assistenza costruito sui bisogni sanitari della popolazione e sulla prossimità, nonché oggetto di programmazione PNRR e DM 77, si rappresenta di seguito il cronoprogramma delle aperture previste nel primo semestre 2025.

Denominazione Casa della Comunità	Distretto	Ruolo	Indirizzo	avvio lavori	Completamento lavori
Canova	1	SPOKE	Via Antonio Canova, 19 - 00186	15.02.25	31.03.26
Prati Trionfale	1	HUB	Via Fra Albenzio, 10 - 00136	01.03.24	31.03.26
IMRE Viale Angelico	1	SPOKE	Viale Angelico, 28 - 00195	01.03.24	31.03.26
Luzzatti	1	HUB	Via Luigi Luzzatti, 8 - 00185	01.03.25	31.07.25
Nuovo Regina Margherita	1	HUB	Via Emilio Morosini, 30 - 00153	15.01.25	15.06.25
Circonvallazione Nomentana	2	HUB	Circonvallazione Nomentana, 498 - 00162	02.12.24	30.09.25
Tagliamento	2	HUB	Via Tagliamento, 19 - 00198	24.06.24	31.12.25
Frentani	2	SPOKE	Via dei Frentani, 6 - 00185	31.01.25	31.03.26
Lampedusa	3	HUB	Via Lampedusa, 23-27 - 00141	01.02.25	01.12.25
Dina Galli	3	SPOKE	Via Dina Galli, 3 - 00139	mar-25	31.07.25
Paolo Monelli	3	HUB	Via Paolo Monelli, snc - 00139	mar-25	31.03.26
Boccea 271	13	HUB	Via di Boccea, 271 - 00167	feb-25	31.03.26
Boccea 625	13	SPOKE	Via di Boccea, 625 - 00166	01.03.24	01.04.25
Montespaccato Tornabuoni	13	HUB	Via Cosimo Tornabuoni, 50 - 00166	01.03.24	31.01.25
Valle Aurelia	13	SPOKE	Viale di Valle Aurelia 115/A - 00167	31.01.25	31.05.25
San Zaccaria Papa	14	HUB	Piazza San Zaccaria Papa, 1 - 00168	30.01.25	31.10.25
Compensorio Santa Maria della Pietà	14	HUB	Pad 2, Piazza Santa Maria della Pietà, 5 - 00135	01.03.24	31.09.25
Cassia 472	15	HUB	Via Cassia, 472 - 00189	in attesa	31.03.26
Cesano Scuola di Fanteria	15	SPOKE	Via della Stazione di Cesano, 423 - 00123	28.02.25	31.03.26

Le attività di digitalizzazione previste per il triennio 2024-2026, in linea e continuazione con le attività previste per il precedente triennio, contribuiranno significativamente, affiancando e supportando quanto previsto nell'ambito degli investimenti PNRR, ad elevare lo standard di informatizzazione aziendale fino al LIVELLO 4 previsto dal PNRR stesso. Questo livello potrà essere attestato dall'assessment dell'esperto esterno regionale previsto dalla Regione Lazio per tutte le strutture ospedaliere sede di DEA, per le quali nel 2023 sono stati ricevuti i primi livelli di assessment con i seguenti report:

- **EMRAM** che misura il livello di adozione della cartella clinica elettronica;
- **INFRAM** che misura il livello di maturità dell'infrastruttura tecnologica sanitaria;
- **Survey Custom PNRR** che misura il grado di raggiungimento degli obiettivi PNRR.

Il raggiungimento del livello 4 prevede, oltre al fatto che la struttura ospedaliera sia dotata di sistemi LIS, RIS-PACS, Anatomia Patologia, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica di Pronto Soccorso, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica dei blocchi operatori, ADT e MPI, servizi di farmacia informatizzati, prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato, cartella clinica elettronica ospedaliera, repository e order entry, anche altre piattaforme e attività oggetto degli interventi finanziati dai nuovi fondi del PNRR 2024-2025 per i DEA. È prevista l'attivazione e la manutenzione di nuove soluzioni necessarie allo sviluppo digitale dell'azienda, sia in ambito amministrativo contabile che sanitario, oltre che in relazione all'attivazione di piattaforme trasversali di comunicazione, collaborazione, informatizzazione della gestione dei contatti e degli accessi, con l'obiettivo di supportare l'evoluzione della digitalizzazione dei processi interni e la comunicazione con il cittadino.

Di seguito si riportano alcuni interventi attuati per il raggiungimento dell'obiettivo sopra citato:

- Completamento dell'evoluzione del sistema di data lake e business intelligence aziendali e delle analisi pertinenti all'area del controllo di gestione e del population health management, con intelligenza epidemiologica al servizio delle COT;
- Manutenzione dei servizi di firma digitale remota e FEA, per i quali è stato completato il processo digitale di riconoscimento e rilascio delle firme;
- Messa in produzione della piattaforma regionale a supporto delle COT;
- Dotazione della piattaforma di telemedicina in riuso dall'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata;
- Miglioramento dei servizi professionali a supporto del completamento dell'assessment e della riprogettazione dei processi di backoffice amministrativo di sportello, centralino, URP, Contact Center, Social e portale aziendale, con l'obiettivo di definire il piano progettuale e dei fabbisogni per lo sviluppo della piattaforma di Customer relationship management aziendale, anche a supporto della comunicazione delle COT. Tale sviluppo potrà essere supportato con l'impiego delle risorse del PNRR assegnate alla ASL Roma1 per lo sviluppo di applicazioni e portali. Tale assessment è volto anche a discriminare processi di competenza e pertinenza della piattaforma "Fascicolo Sanitario Elettronico" (FSE) regionale e quelli di competenza aziendale, nonché a definire le modalità di comunicazione e interazione con l'utenza a supporto della conoscenza e della diffusione dei servizi aziendali, dell'empowerment del cittadino in relazione alle attività di prevenzione e informazione, e dei servizi messi a disposizione dalla ASL Roma1 e dal Servizio Sanitario Regionale e Nazionale;
- Sono state contrattualizzate le attività di migrazione e sviluppo dei sistemi di collaboration e communication aziendali (posta, videoconferenza, gestione delle aree documentali) e reingegnerizzazione del nuovo portale intranet e App aziendale su piattaforma Microsoft Teams, le cui licenze sono state acquisite per il personale afferente ai DEA aziendali di I livello tramite la linea di investimento PNRR destinata all'acquisizione di licenze;
- Sono stati contrattualizzati i servizi di gestione e continua implementazione della cybersecurity, con particolare riferimento all'adeguamento del precedente assessment alla normativa NIS 2, alla verifica dell'avanzamento della postura di sicurezza, alla programmazione dei piani di VA/PT e al supporto alla definizione della postura di sicurezza in relazione al piano di migrazione al cloud, oltre che alla formazione tecnica ai fini della certificazione ISO27001;
- Altri incrementi sono dovuti all'attivazione e completamento di nuove funzionalità in relazione allo sviluppo della cartella del medico competente, della cartella del dipartimento della

salute mentale, allo sviluppo di un sistema di workflow per il monitoraggio della programmazione gare e concorsi, alla normalizzazione e supporto alla riprogettazione dei modelli logistici e allo sviluppo delle integrazioni dei sistemi sanitari aziendali con la piattaforma informatica di gestione della logistica di magazzino per il monitoraggio e la tracciabilità dei dispositivi, dei materiali e dei farmaci nei vari contesti, comprese le sale operatorie.

Ulteriori progettualità in fase di studio e di predisposizione dei capitolati per l'affidamento, riguardano gli impianti 5G in door, al fine di migliorare la comunicazione mobile all'interno delle strutture della ASL Roma1.

Dal punto di vista delle piattaforme software, l'azienda sta avviando un processo di cambiamento incentrato sull'architettura a "microservizi", considerata una soluzione agile e scalabile, che permette di standardizzare i processi digitali e di facilitare anche il processo di change management dell'organizzazione.

COMITATO UNICO DI GARANZIA - CUG

In attuazione della Legge 183/2010, sono state emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le Pari Opportunità la Direttiva del 04/03/2011 e la Direttiva n. 2/2019 in merito al "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) quale organo di garanzia, ha funzioni propositive, consultive e di verifica, al fine di assicurare comportamenti etici e inclusivi nell'ambito del lavoro pubblico, promuovendo un ambiente sano e rispettoso per tutti i dipendenti.

La ASL Roma 1, in linea con la normativa vigente in materia, mira a promuovere e garantire le pari opportunità e la tutela della dignità di tutte le persone all'interno dell'organizzazione, per prevenire e contrastare discriminazioni, mobbing, molestie e qualsiasi forma di violenza sul posto di lavoro, nonché monitorare le politiche di benessere organizzativo e proporre iniziative per il miglioramento dell'ambiente lavorativo.

Nell'ottica di aggiornare il proprio Comitato Unico di Garanzia (CUG) e al fine di continuare ad assicurare un maggior coinvolgimento e una rappresentanza più ampia nelle politiche di pari opportunità e inclusività, compreso un adeguamento alle attuali esigenze organizzative, l'Azienda, con l'adozione della delibera n. 1595 del 18/12/2024, ha avviato la procedura di rinnovo dei membri del Comitato in questione.

Attualmente, è in corso l'iter volto all'individuazione dei componenti per la parte pubblica del CUG che, a seguito dell'espletamento della procedura prevista, a cura di apposita commissione, sarà

integrata con i nominativi designati dalle Organizzazioni Sindacali presenti in Azienda, determinando la complessiva composizione dell'organismo.

Per effetto dell'avvenuta conclusione della predetta procedura, il nominando Comitato, tra le prioritarie attività nell'ambito della sua funzione propositiva, avrà cura di predisporre ed adottare, in conformità alla vigente normativa, il Piano triennale delle azioni positive, che costituirà il documento di riferimento aziendale.

Tale Piano triennale, aggiornato entro il 31 gennaio, ha tra gli obiettivi principali, l'individuazione di misure specifiche necessarie a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, promuovere condizioni di benessere lavorativo, oltre che a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing e disagio organizzativo all'interno dell'Azienda. Dovrà, inoltre, rispondere alle esigenze di adeguamento continuo delle politiche aziendali, in modo da garantire l'adeguamento alle normative nazionali e internazionali, nonché l'implementazione delle *best practice* in tema di pari opportunità.

Quanto alla sua funzione consultiva, il CUG svolge un'azione di prevenzione delle potenziali situazioni di discriminazione in quanto chiamato a formulare pareri in merito ai progetti di riorganizzazione dell'Azienda, ai piani di formazione del personale, alle forme di flessibilità lavorativa, agli interventi di conciliazione e ai criteri di valutazione del personale.

Ferme restando, nella sostanza, le funzioni propositive e consultive, nell'ambito dei compiti di verifica, il Comitato, in ordine allo stato di attuazione del Piano triennale delle azioni positive, deve presentare una relazione agli organi di indirizzo politico-amministrativo, entro il 30 marzo di ogni anno, sulla situazione del personale riferita all'anno precedente; nello specifico, sul monitoraggio degli incarichi conferiti al personale dirigenziale e non, sulle indennità e posizioni organizzative al fine di individuare eventuali differenziali retributivi tra uomini e donne. La summenzionata relazione deve essere trasmessa anche all'Organismo indipendente di Valutazione (OIV) ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva aziendale e della performance individuale del dirigente responsabile.

Inoltre, tra le funzioni di verifica, il CUG svolge da sensore per le situazioni di malessere legate a violenza e discriminazione, anche al fine delle opportune segnalazioni ai soggetti funzionalmente e territorialmente competenti.

Fondamentale, è il ruolo del CUG in collaborazione con altri organismi (es. OIV etc.) ai fini dell'attuazione delle politiche aziendali in modo coerente e integrato.

Nel complesso, il Comitato Unico di Garanzia, anche in funzione del fondamentale Piano triennale delle azioni, si prefigge di migliorare e apportare cambiamenti positivi all'interno dell'Azienda, con

l'obiettivo di creare un ambiente di lavoro sempre più inclusivo, equo e rispettoso dei diritti di tutti i dipendenti.

A tal fine, il CUG avrà il compito di monitorare l'efficacia delle misure adottate, assicurando che le politiche aziendali siano continuamente adattate e migliorate nel tempo, per garantire l'ottenimento degli obiettivi prefissati e l'adeguamento alle normative e alle migliori pratiche in tema di pari opportunità.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Gli attori del Sistema Aziendale di Prevenzione della corruzione e Trasparenza

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza

Con l'adozione della Deliberazione del Direttore Generale n. 1061 del 24.11.2017, l'attuale Direttore della UOC Affari Generali dell'Azienda ricopre il ruolo di Responsabile della prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 1, comma 7, legge 6 novembre 2012 n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". La scelta risponde ai criteri dettati da ANAC essendo il Responsabile in possesso di adeguate competenze e, anche in virtù dell'anzianità di servizio, di una buona conoscenza dell'organizzazione aziendale.

Gli altri attori del sistema che concorrono allo svolgimento della funzione di Prevenzione della corruzione all'interno dell'ASL Roma 1 sono:

- Il Direttore Generale
- Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza
- Il Personale a Supporto di RPCT
- La rete dei Referenti aziendali per la gestione del rischio corruttivo
- La Rete del RPCT, per sottolineare quanto il responsabile sia "soltanto" il coordinatore e regista di una architettura complessiva dove ciascuno svolge specifiche funzioni e ruoli che concorrono al risultato finale e conseguentemente, all'efficacia del sistema:
 - Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)
 - Il DPO
 - Responsabile per la Transizione Digitale (RTD)
 - Responsabile Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA)
 - Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
 - Dirigenti
 - Dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Per approfondire il ruolo dei Referenti per la gestione del rischio corruttivo.

I Referenti sono stati nominati con atto del Direttore Generale, circolare protocollo n. 198169 del 30.12.2022, e sono stati individuati nei dirigenti di Area, Dipartimento, UOC, UOSD, competenti e capaci nell'individuare e valutare i rischi di esposizione alla corruzione delle attività che presiedono.

Un numero consistente dei dirigenti referenti ha usufruito di una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza al fine di poter essere considerati "interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative aziendali (comprese le periferiche)".

I Referenti sono, pertanto, chiamati a partecipare all'attività di programmazione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione (che comprende la realizzazione della mappatura dei processi, l'identificazione e analisi dei rischi e la definizione di misure di prevenzione della corruzione) in modalità proattiva nei confronti del RPCT, oltre che protagonisti del sistema di gestione del rischio per il Monitoraggio di 1° livello relativo all'attuazione ed idoneità delle misure di prevenzione specifiche di cui sono titolari.

Quanto sopra, poiché il presente Piano si applica oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'OIV a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto e con i processi aziendali:

- medici, veterinari, psicologici ed altri a rapporto convenzionale;
- consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- personale assunto con contratto di somministrazione;
- borsisti, stagisti e tirocinanti

Obiettivi strategici del Piano 2025-27

Con l'adozione dei precedenti Piani si è consolidato il sistema di mappatura dei rischi in funzione delle indicazioni dell'ANAC in ordine alle tecniche di graduazione/pesatura dei rischi.

La ASL Roma 1, nel triennio di riferimento del presente piano, in linea con i principi strategici del PNA 2022 come integrato dall'aggiornamento 2023, intende proseguire il percorso avviato in linea con le pregresse programmazioni al fine di diffondere una cultura organizzativa basata sulla gestione del rischio ed un approccio organizzativo process oriented.

Quanto sopra procedendo all'avvio di una gap analysis finalizzata a verificare le aree non oggetto di analisi approfondita o che necessitino di aggiornamento, in applicazione del principio di gradualità di cui all'allegato 1 del PNA 2019; ciò al fine di ottenere i seguenti risultati nel triennio di riferimento del presente piano:

- programmare e realizzare la mappatura dei processi oggetto di variazione o innovazione
- aggiornare e integrare, ove necessario, il registro dei rischi corruttivi;
- verificare gli esiti della strutturazione del monitoraggio sistematico, della attuazione della presente sezione, anche in relazione all'andamento degli obiettivi di performance attraverso cui:
 - verificare l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;
 - monitorare l'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione;
 - creare un sistema di reportistica del livello di rischio per l'Azienda nel suo complesso e per le principali aree organizzative;

La Direzione Generale ha quindi valutato di confermare per il triennio 2025-2027 la programmazione prevista per gli obiettivi strategici di cui sopra.

Anno 2024
Obiettivo_1: Verificare gli esiti dell'attività di mappatura svolta e provvedere agli aggiornamenti/adequamenti necessari dei processi oggetto di innovazione o variazione, anche in linea con l'emanando nuovo atto aziendale
Obiettivo_2: Integrare il catalogo dei rischi della ASL Roma 1, in base agli esiti dell'attività di revisione della mappatura
Obiettivo_3: Realizzare il monitoraggio delle misure di prevenzione della ASL Roma 1, attraverso la creazione di check list strutturate, finalizzate a verificare che le misure specifiche non siano ridondanti o eccessive e aggiornare il registro delle misure
Obiettivo_4: Realizzare l'adeguamento della nuova sezione di amministrazione trasparente, in linea con le disposizioni del ANAC, di cui alla deliberazione 495/2024
Obiettivo_5 : verificare gli esiti dell'attività di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, svolte ai fini dell'aggiornamento delle competenze specifiche
Anno 2025
Obiettivo_1: Aggiornare il catalogo dei rischi
Obiettivo_2: Aggiornare e completare l'elenco delle misure di prevenzione della ASL Roma 1 in funzione degli esiti del monitoraggio
Obiettivo_3: Studiare, ai fini di un'adeguata implementazione, un sistema di coinvolgimento degli stakeholder esterni
Anno 2026
Obiettivo_1: Aggiornare il catalogo dei rischi
Obiettivo_2: Aggiornare e completare l'elenco delle misure di prevenzione della ASL Roma 1 in funzione degli esiti del monitoraggio

Descrizione e valutazione d'impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'ente opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi. Infatti, il rischio corruttivo può diffondersi all'interno di un'organizzazione anche per via delle specificità dell'ambiente nel quale essa opera e delle relazioni che si possono instaurare con i propri stakeholder. Pertanto, l'analisi del contesto sociale ed economico locale nel quale l'ASL Roma 1 è collocata assume notevole rilevanza ai fini di valutare le potenziali minacce alla tenuta della legalità e la permeabilità alla corruzione. Può essere utile, al fine di meglio inquadrare il contesto esterno, un focus sul sistema regionale.

1. Il Sistema Sanitario Regionale

La Regione Lazio è attualmente impegnata in attività di programmazione e pianificazione di obiettivi strategici, in linea con il PNRR, il PNC e le azioni previste per il Giubileo 2025. In particolare, si punta verso una maggiore integrazione orizzontale (fra servizi territoriali) e verticale (fra servizi territoriali e strutture di ricovero per acuti), nonché al potenziamento delle attività di prevenzione, alla riduzione

dei tempi di attesa per le prestazioni, al rafforzamento della capacità di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari e al miglioramento dell'efficacia, efficienza e appropriatezza dei modelli di cura.

Gli obiettivi regionali includono anche un focus su ospedali sicuri e sostenibili, con miglioramenti strutturali nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri. Per il raggiungimento di tali obiettivi, la Regione ha attivato interventi significativi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), integrandoli con i programmi preesistenti relativi a edilizia e tecnologie sanitarie, finanziati da fondi statali e regionali, come da Piano Nazionale Complementare (PNC).

Programmazione Regionale

La Regione Lazio -con la Delibera n. 1007 del dicembre 2021- ha definito il "**Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)** - Missione 6: Salute - Componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale". Questa delibera ha permesso di identificare le strutture prioritarie per il Piano regionale, puntando all'ammodernamento e alla digitalizzazione del servizio sanitario.

Recentemente, con la D.G.R. n. 236 del 25 maggio 2023, la Regione ha approvato la rimodulazione del Piano Operativo Regionale secondo le indicazioni dell'Unità di Missione del Ministero della Salute. Tra le priorità emergono:

- Potenziamento dei servizi territoriali (Case di Comunità, COT).
- Ammodernamento e digitalizzazione dei servizi ospedalieri.
- Rafforzamento della capacità tecnologica per la raccolta e l'analisi dei dati.

Componenti del PNRR

La Missione 6 del PNRR è suddivisa in due componenti principali:

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
 - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona.
 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina (COT).
 - Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia (Ospedali di Comunità).
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.
 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.
 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR e PNC).
 - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale sanitario.

La Regione Lazio, in vista delle celebrazioni del **Giubileo della Chiesa cattolica**, con la legge regionale n. 23/2023 ha disposto, tra l'altro, che la stessa promuova attività che:

- 1) presentino, in generale, un carattere di strumentalità, di funzionalità, diretta o indiretta, alle celebrazioni stesse, con particolare riferimento all'accoglienza, alla partecipazione e alla fruizione in sicurezza dei luoghi di culto da parte dei pellegrini;

- 2) siano finalizzate, in via prioritaria, al miglioramento dell'offerta turistica e alla valorizzazione del patrimonio storico, artistico e culturale del territorio regionale e possano ricomprendere anche interventi di manutenzione e messa in sicurezza degli oratori e di riqualificazione delle relative aree di pertinenza;
- 3) siano proposte dai comuni, in forma sia singola sia associata, anche previo coinvolgimento di altri soggetti pubblici e privati, tra cui le parrocchie di Roma e del Lazio, le diocesi del Lazio, gli istituti cattolici e gli altri enti di culto riconosciuti dallo Stato; b) individui (co. 9), con deliberazione della Giunta regionale da adottarsi sentite le commissioni consiliari competenti, i criteri e le modalità per la realizzazione delle attività progettuali di cui al capoverso precedente (di seguito denominate "attività progettuali"); c) finanzia (co. 10) le "attività progettuali" attraverso l'istituzione, nel programma 01 "Sviluppo e valorizzazione del turismo" della missione 07 "Turismo", titoli 1 "Spese correnti" e 2 "Spese in conto capitale....";

Con successiva DGR 707/2024, avente ad oggetto: "Legge Regionale n. 23 del 29 dicembre 2023, Art. 23, cc. 8, 9 e 10, finalizzazione delle risorse in conto capitale per la realizzazione di interventi funzionali e strumentali alle celebrazioni del Giubileo della Chiesa cattolica per l'anno 2025, - annualità 2024" ha provveduto, tra l'altro a individuare i criteri per la concessione dei contributi per la realizzazione delle varie attività progettuali.

Impatti e Necessità di Monitoraggio

L'attuazione degli interventi sopra descritti comporterà la movimentazione di ingenti risorse economiche. È quindi cruciale che l'ASL Roma 1 adotti misure rigorose per il monitoraggio della trasparenza e la prevenzione della corruzione, garantendo la corretta gestione delle risorse e il raggiungimento degli obiettivi regionali.

2. Territorio e Popolazione della ASL Roma 1

La ASL Roma 1 opera nei Municipi I, II, III, XIII, XIV e XV di Roma Capitale, servendo una popolazione residente di oltre un milione di persone al 1° gennaio 2024. Tuttavia, il bacino di utenza effettivo è ampliato dalla presenza quotidiana di non residenti, tra cui lavoratori pendolari, turisti, studenti e altre persone temporaneamente presenti. Questo aspetto incide fortemente sulla domanda di servizi sanitari e sulla complessità gestionale dell'Azienda.

I Municipi I e II, situati nel cuore di Roma, attraggono una quantità particolarmente elevata di turisti e visitatori grazie alla presenza di importanti attrazioni culturali, storiche e amministrative. I Municipi III, XIII, XIV e XV, invece, si distinguono per la loro funzione di accesso e transito, oltre che per ospitare una popolazione significativa di lavoratori pendolari e utenti non residenti.

Distribuzione della popolazione residente per stato civile e classi di età

La tabella seguente mostra la distribuzione della popolazione residente, distinguendo per stato civile e classi di età:

Mun.	Totale Popolazione	<18 anni	18-64 anni	65+ anni	Celibi/Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e
I	187.000	19.700	130.000	37.300	62.700	92.400	9.000	8.900
II	168.000	22.000	115.000	31.000	59.800	86.100	11.000	10.000
III	210.000	27.100	145.000	37.900	73.100	102.500	15.000	13.000
XIII	147.000	15.000	102.000	29.800	50.600	76.000	9.500	10.000
XIV	184.000	21.400	125.000	37.600	67.200	94.000	13.000	9.800
XV	157.000	18.400	115.000	31.600	55.800	86.000	10.000	11.200
Totale	1.053.000	123.600	732.000	205.200	369.200	537.000	67.500	62.900

Fonte: ISTAT - Popolazione residente per genere, stato civile e classi di età nei Comuni italiani (aggiornamento al 1° gennaio 2024), disponibile su <https://demo.istat.it>.

Popolazione non residente e turisti

La seguente tabella evidenzia l'impatto della popolazione non residente e dei turisti sul territorio della ASL Roma 1, stimando il flusso **giornaliero** nei Municipi di competenza:

Municipio	Totale Residenti	Turisti/Non Residenti Giornalieri (stima)
I	187.000	500.000
II	168.000	250.000
III	210.000	50.000
XIII	147.000	25.000
XIV	184.000	40.000
XV	157.000	35.000
Totale	1.053.000	900.000+ (stimati)

Fonte: Stime elaborate sulla base dei dati di flusso turistico e mobilità forniti dal Comune di Roma (Rapporto Statistico 2024) e da ISTAT.

Tuttavia, il bacino della popolazione assistita non si esaurisce con i residenti ufficialmente registrati, ma si amplia considerevolmente per effetto di due principali fattori:

1. **Presenza di istituti carcerari:** Nel territorio della ASL Roma 1 operano due istituti di detenzione:

- La **Casa circondariale di Regina Coeli** (Distretto 1), che ospita circa **1.000 detenuti** con un turnover annuale di circa **3.000 ingressi**.
 - L'**Istituto Penale Minorile di Casal del Marmo** (Distretto 14), che ospita anch'esso circa **1.000 detenuti**, prevalentemente giovani di età compresa tra **14 e 25 anni**.
2. **Affluenza di turisti, lavoratori e stranieri non registrati:** Ogni giorno il territorio della ASL Roma 1 accoglie centinaia di migliaia di persone non residenti, tra cui:
- Turisti provenienti da tutto il mondo, specialmente nei Municipi centrali (I e II).
 - Pendolari e lavoratori temporanei.
 - Stranieri non registrati, inclusi rifugiati e migranti.

Questi fattori aumentano in modo significativo la pressione sui servizi sanitari territoriali, creando un'esigenza di programmazione flessibile e capillare.

Concludendo, l'impatto della Popolazione non Residente si può declinare fondamentalmente in:

- **Turismo di massa:** Il Municipio I, sede del centro storico e di numerosi monumenti iconici, ospita quotidianamente mezzo milione di visitatori, creando una domanda elevata di servizi sanitari di emergenza e assistenza primaria.
- **Pendolarismo e mobilità:** Nei Municipi II e III, caratterizzati da aree universitarie e centri economici, si registra una forte pressione sui servizi territoriali, con numerosi accessi ai poliambulatori e alle strutture di pronto intervento.
- **Punti di transito:** I Municipi XIII, XIV e XV, essendo porte di accesso alla città, servono una popolazione fluttuante che intensifica l'uso dei servizi sanitari di base.

3. **L'economia e le imprese a Roma Capitale e nei Municipi**

Secondo il **Rapporto Statistico sull'Area Metropolitana Romana 2023**, aggiornato ai dati del 31 dicembre 2023, Roma ospita un totale di **285.000 unità locali di imprese attive**, con una crescita del **2%** rispetto al 2021. Questo aumento è trainato principalmente dai settori dei servizi e del commercio, con una concentrazione significativa nei Municipi I e II.

Le unità locali registrate e attive nei Municipi di pertinenza

La ASL Roma 1 opera nei Municipi I, II, III, XIII, XIV e XV, corrispondenti ai distretti aziendali. Le caratteristiche economiche di questi Municipi mostrano una distribuzione variegata delle attività imprenditoriali, come riportato nella tabella seguente:

Municipio	Imprese Registrare	Imprese Attive	% Società di Capitali	% Società Individuali
I	70.808	47.975	66,0%	22,5%
II	43.862	28.840	68,0%	21,0%

III	22.500	16.800	50,5%	35,0%
XIII	12.700	9.100	48,0%	38,5%
XIV	16.000	11.900	52,5%	34,0%
XV	15.400	11.700	54,0%	32,5%
Totale	181.270	126.315	59,0% (media)	30,6% (media)

Fonte: Camera di Commercio di Roma, Rapporto Statistico 2023.

Caratteristiche giuridiche delle imprese

Nel 2023, le **società di capitali** e le **società individuali** continuano a rappresentare la maggior parte delle attività imprenditoriali nel territorio:

- Le società di capitali costituiscono il **59%** delle unità locali, con una presenza predominante nei Municipi I e II, dove superano il **65%**.
- Le società individuali rappresentano circa il **30,6%**, in calo rispetto al 2021 (-1,2 punti percentuali), indicando un aumento della concentrazione imprenditoriale in strutture più consolidate.

Considerazioni conclusive

L'economia del territorio della ASL Roma 1 riflette una forte vocazione ai servizi, in particolare nei Municipi centrali, e una rilevante presenza di piccole e medie imprese. Questa configurazione economica, unita alla pressione esercitata dalla popolazione fluttuante e dai turisti, sottolinea la necessità di una pianificazione sanitaria adattabile, in grado di rispondere alle esigenze di una popolazione altamente dinamica e diversificata.

4. Reati e criminalità nel territorio regionale e nell'area di Roma Capitale

Alla popolosità e alla complessità del territorio di riferimento, si aggiungono aspetti critici legati alla gestione del servizio sanitario a livello territoriale (attività sanitaria distrettuale, prevenzione, vigilanza e autorizzativa). Nella **Relazione sull'attività delle Forze di Polizia 2023**, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata, il Ministro dell'Interno evidenzia che: *"Le strutture sanitarie pubbliche continuano ad essere oggetto di infiltrazioni criminali, sia perché collettori delle risorse economiche destinate al Servizio Sanitario Nazionale, sia in quanto potenziali canali per moltiplicare il consenso sociale e politico, influenzando il controllo delle amministrazioni locali. Negli appalti del settore sono stati rilevati episodi di affidamento di servizi e forniture a soggetti legati alle consorterie, conseguenti anche a condotte estorsive o corruttive."*

Criticità nel territorio regionale e locale

La presenza della criminalità organizzata e di sistemi corruttivi è una questione rilevante per il Lazio, con Roma al centro di fenomeni che vanno dalla criminalità predatoria alla corruzione organizzata:

1. **Rischio criminalità generica:** Secondo l'**ISTAT 2024**, la Regione Lazio presenta un rischio elevato per furti, rapine, tentati omicidi e il numero di persone denunciate. Roma, in particolare, è tra le città con il maggior numero di reati denunciati.
2. **Infiltrazioni mafiose:** Dal **VII Rapporto "Mafie nel Lazio"** (Osservatorio tecnico-scientifico per la sicurezza e la legalità, Regione Lazio), emerge la presenza di gruppi criminali autoctoni e mafie tradizionali, accomunate dall'utilizzo del metodo mafioso. Questi gruppi interagiscono per contaminare il tessuto economico con attività illegali.
3. **Mercato economico e legame con la criminalità:** Roma rappresenta un mercato ideale per investimenti legali e illegali, grazie alla vicinanza con le istituzioni nazionali, l'ampia estensione del territorio e la quantità di imprese attive.

Criminalità economica e corruzione

Uno studio di **Crime&Tech** evidenzia che il Lazio, e in particolare Roma, registra un tasso di infiltrazione della criminalità organizzata più che doppio rispetto alla media nazionale, in particolare nei settori:

- Appalti pubblici;
- Settore edilizio e sanitario;
- Trasporti e logistica.

I sistemi corruttivi rappresentano il principale problema della Capitale, combinando mafie e corruzione organizzata per attingere a fondi pubblici e creare connubi pericolosi tra pubblica amministrazione, funzionari e livello politico.

Roma e il Lazio continuano a essere vulnerabili a fenomeni di criminalità organizzata e corruzione, con implicazioni significative per la gestione del servizio sanitario. L'infiltrazione nei processi di approvvigionamento, l'influenza sugli appalti e la corruzione sistemica richiedono misure rafforzate per proteggere le risorse pubbliche e garantire un sistema sanitario trasparente ed efficace.

Fonti aggiornate:

- **Relazione Forze di Polizia 2023** (Ministero dell'Interno).
- **ISTAT – Rapporto Sicurezza 2024.**
- **VII Rapporto "Mafie nel Lazio"** (Regione Lazio, Osservatorio tecnico-scientifico).

A completamento del quadro illustrato, si evidenzia che secondo il rapporto pubblicato da **Il Sole 24 Ore**, basato su dati di **Pubblica Sicurezza, Ministero dell'Interno** e **ISTAT**, Roma si posiziona al **107° posto** a livello nazionale per il settore "Giustizia e Sicurezza", in calo di 4 posizioni rispetto al 2020 e ha registrato un significativo calo, scendendo, nell'edizione 2024 dell'indagine sulla Qualità della Vita pubblicata da "Il Sole 24 Ore", al **59° posto** rispetto al **35° posto** occupato nel 2023.

Giustizia e Sicurezza a Roma

Di seguito, gli indicatori principali aggiornati al 2024:

Indicatori principali

Indicatore	Rank Nazionale	Denunce ogni 100mila abitanti	Media Nazionale
Indice di criminalità	105	6.071	3.307,4
Furti con destrezza	14	19	27,5
Furti in abitazione	76	275,1	213,1
Furti di autovetture	100	347,8	93,3
Furti con strappo	97	32,73	13,0
Rapine in pubblica via	98	31	15,6
Reati legati agli stupefacenti	106	88	47,0
Estorsioni	105	31,1	18,8
Riciclaggio e impiego di denaro	64	1,83	2,0
Incendi	45	8,06	14,7
Delitti informatici	81	67,8	55,5

Indicatori di Giustizia Civile

Indicatore	Rank Nazionale	Valore per Roma	Media Nazionale
Indice di litigiosità (cause civili ogni 100mila abitanti)	106	3.761,0	2.047,4
Quota cause pendenti ultratriennali (%)	59	0,13	0,2
Durata media delle cause civili (giorni)	72	335	291,0

5. Considerazioni conclusive sulla valutazione di impatto

Alla luce dei dati aggiornati e delle analisi condotte, emerge con chiarezza la significativa esposizione della ASL Roma 1 a una pluralità di rischi, strettamente connessi alle caratteristiche specifiche del territorio di Roma Capitale e alle dinamiche economico-sociali e criminali che lo attraversano.

I principali processi aziendali che risultano particolarmente vulnerabili includono:

- **Gestione degli appalti pubblici:** La complessità degli iter burocratici e la presenza di fenomeni corruttivi a livello locale e regionale rendono questo settore altamente esposto.
- **Reclutamento del personale:** Le procedure per l'assunzione e la gestione del personale possono essere influenzate da pressioni esterne e rischi di favoritismi.

- **Accreditamento e rapporti con il privato accreditato:** La concentrazione di strutture sanitarie private e i loro rapporti con l'ASL rappresentano un'area sensibile a possibili conflitti di interesse e infiltrazioni.
- **Gestione delle liste d'attesa:** L'assegnazione delle priorità per l'accesso ai servizi sanitari è soggetta a potenziali rischi di discrezionalità non trasparente.
- **Attività libero professionale:** L'interazione tra attività professionale privata e pubblica può generare rischi legati a conflitti di interesse.
- **Erogazione di sussidi:** Processi relativi a contributi economici o agevolazioni sono sensibili a tentativi di abuso o irregolarità.

Azioni strategiche della ASL Roma 1

Per affrontare queste criticità, il presente Piano prevede un approccio integrato e proattivo basato su:

1. **Identificazione delle misure preventive:** Ogni processo a rischio è stato analizzato per individuare misure specifiche, con una chiara attribuzione di responsabilità e una definizione puntuale delle tempistiche di attuazione.
2. **Monitoraggio strutturato e continuo:**
 - **Breve periodo:** Verifica, a cadenza semestrale, sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione tramite check-list dedicata (file *excel*)
 - **Lungo periodo:** Raccolta dei dati e valutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione; analisi dell'evoluzione dei fenomeni corruttivi ed aggiornamento del piano in base ai risultati ottenuti e alle nuove esigenze riscontrate.
3. **Creazione di un sistema omogeneo di rilevazione:** La raccolta dei dati avviene tramite uno strumento standardizzato (check list) valida per tutti i processi, composta da items uniformi e risposte vincolate al fine di migliorare l'elaborazione, la comparabilità e la verifica uniforme dei processi.
4. **Formazione e sensibilizzazione:** L'ASL Roma 1 si impegna a continuare i percorsi formativi, dedicati al personale, sui temi della legalità, dell'etica e della trasparenza, con l'obiettivo di consolidare una cultura organizzativa basata sull'integrità.

In un contesto territoriale caratterizzato da elevata complessità e criticità, la ASL Roma 1 riconosce la necessità di un sistema robusto di prevenzione della corruzione che non solo affronti i rischi immediati, ma costruisca una base solida per una gestione trasparente ed efficace nel lungo termine. Attraverso le misure pianificate, l'Azienda si propone di migliorare continuamente la propria resilienza organizzativa, garantendo un servizio sanitario equo e di qualità per tutti gli utenti, residenti e non residenti, che gravitano sul suo territorio.

Analisi e Valutazione d'Impatto del Contesto Interno

La ASL Roma 1 nasce il 1° gennaio 2016 dalla fusione tra la ex ASL Roma A e la ex ASL Roma E, che a sua volta aveva già incorporato l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri dal 1° gennaio 2015. La sua missione istituzionale è la promozione e tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e di chiunque sia presente nel territorio aziendale. L'obiettivo è garantire ai cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - come di recente aggiornati- definiti dal Servizio

Sanitario Nazionale e Regionale, attraverso l'organizzazione e la gestione di servizi preventivi, curativi e riabilitativi.

L'Azienda si impegna a raggiungere tali obiettivi nel rispetto dei principi di appropriatezza, utilizzando le più moderne conoscenze tecnico-scientifiche e le evidenze epidemiologiche. La gestione si sviluppa in coerenza con le normative nazionali e internazionali, rispettando gli indirizzi dell'Unione Europea, i vincoli di bilancio e gli obiettivi costituzionali. La ASL Roma 1 contribuisce, inoltre, alla missione sanitaria più ampia della Regione Lazio, collaborando con i servizi sociali e socio-assistenziali del Comune di Roma e dei Municipi di riferimento.

Principi Fondamentali

L'azione della ASL Roma 1 si basa sui seguenti principi:

- **Centralità della persona:** garantire un approccio incentrato sui bisogni individuali.
- **Trasparenza, etica e finalità di servizio pubblico:** promuovere un ambiente improntato alla legalità e alla trasparenza.
- **Efficacia ed equità:** assicurare pari opportunità di accesso ai servizi.
- **Partecipazione e comunicazione:** coinvolgere cittadini e stakeholder nei processi decisionali.
- **Benessere organizzativo e sviluppo professionale:** valorizzare il capitale umano e promuovere la formazione continua.
- **Innovazione e sviluppo:** adottare tecnologie avanzate e modelli organizzativi innovativi.

Struttura Organizzativa

L'Azienda adotta una struttura dipartimentale, favorendo integrazioni funzionali tra dipartimenti e Unità Operative Complesse (UOC).

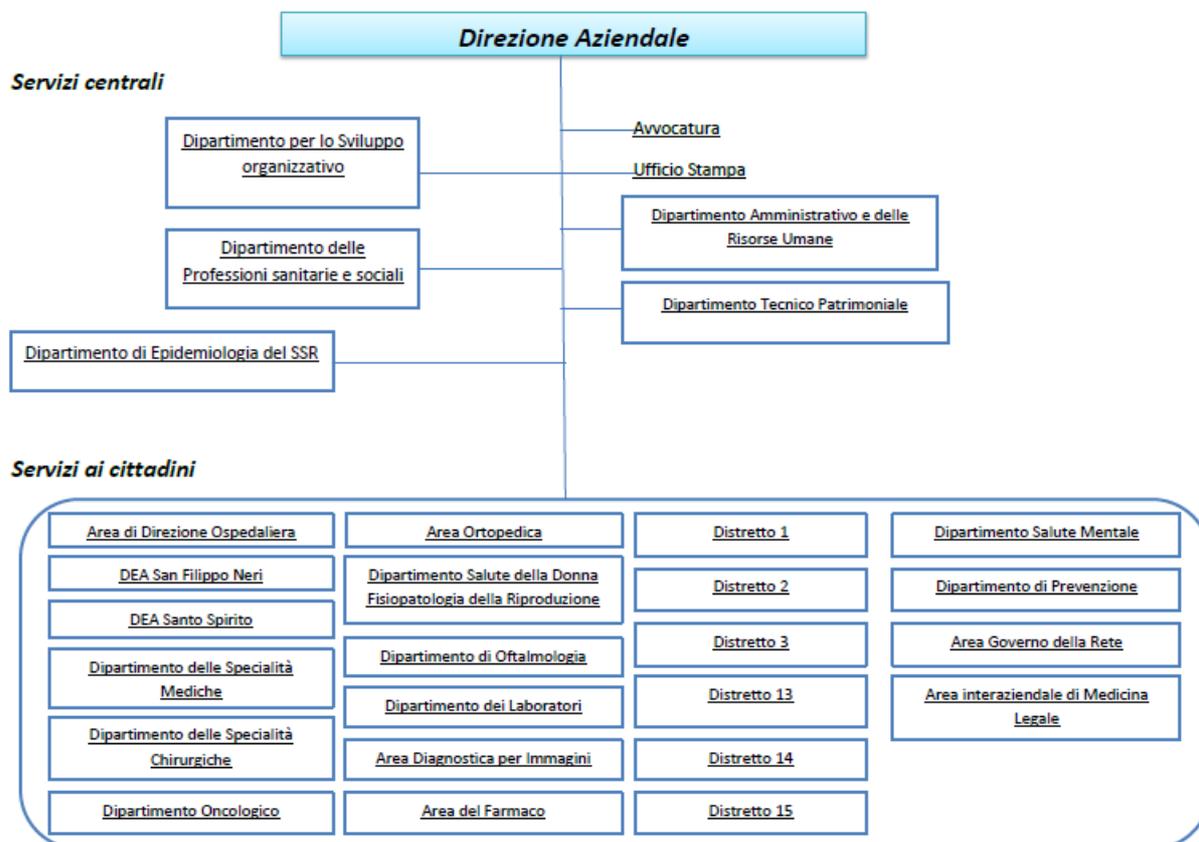
Articolazione Generale:

1. **Macrostrutture:** dipartimenti, distretti, aree funzionali;
2. **Unità Operative Complesse (UOC);**
3. **Unità Operative Semplici di Dipartimento (UOSD);**
4. **Unità Operative Semplici (UOS);**
5. **Incarichi dirigenziali professionali;**
6. **Incarichi di Funzioni;**
7. **Incarichi di coordinamento.**

MACROSTRUTTURA AZIENDALE

Di seguito è rappresentata l'attuale macrostruttura aziendale nella quale vengono individuati i Servizi Centrali che creano valore per l'organizzazione e i Servizi ai Cittadini

L'attuale impianto sarà oggetto di aggiornamento all'esito dell'approvazione della proposta di nuovo Atto di autonomia aziendale di cui alla delibera n. 886 del 18 luglio 2024.



L'attuale organigramma della ASL Roma 1

Rete di Offerta

Strutture a Gestione Diretta

- **Strutture ospedaliere:**
 - Ospedale San Filippo Neri.
 - Ospedale Santo Spirito.
 - Ospedale Monospecialistico Oftalmico.
 - Presidio Nuovo Regina Margherita.
 - Centro per la Salute della Donna S. Anna.
 - Totale posti letto: 675 in ricovero ordinario, 109 in Day Hospital.
- **Strutture ambulatoriali:** poliambulatori, consultori, centri di salute mentale e SERT.
- **Altre tipologie:** Case della Salute (2 attivate, 3 da attivare) e Centri Diurni e Residenzialità DSM.

Strutture Private Accreditate e Classificate

- 3 strutture residenziali di ricovero in lungodegenza.
- 24 strutture ex art. 26 per l'assistenza a persone con disabilità.
- 17 RSA per persone non autosufficienti.
- 16 strutture di ricovero per acuti, inclusi ospedali classificati e policlinici universitari.
- 83 strutture di specialistica ambulatoriale.

- 4 hospice.
- 5 strutture di riabilitazione post acuzie

Gestione del PNRR - *Opportunità e Rischi*

L'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un'occasione unica per superare la crisi derivante dalla pandemia e dai conflitti internazionali. Tuttavia, comporta rischi legati all'uso improprio dei fondi e alla possibile insorgenza di fenomeni corruttivi.

Per mitigare tali rischi, la ASL Roma 1 ha adottato una strategia strutturata, in linea con il Piano Strategico 2022-2026 "ASL Vicina e Digitale". La programmazione include:

- **Cabina di Regia:** coordinata dal Direttore della UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management, supervisiona le attività del PNRR.
- **Board Strategico:** composto da 14 direttori di UOC e dipartimenti, garantisce il monitoraggio sistematico degli avanzamenti.

Giubileo 2025 e Finanziamenti Stanziati

In vista del Giubileo 2025, la ASL Roma 1 ha previsto un importante potenziamento delle sue strutture e dei servizi sanitari per affrontare l'incremento della domanda generato dall'afflusso di milioni di pellegrini e turisti.

Il governo ha stanziato finanziamenti straordinari destinati a:

1. **Ristrutturazione e ammodernamento delle strutture ospedaliere:** in particolare, interventi presso l'Ospedale Santo Spirito, che rappresenta un punto strategico per la sua posizione centrale.
2. **Potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale:** con la creazione di nuovi poliambulatori e il rafforzamento delle Case della Salute.
3. **Digitalizzazione dei servizi:** per migliorare l'accessibilità e ridurre i tempi di attesa, attraverso l'implementazione di sistemi di prenotazione online e telemedicina.
4. **Formazione del personale sanitario:** per garantire un'assistenza adeguata durante gli eventi di grande affluenza.

Le azioni intraprese includono i seguenti progetti finanziati:

- **Progetti infrastrutturali:** modernizzazione delle strutture ospedaliere con attenzione al miglioramento della sicurezza e della capacità operativa. Tra questi, il potenziamento dell'Ospedale Santo Spirito e della rete dei presidi territoriali.
- **Iniziative logistiche:** sviluppo di piani per la gestione dei flussi di pazienti, pellegrini e turisti, con il supporto di tecnologie per il monitoraggio in tempo reale.
- **Programmi di innovazione digitale:** introduzione di piattaforme per la gestione elettronica delle cartelle cliniche e la prenotazione centralizzata dei servizi.

- **Attività di coordinamento:** creazione di una Cabina di Regia dedicata al Giubileo, composta da esperti in logistica, sicurezza e gestione dei servizi sanitari.

Questi interventi sono stati approvati attraverso delibere come la n. 1633 del 20 dicembre 2024, che ha recepito specifiche linee guida per il Giubileo, e la n. 1684 del 24 dicembre 2024, che ha allocato risorse per l'attuazione di progetti prioritari. Inoltre, la delibera n. 1223 dell'11 ottobre 2024 ha definito la formazione di personale aggiuntivo per garantire la continuità operativa durante l'evento.

Questi interventi rientrano in un piano più ampio di adeguamento infrastrutturale e organizzativo, in collaborazione con la Regione Lazio e le altre istituzioni coinvolte, al fine di garantire efficienza e qualità dei servizi sanitari durante il Giubileo.

Conclusione

La complessità organizzativa della ASL Roma 1, unita alla trasversalità dei processi e alla realizzazione degli obiettivi del PNRR e del Giubileo 2025, rappresenta un fattore chiave che influisce in modo significativo sulla capacità di soddisfare le crescenti esigenze sanitarie. Le azioni intraprese, finanziate attraverso stanziamenti mirati, sono state progettate per ottimizzare le risorse disponibili e ridurre l'esposizione a rischi organizzativi e gestionali.

L'impatto positivo atteso comprende:

- **Miglioramento dell'infrastruttura sanitaria:** grazie agli interventi su strutture ospedaliere strategiche, come l'Ospedale Santo Spirito, e al potenziamento della rete territoriale, l'azienda è pronta a gestire l'afflusso straordinario di pazienti e visitatori.
- **Innovazione tecnologica:** l'introduzione di piattaforme digitali e strumenti di telemedicina migliorerà l'accesso ai servizi e la qualità dell'assistenza.
- **Efficienza operativa:** piani logistici e modelli organizzativi semplificati consentiranno una gestione fluida dei flussi, minimizzando le criticità operative.
- **Formazione e valorizzazione del personale:** con l'assunzione e l'addestramento di personale aggiuntivo, l'Azienda sarà in grado di rispondere alle necessità di picchi di domanda, garantendo standard di eccellenza.

Tali risultati contribuiranno non solo a migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi offerti, ma anche a rafforzare la fiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario, sottolineando il ruolo strategico della ASL Roma 1 nel garantire una risposta sanitaria di alto livello per eventi di rilevanza.

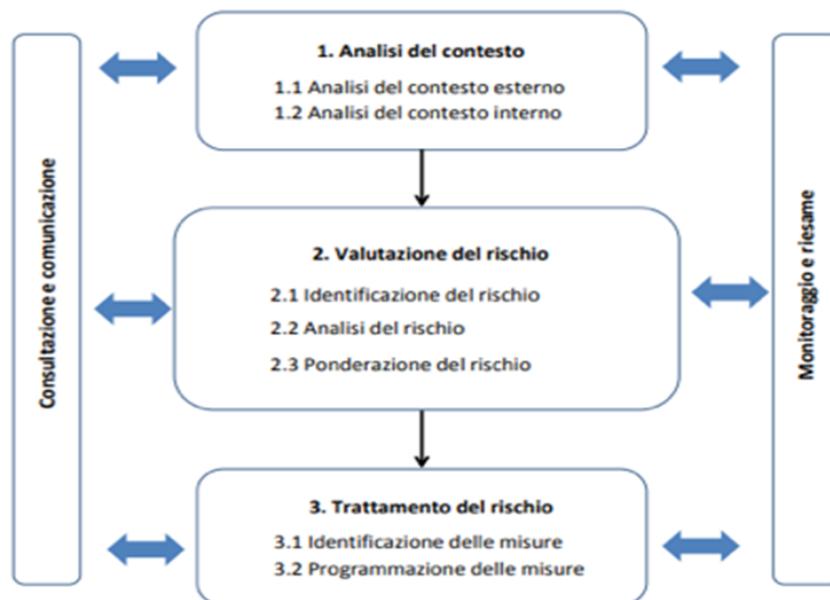
La mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico

Metodologia per la gestione del rischio corruttivo nella ASL Roma 1

per analizzare in profondità il rischio corruttivo cui è esposta la ASL Roma 1, è stata utilizzata una metodologia che rispecchia i principi generali della norma ISO 31000, nonché i principi, il processo e

le modalità operative contenute all'interno dell'allegato 1 al PNA 2019, giacché capaci di fornire un approccio rigoroso all'identificazione, valutazione e gestione dei rischi con alcune modifiche migliorative rispetto alle precedenti annualità, descritte nei paragrafi che seguono e che sono sintetizzate nella figura 4.

Le fasi del processo di gestione del rischio realizzato dalla ASL Roma 1



Fonte: Allegato 1 PNA 2019

Mappatura dei processi

La prima fase del processo di gestione del rischio seguita dalla ASL Roma 1 fa riferimento alla definizione del contesto di riferimento dell'amministrazione.

In primo luogo, dunque, si è proceduto alla definizione del contesto esterno (sintetizzato nel relativo paragrafo).

Il passaggio successivo è stato quello di realizzare l'analisi del contesto interno, il cui strumento chiave è la mappatura dei processi, richiamata dall'Allegato 1 del PNA 2019 e, quale attività "consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi". Occorre sottolineare che, in questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Detta precipua attività è stata realizzata anche mediante il contributo dell'esito della formazione interna che ha restituito dati utili sulla "corruzione percepita" all'interno dell'organizzazione.

La mappatura dei processi per le aree che verranno di seguito illustrate, è stata realizzata attraverso la messa in atto di 3 fasi, che hanno portato alla identificazione dei processi da esaminare, alla loro descrizione e, infine alla loro rappresentazione.

Nel dettaglio:

- 1. IDENTIFICAZIONE DEI PROCESSI.** In primo luogo sono stati analizzati i documenti di natura organizzativa dell'amministrazione (Atto aziendale di riorganizzazione e altri documenti in possesso dei Responsabili delle UOC selezionate) al fine di procedere ad una prima ricognizione dei processi, procedimenti e attività di competenza delle UOC in esame. Dopo aver identificato i processi da esaminare, sono state condotte delle interviste con i Responsabile delle UOC selezionate al fine di stilare la lista di processi da esaminare nel dettaglio;
- 2. DESCRIZIONE DEI PROCESSI.** Al fine di individuare nel dettaglio il flusso di attività di cui si compongono i processi identificati, sono state condotte ulteriori interviste ai Responsabili delle UOC selezionate e loro collaboratori, volte ad individuare i seguenti elementi descrittivi del processo:
 - a) Area di Rischio cui afferisce il Processo;
 - b) Nome del Processo;
 - c) Eventuali procedimenti/attività ricompresi nel processo;
 - d) Descrizione del Processo;
 - e) Input (origine del processo);
 - f) Output (risultato del processo);
 - g) Responsabile del Processo;
 - h) Flusso di attività necessarie allo svolgimento del processo;
 - i) Soggetti che svolgono le singole attività del processo;
- 3. RAPPRESENTAZIONE DEI PROCESSI.** L'ultima fase della mappatura dei processi è consistita nella compilazione della "Scheda Processo" per ciascun processo esaminato e relativa convalida delle stesse realizzate a seguito delle risultanze delle interviste, attraverso ulteriori incontri con i Responsabili delle UOC selezionate.

Nel quinquennio 2019-2024, coerentemente con il principio di gradualità espresso nel PNA 2019, la mappatura dei processi e le connesse misure di prevenzione della corruzione sono state introdotte gradualmente, tenendo conto della specificità di ogni processo ma anche delle valutazioni e dei monitoraggi cadenzati, volti a valutare l'efficacia delle misure ed apportare eventuali correttivi.

Ed infatti, in estrema sintesi:

- nel 2019 sono stati mappati, in una prima fase i processi afferenti alle UOC (Medicina Legale, UOC Progettazione e Direzione dei Lavori e UOC Manutenzioni) ed in una seconda fase alcuni processi afferenti alle UOC (Bilancio e Contabilità e UOC Affari Generali)
- nel 2020 sono stati mappati i processi afferenti a:
 - Area di Direzione Ospedaliera e relative UUOCC
 - Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri
 - UOC Trattamento Economico del Personale
 - UOC Personale a Convenzione e Alpi
 - Dipartimento di Prevenzione e relative UU.OO.CC
 - Area Governo della Rete e relative UU.OO.CC

- Distretti e relative UU.OO.CC.
 - Dipartimento di Salute Mentale e relative UU.OO.CC.
 - Area del Farmaco e relative UU.OO.CC.
 - UOC Bilancio e Contabilità
 - UOC Acquisizione Beni e Servizi
 - UOC Ingegneria Clinica
- nel 2021 è stata realizzata l'analisi e l'approfondimento dei principali processi delle seguenti Macro Strutture e Strutture Complesse e Semplici dipartimentali dell'organizzazione con particolare riguardo al:
 - Dipartimento Tecnico Patrimoniale e relative UUOO,
 - Dipartimento Amministrativo e delle Risorse Umane e relative UUOO,
 - Dipartimento di Epidemiologia e relative UUOO.

Si evidenzia che i processi oggetto di approfondimento afferiscono alle seguenti Aree di rischio Generali e Specifiche:

- Contratti pubblici - Affidamento di lavori, servizi e forniture e gestione del contratto
 - Gestione delle entrate e delle spese
 - Gestione del patrimonio
 - Ricerca
 - Acquisizione, gestione e progressione del personale
 - Affari Legali e contenzioso
- nel 2022-2023 si è proceduto alla revisione dei processi mappati negli anni precedenti, a seguito di modifiche avvenute nel tempo oltre all'introduzione di nuovi processi quali quelli della:
 - Gestione delle liste d'attesa;
 - Vigilanza delle farmacie, parafarmacie e depositi;
 - Retribuzioni variabili dei MMG e PLS;
 - Accesso allo sportello;
 - Assistenza domiciliare;
 - Fornitura protesica;
 - Erogazione rimborsi;
 - Recupero del credito e verifica delle esenzioni;
 - Attività successive al decesso intraospedaliero - Gestione strutture mortuarie;
 - Progetti finanziati dall'esterno;
 - Acquisizione di professionalità specifiche per progetti di ricerca;
 - Contratti Pubblici, con particolare riferimento alle integrazioni che tengono conto delle specificità degli appalti a valere sui fondi PNRR;

Sono stati, inoltre, mappati dei nuovi processi:

- Attività aziendale connessa alla Gestione giudiziale dei Sinistri;
- Attività aziendale connessa alla Gestione stragiudiziale dei Sinistri;
- Nell'anno 2024, si è proceduto alla revisione e/o alla modifica ed integrazione dei processi mappati negli anni precedenti, ed in particolare quelli relativi a:
 - Progetti finanziati all'estero
 - Acquisizione di professionalità specifiche dei progetti di ricerca
 - Valutazione della performance organizzativa
 - Controlli, verifiche e ispezioni
 - Attività di controllo vigilanza del Dipartimento di prevenzione delle UOC dell'AGR
 - Rilascio autorizzazione/accreditamento/stipula accordo contrattuale
 - Mappatura dei processi relativi ai progetti finanziati da PNRR

Attivando, inoltre, il sistema di verifica e aggiornamento cadenzato dei processi e delle misure.

I processi oggetto di approfondimento, negli anni, afferiscono alle seguenti Aree di rischio Generali e Specifiche (per il dettaglio dei singoli processi si rimanda all'allegato 1 al presente Piano):

- ✓ Gestione liste d'attesa
- ✓ Attività libero-professionale
- ✓ Attività successive al decesso in ambito intraospedaliero
- ✓ Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- ✓ Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario con effetto economico diretto ed immediato (con particolare riferimento all'erogazione di sussidi e /o rimborsi di varia natura)
- ✓ Rapporti contrattuali con privati accreditati
- ✓ Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- ✓ Gestione del rapporto con i privati accreditati (sui temi disabilità, neuropsichiatria infantile e assistenza domiciliare)
- ✓ Contratti pubblici (con particolare riferimento all'acquisizione di farmaci e dispositivi medici)
- ✓ Certificazioni, attestazioni, vidimazioni, emissione di documenti
- ✓ Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- ✓ Altre attività legate all'erogazione prestazioni sanitarie (con particolare riferimento all'accesso allo sportello e alle retribuzioni variabili dei medici).

La mappatura dettagliata dei processi, con il livello di esposizione ai rischi, è riportata nel presente Piano (cfr. Allegato 1).

L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;

La valutazione del rischio

La seconda fase del processo del rischio consiste nell'identificazione degli eventi rischiosi e dei fattori abilitanti del possibile verificarsi degli stessi.

Anche questa fase è stata realizzata tramite interviste ai Dirigenti responsabili delle UOC selezionate e loro collaboratori.

Ciò ha consentito di identificare gli eventi rischiosi per le singole attività di ciascun processo mappato, nonché i possibili fattori abilitanti (possibili cause) che ne favoriscono il verificarsi.

Quest'analisi è stata, inoltre, la base informativa per l'identificazione delle misure di prevenzione della corruzione di cui al paragrafo successivo.

Infine, si è proceduto alla valutazione dell'esposizione al rischio dei summenzionati processi, attraverso l'utilizzo della metodologia descritta nell'Allegato 1 al PNA 2019 e sintetizzata nella figura che segue.

Le fasi della valutazione dell'esposizione al rischio realizzata dalla ASL Roma 1



Fonte: Allegato 1 PNA 2019

Innanzitutto, con riguardo all'approccio valutativo, la ASL Roma 1 ha scelto di utilizzare un approccio qualitativo, in considerazione della scarsa presenza di dati a supporto di un'analisi quantitativa, come suggerito all'interno dell'Allegato 1 al PNA 2019.

In secondo luogo, sono stati individuati i criteri attraverso cui effettuare la valutazione. In particolare, l'analisi è stata effettuata attraverso l'esame dei seguenti criteri:

- livello di interesse "esterno";
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata;
- opacità del processo decisionale;
- grado di attuazione delle misure di trattamento.

È stata scelta come unità di analisi la singola attività del processo, procedendo poi, alla rilevazione dei dati attraverso dei focus group organizzati online. In particolare, i gruppi di lavoro coinvolti nella mappatura dei processi (Responsabili delle UOC selezionate e loro collaboratori), sono stati chiamati a fornire un valore di esposizione al rischio (alto, medio o basso) per ciascuno dei criteri sopra elencati rispetto alle singole attività del processo in esame, motivato da evidenze specifiche discusse durante i focus group.

I ragionamenti e le discussioni emerse durante i focus group hanno, dunque, contribuito a formulare un giudizio complessivo sintetico (alto, medio o basso) per ciascuna attività dei processi esaminati, cui è seguita la formulazione della motivazione al giudizio espresso.

Il giudizio sintetico e la relativa motivazione hanno portato a stabilire le priorità di trattamento, attraverso l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione per le attività maggiormente esposte al rischio dei processi esaminati.

Il trattamento del rischio

Secondo quanto definito nel PNA, le amministrazioni pubbliche sono chiamate a introdurre ed implementare delle misure di trattamento del rischio definite come "generalì", in quanto capaci di incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione dell'organizzazione e misure "specifiche" in funzione dei rischi individuati, delle loro cause e dell'esposizione al rischio dei processi.

Anche in questa fase, i Dirigenti responsabili delle UOC selezionate hanno formulato una proposta di Misure Specifiche attraverso i momenti di incontro realizzati. Il RPCT ha, poi, messo a sistema e integrato tali proposte.

Infine, le risultanze di tutte le analisi sono state ulteriormente discusse e validate dai vertici aziendali, ai fini di addivenire ad un maggior livello di coinvolgimento e condivisione del metodo e dei risultati con tutta la struttura organizzativa.

La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa; Particolare favore alle misure di digitalizzazione.

1. Misure di natura generale - Attività Formative

Azienda conferma la strutturazione dei propri percorsi formativi sui temi dell'etica, della legalità, dell'anticorruzione, della trasparenza, proseguendo ad investire nell'attività formativa, come fatto già dal 2019.

La formazione riveste un'importanza primaria per il perseguimento degli obiettivi strategici anche per gli ambiti della prevenzione della corruzione, l'etica, la legalità e la trasparenza. E' parte integrante della strategia della ASL Roma 1 mantenere un programma formativo articolato e continuo, volto a promuovere la crescita della consapevolezza etico-valoriale e utile a migliorare le competenze in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. Quanto sopra allo scopo di promuovere:

- **lo Sviluppo culturale e professionale:** Rafforzare la cultura etica e valoriale, sia tra i dipendenti pubblici sia nella società civile.
- **l'Incremento della trasparenza e accessibilità:** Favorire un rapporto più aperto e trasparente con i cittadini/utenti.
- **la Diffusione della conoscenza normativa:** Garantire la piena comprensione delle norme e dei processi contenuti nel Piano Anticorruzione e nel Codice di Comportamento.
- **la Prevenzione dei rischi:** Fornire strumenti pratici per identificare e mitigare i rischi di corruzione.

2. Tipologie di Formazione

La formazione è stata differenziata in due principali categorie:

- **Generalista:** Rivolta a tutto il personale per diffondere i principi fondamentali di etica, trasparenza e prevenzione della corruzione.
- **Specialistica:** Rivolta a specifici gruppi o figure professionali, con approfondimenti mirati in base al ruolo e all'area di rischio.

L'implementazione della consapevolezza etico-valoriale del dipendente pubblico, l'accessibilità e trasparenza nei confronti dei cittadini/utenti, non possono che essere obiettivi di medio-lungo periodo, rappresentando lo sviluppo di un processo culturale, di rinnovamento, di incremento

competenze e formazione continua, anche della stessa società civile. Tale implementazione non può che essere favorita da processi di divulgazione dei contenuti del Piano Anticorruzione, del Codice di Comportamento e del processo che porta a definire le misure specifiche.

Tramite la formazione la ASL Roma 1 intende assicurare, oltre alla corretta e piena conoscenza dei principi, la conoscenza delle misure specifiche contemplate nel Piano da parte di tutto il personale anche in funzione del livello di coinvolgimento nei processi esposti al rischio di corruzione.

Infatti ricalcando l'organizzazione del percorso formativo di tipo specialistico, per ogni macro gruppo definito e distinto in funzione dell'area di rischio, sono stati programmati, negli anni passati, una pluralità di incontri formativi e divulgativi, al fine di aumentare il grado di conoscenza del Piano e accrescere la consapevolezza degli strumenti di prevenzione della corruzione, mediante attività di promozione e divulgazione dei contenuti del documento e della mappatura del singolo specifico contesto.

3. Attività Formative Erogate nel 2024

Nel corso dell'anno 2024, in linea con la programmazione delineata nel **PIAO 2024-2026 (Obiettivo 6)**, sono stati proposti a tutto il personale del comparto, percorsi di formazione generalisti e specialistici.

I corsi generalisti hanno visto il coinvolgimento diretto del RPCT e del personale di riferimento, l'UOC Formazione e sviluppo delle competenze ha curato il coordinamento delle attività e la pianificazione degli stessi. I docenti sono stati individuati sia internamente all'azienda sia selezionati esternamente.

Di seguito si riportano i corsi erogati dall'Azienda che principalmente hanno contribuito a diffondere una cultura organizzativa improntata all'etica e alla legalità, rafforzando la capacità del personale di operare in modo trasparente e responsabile.

A) Corsi FAD (Formazione a Distanza) Generalisti

- **Corso "Anticorruzione trasparenza ed etica pubblica"**

- **Contenuti:** (6 ore)

1. Definizioni e caratteristiche della corruzione in ambito sanitario;
2. Quadro normativo di riferimento (Legge 190/2012 e aggiornamenti);
3. Prevenzione decentrata: mappatura processi, valutazione e trattamento del rischio;
4. Trasparenza amministrativa;
5. Whistleblowing.

- **Corso "Il Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici"**

- **Contenuti:** (5 ore)

1. Norme comportamentali applicabili nella ASL Roma 1;
2. Gestione del conflitto di interessi e incarichi;
3. Strumenti di segnalazione (whistleblowing).

- **Corso "Privacy - Evoluzione e tutela nella normativa"**

- **Contenuti:** (5 ore)

1. Principi del trattamento dei dati personali;
2. Gestione dei dati e prevenzione di violazioni (Data Breach);
3. Applicazioni specifiche nel settore sanitario.

B) Formazione Specialistica sul Codice dei Contratti Pubblici

Con l'entrata in vigore del nuovo **Codice dei Contratti Pubblici (d.lgs. 36/2023)**, l'ASL Roma 1 ha attivato corsi specifici per formare il personale coinvolto nella gestione delle procedure di appalto.

• **Contenuti principali** (12 ore):

1. Ruoli e responsabilità di RUP, Direttori Lavori e Direttori dell'Esecuzione;
2. Appalti sotto soglia europea: procedure negoziate, criteri di valutazione delle offerte;
3. Modifiche contrattuali, varianti e gestione di patologie contrattuali;
4. Strumenti di risoluzione delle controversie (Collegio consultivo tecnico, accordi bonari).

• **Obiettivo:** Fornire competenze operative aggiornate per la gestione delle gare e dei contratti pubblici.

4. Metodo e Modalità

- **Approccio modulare:** I corsi sono suddivisi in moduli teorici e pratici, arricchiti da test di apprendimento per verificare le competenze acquisite;
- **Accessibilità e inclusività:** Formazione a distanza (FAD) per garantire la massima partecipazione;
- **Aggiornamento continuo:** Revisione dei contenuti formativi sulla base delle evoluzioni normative.

5. Impatto e Prospettive

- **Crescita professionale:** Incremento della competenza del personale nella gestione di rischi e procedure amministrative;
- **Miglioramento organizzativo:** Rafforzamento dei processi decisionali e operativi;
- **Benefici per i cittadini/utenti:** Maggiore trasparenza e qualità dei servizi offerti;
- **Prospettive future:** Continuare il percorso formativo con l'adozione di nuovi contenuti e strumenti, integrando ulteriori ambiti di rischio e migliorando la capacità di gestione.

I corsi descritti, hanno vantato la partecipazione di quasi 4.000 dipendenti su 5.313 totali, di cui 3.113 dipendenti hanno ottenuto il riconoscimento del credito formativo ECM.

Nel 2025 è in programma di avviare dei percorsi formativi di secondo livello, rivolti a personale qualificato di riferimento per l'attuazione di detti processi nonché attività formativa di natura generalista da rivolgersi a tutti i nuovi assunti.

Queste attività si configurano come parte integrante della strategia anticorruzione della ASL Roma 1, contribuendo a creare un ambiente lavorativo trasparente e orientato alla legalità, con un impatto positivo anche sulla fiducia nei confronti dell'amministrazione pubblica.

Codice di Comportamento e formazione di tipo "generalista"

Il Codice di Comportamento della ASL ROMA 1, da considerarsi parte integrante del sistema anticorruzione, è stato definito sulla base del Codice di Comportamento dei Dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013) tenendo anche in considerazione le indicazioni di ANAC formulate nelle varie release dei PNA e soprattutto delle specifiche "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" di cui alla determinazione n. 358 del 29/03/2017, nonché le linee guida ANAC approvate con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, e il recente DPR 81/2023.

Con riferimento all'anno 2024, si è provveduto a redigere un nuovo codice di comportamento, nel rispetto della procedura dettata da ANAC alla luce degli aggiornamenti intervenuti dapprima con la riforma del codice di comportamento dei pubblici dipendenti GU n. 150 del 29/6/2023, e successivamente con il DPR 13/6/23 n. 81, adottato in bozza con deliberazione n.1273 del 22.10.2024. Successivamente previo parere dell'OIV è pubblicato in modalità consultazione nel **Portale Aziendale "Intranet" - Sezione "Regolamenti aziendali" e "Bacheca"**, e adottato nella versione definitiva, senza alcuna osservazione, con apposita deliberazione aziendale **n. 17 del 14.01.2025**.

Nel nuovo codice di comportamento sono state introdotte importanti novità riguardanti tra le altre, l'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e dei social media, le quali sono state anche oggetto di disamina nel corso FAD "Il Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici".

Il Codice di comportamento della ASL Roma 1 è disponibile per tutti gli stakeholders nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale oltre ad essere stato comunicato al personale dirigenziale medico, veterinario e sanitario e del comparto sanità mediante apposita e-mail e caricamento sulla intranet aziendale alle sezioni news.

Nell'anno 2025, si propone di dare ampia diffusione ai contenuti del nuovo Codice di Comportamento dei Dipendenti pubblici, ai fini di consentire una capillare diffusione e puntuale conoscenza dello stesso, attraverso l'analisi del testo e la simulazione di più casi concreti.

Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali ex D.lgs. n. 39/2013

Il D.lgs. 39/2013, come anche confermato dalla delibera 149/2014 dell'ANAC, si occupa esclusivamente delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo. Con riferimento agli stessi incarichi, la legge 124/2015, art. 11, co. 1, lett. p) prevede anche la disciplina delle procedure e dei requisiti professionali per il loro conferimento.

Il conferimento degli incarichi amministrativi di vertice è precluso, temporaneamente o permanentemente, a coloro che:

- a. abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del c.p., anche con sentenza non passata in giudicato,
- b. abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda o svolto attività libero professionale a favore di questi ultimi,
- c. siano stati componenti di organi di indirizzo politico,

L'obiettivo del complesso intervento normativo è tutto in ottica di prevenzione. Infatti, la legge ha valutato, ex ante e in via generale, che:

- in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione;
- lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- lo svolgimento di alcune attività (ad es., di indirizzo politico) di regola inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori.
- Sulla base del combinato disposto dell'art. 20 del D.lgs. n. 39/2013 e delle previsioni del PNA, l'accertamento dell'insussistenza di cause di inconferibilità avviene mediante dichiarazione sostitutiva di atto notorio ex art. 47 del DPR n. 445/2000, resa:
 - all'atto del conferimento dell'incarico;
 - annualmente, nel mese di gennaio;
 - tempestivamente, all'insorgenza di una causa di incompatibilità.

Le dichiarazioni sono acquisite da Regione Lazio in fase di nomina e periodicamente dalla ASL che provvede a pubblicarle nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

Il ruolo del RPCT relativamente a tali misure - definito dall'art.15 del d.lgs. 39/2013 nonché dalle «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione» approvate con Delibera ANAC n. 833 del 3/08/2016 – consiste nella vigilanza interna, ed in particolare:

- monitoraggio dell'avvenuta acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni sull'apposita sezione trasparenza del sito istituzionale;
- conduzione di verifiche a campione o mirate sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, utilizzando gli Uffici aziendali competenti ad acquisire i riscontri documentali necessari.

In ordine a tali misure, nell'anno 2024, il RPCT ha richiesto i nominativi e le dichiarazioni di incompatibilità del personale dirigenziale, al fine di dare seguito alle misure di monitoraggio e di verifica su elencate.

Attività ed incarichi extra-istituzionali

Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte del dirigente, del funzionario o del professionista sanitario può preconstituire situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'attività istituzionale, ponendosi altresì come sintomo della possibilità che insorgano legami corruttivi.

Per questi motivi, la L. 190/2012, art. 1, comma 42, è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla Legge e dai Contratti collettivi per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento e le attività extra-istituzionali sono consentite nei limiti di quanto previsto dalla norma.

L'Azienda ha adottato il proprio regolamento in materia di attività ed incarichi extra-istituzionali, con la deliberazione 124 del 18/5/2022 del personale dipendente dell'ASL Roma 1 ai sensi dell'art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Rotazione o misure alternative

Uno dei principali fattori di rischio di corruzione è costituito dalla circostanza che uno stesso soggetto possa sfruttare un potere o una conoscenza nella gestione di processi, caratterizzati, ad esempio, da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti/fornitori/beneficiari, per ottenere vantaggi illeciti.

Al fine di ridurre tale rischio, la Legge 190/2012 ed il PNA propongono come contromisura principale la rotazione degli incarichi.

La ASL ROMA 1, si riserva di valutare eventuali rotazioni in occasione dell'adozione del nuovo atto di autonomia aziendale, che sarà anche momento di possibile ripensamento di alcune posizioni dirigenziali incrementando, ove realizzabile, la rotazione ordinaria o straordinaria degli incarichi conferiti ai propri dipendenti.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici

La L. 190/2012, ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituire delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e 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. I predetti soggetti nel

triennio successivo alla cessazione del rapporto con la ASL, qualunque sia la causa di cessazione, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto appena stabilito sono nulli; inoltre, la violazione comporta il divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni e obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati.

Segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti - c.d. disciplina "whistleblowing"

In tema di Whistleblowing, l'Azienda è dotata di un Regolamento per le segnalazioni di illecito, adottato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 200 del 19.02.2024.

Considerato che, successivamente all'approvazione di tale Regolamento, il D.Lgs. n. 24/2023 - di recepimento della direttiva (UE) 2019/1937 - ha introdotto una nuova disciplina di tale istituto, l'Azienda si è adoperata per aggiornare il Regolamento aziendale, attualmente in corso di approvazione, al fine di uniformarsi.

Tale Regolamento apporta diverse modifiche a quello vigente, in conformità alla disciplina del menzionato decreto legislativo che, oltre ad aver racchiuso in un unico testo normativo il regime di protezione dei soggetti che segnalano condotte illecite poste in essere in violazione di disposizioni del diritto dell'Unione e/o delle disposizioni normative nazionali, ha introdotto nuove modalità di segnalazione, un ampliamento dei soggetti tutelabili e un rafforzamento del correlato sistema di garanzie e protezioni.

L'adozione di una esaustiva ed aggiornata procedura in tema di Whistleblowing, conforme al citato decreto legislativo e alle relative linee guida pubblicate da ANAC (deliberazione n. 311 del 12.07.2023), contribuisce a prevenire l'emersione del fenomeno corruttivo e di qualsiasi forma di abuso di funzione, tutelando l'Azienda da potenziali danni economici e di immagine, e diffondendo contestualmente la cultura dell'etica, della legalità e della trasparenza all'interno dell'Azienda stessa.

Resta valido l'accesso all'applicativo, presente sul sito istituzionale della ASL Roma 1 e sugli Intranet aziendali, per la segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti.

L'accesso è disponibile dalla intranet aziendale, nella sezione "segnalazioni condotte illecite" e dal sito istituzionale nella sezione "amministrazione trasparente" e relative sottosezioni "altri contenuti", "corruzione", o tramite il seguente link diretto <https://collaslr1.ggap.it/WB-web/>.

La schermata principale dell'applicativo si compone di due separati moduli di compilazione denominati come segue:

- SEGNALAZIONE;
- REGISTRAZIONE PROFILO;

Il programma consente di registrarsi o non registrarsi (per garantire l'anonimato) ed effettuare la segnalazione telematica, cui seguirà un'e-mail inoltrata al RPTC che avvisa che la segnalazione è stata fatta.

È garantita l'estrema sicurezza del sistema che al termine dell'inserimento e prima dell'inoltro della segnalazione al RPTC genererà un codice identificativo univoco, "key code", grazie all'utilizzo di un

protocollo di crittografia che garantisce il trasferimento di dati riservati. Il codice identificativo univoco ottenuto a seguito della segnalazione registrata sul portale consentirà al segnalante di “dialogare” con il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza della ASL Roma 1 (RPTC) in modo anonimo e spersonalizzato.

Si rende noto che nell’anno 2024 è pervenuta una sola segnalazione in materia di WB.

Sponsorizzazioni

Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 1174 del 22.12.2023, l’Azienda si è dotata di un apposito Regolamento per la disciplina delle sponsorizzazioni.

La decisione di procedere all’emanazione di tale Regolamento è nata in virtù della considerazione secondo cui il contratto di sponsorizzazione, che costituisce una figura negoziale piuttosto eterogenea e priva di una disciplina normativa ad hoc, assume notevole rilevanza quando una delle parti del contratto è una Pubblica Amministrazione, in quanto può essere uno strumento utile per favorire l’innovazione dell’organizzazione amministrativa e una migliore qualità dei servizi istituzionali.

Inoltre, la sponsorizzazione passiva - nell’ambito della dinamica finanziaria dell’Azienda - può costituire uno strumento per conseguire importanti risparmi di spesa ma al contempo generare situazioni di conflitto di interesse anche potenziali che occorre considerare e gestire attentamente.

Alla luce di tale considerazione il Regolamento ha per oggetto la disciplina delle sponsorizzazioni che possono interessare tutti gli eventi, progetti, iniziative e attività promossi, organizzati o gestiti dalla Asl Roma 1, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 43 della Legge 449/97 e s.m.i. (Contratti di sponsorizzazione ed accordi di collaborazione, convenzioni con soggetti pubblici o privati, contributi dell’utenza per i servizi pubblici non essenziali e misure di incentivazione della produttività), dall’art. 30, comma 8, lettera c della Legge 488/99 e s.m.i., dall’art. 1, comma 108, lettera e) della Legge 228/2012 e s.m.i., nonché dall’art. 134 del D.Lgs. n. 36 del 31.03.2023 (Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato), ed assicura all’Azienda una corretta ed uniforme gestione dei relativi contratti, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e trasparenza dell’azione amministrativa, nonché in osservanza del principio di esclusione dei conflitti di interessi tra l’attività pubblica e quella privata.

Misure Specialistiche

All’esito dell’analitica mappatura dei processi sono state individuate le misure specifiche a presidio dei singoli processi, la cui attuazione è rimessa all’attore responsabile del processo, come riportato nell’allegato 1 della sezione anticorruzione.

Questo processo analitico ha consentito di redigere il registro delle misure, per una semplice e rapida consultazione delle diverse misure individuate a presidio dei singoli processi, **come riportato nell’allegato 2.**

Il monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure;

Il sistema di monitoraggio della ASL Roma 1 si svolge a cadenza semestrale, entro il 30/06 e il 31/12 di ciascun anno e ha ad oggetto lo stato di attuazione e l’idoneità delle misure di prevenzione della corruzione, al fine di verificare che le stesse siano state attuate nei tempi stabiliti (o, al contrario, i

motivi che ne hanno impedito l'attuazione) e che stiano producendo gli effetti previsti, ma anche la sottosezione anticorruzione nel suo complesso.

Attesa la responsabilità del monitoraggio in capo al RPCT e considerato, altresì, il livello di complessità dell'amministrazione, il sistema di monitoraggio sullo stato di attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione della ASL Roma 1 si articola su due livelli:

- 1) Il monitoraggio di primo livello è svolto dai Referenti individuati dal RPCT in autovalutazione attraverso gli strumenti e le indicazioni fornite dallo stesso RPCT. Scopo dell'autovalutazione è quello di informare il RPCT sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e sulla loro capacità di contenere i rischi corruttivi individuati nell'analisi;
- 2) Il monitoraggio di secondo livello è svolto dal RPCT e ha lo scopo di verificare i contenuti delle autovalutazioni svolte dai Referenti, anche a campione. Se necessario, il RPCT può svolgere degli audit specifici al fine di reperire in maniera più semplice informazioni o documenti utili a svolgere il monitoraggio stesso.

Gli esiti del monitoraggio, come si dirà nel paragrafo che segue costituiscono il fondamento dell'analisi della congruità delle misure ideate, in relazione alla loro complessità, realizzabilità e sostenibilità.

Di conseguenza, si procederà ad ideare nuove misure nel caso in cui quelle già programmate non saranno riconosciute pienamente idonee.

Il monitoraggio sulla sottosezione anticorruzione del PIAO riguarda la messa in atto di tutto il processo di gestione del rischio, allo scopo di rafforzare la strategia di prevenzione della corruzione attraverso, ad esempio, la revisione/integrazione della mappatura dei processi, l'aggiornamento del catalogo dei rischi, l'identificazione di nuovi e/o più efficaci criteri per la valutazione del rischio. Tale monitoraggio avviene su impulso del RPCT che, se necessario, può avvalersi della rete dei Referenti.

Gli esiti dell'attività di monitoraggio

Come esplicitato in precedenza, gli esiti del monitoraggio costituiscono la base sui cui reimpostare la strategia di prevenzione della corruzione per il triennio successivo.

Per quanto concerne il monitoraggio generale sulla sottosezione anticorruzione del PIAO, tale attività ha consentito, nel corso dell'anno 2024, la revisione di alcuni processi (anche a seguito dell'introduzione di misure di prevenzione della corruzione e/o regolamenti), la modifica e/o integrazione del catalogo degli eventi rischiosi e la revisione della valutazione dell'esposizione al rischio corruttivo per alcune attività.

I processi oggetto delle modifiche e/o integrazioni sono stati i seguenti:

- Progetti finanziati all'estero
- Acquisizione di professionalità specifiche dei progetti di ricerca
- Valutazione della performance organizzativa

- Controlli, verifiche e ispezioni
- Attività di controllo vigilanza del Dipartimento di prevenzione delle UOC dell'AGR
- Rilascio autorizzazione/accreditamento/stipula accordo contrattuale
- Mappatura dei processi relativi ai progetti finanziati da PNRR

Con riferimento a quest'ultimo processo, in particolare, si è provveduto ad organizzare dei *workshop* con la *Cabina Regia* del PNRR, al fine di integrare, modificare e mappare le varie attività del processo, descrivendo, per ciascuna fase, gli eventi rischiosi, le misure di prevenzione e il livello di esposizione al rischio.

Per quanto concerne il monitoraggio sulle misure specifiche, nell'anno 2024, il RPCT ha proceduto alla richiesta, ai singoli responsabili dell'attuazione delle stesse, di informazioni sullo stato di attuazione delle misure programmate nel precedente Piano. Preso atto delle risposte pervenute, il RPCT ha proceduto ad effettuare il monitoraggio di secondo livello attraverso la richiesta di ulteriori informazioni e/o documenti.

Gli esiti del monitoraggio hanno portato alla conferma dell'attualità e validità della pluralità di misure di prevenzione della corruzione previste nei precedenti Piani e alla integrazione/modifica di quelle ritenute non più attuali.

In definitiva, sono state oggetto di monitoraggio nel 2024, con il coinvolgimento di tutti i direttori di Unità, referenti del RPTC, circa 338 misure di prevenzione, i cui risultati sono di seguito illustrati:

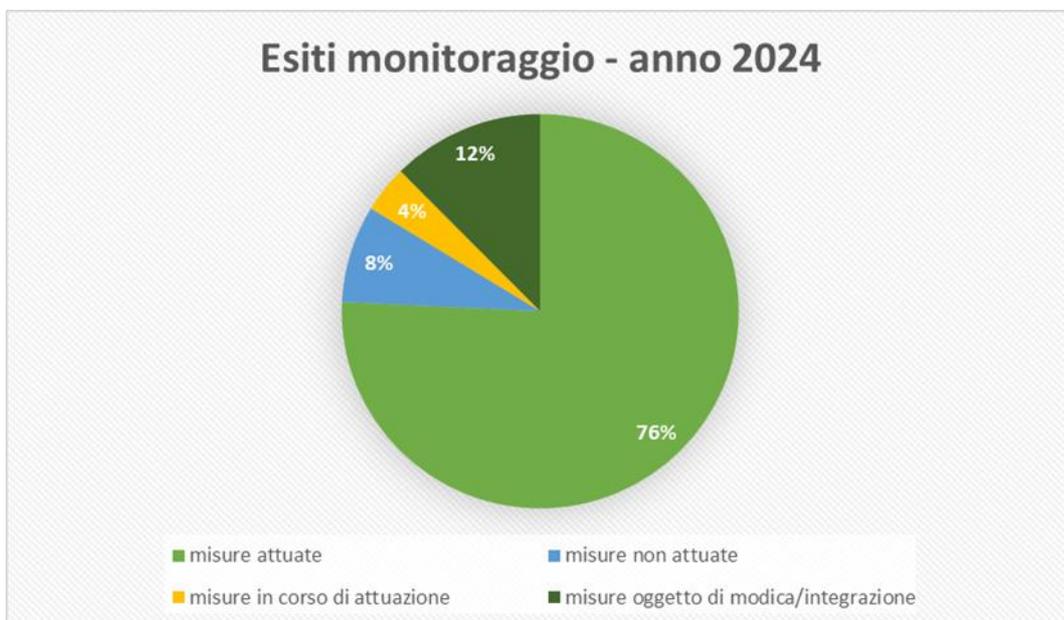


Figura 1 - Grafico inerente gli esiti del monitoraggio 2024 inerente alle misure di Anticorruzione e Trasparenza

Programmazione dell'Attuazione della Trasparenza e il Monitoraggio delle Misure Organizzative

La Trasparenza

La trasparenza rappresenta un principio cardine per l'ASL Roma 1, con l'obiettivo di promuovere la partecipazione attiva dei cittadini alle attività della Pubblica Amministrazione. Ciò consente agli utenti di accedere alle informazioni sui servizi erogati, migliorandone la qualità e contribuendo significativamente alla prevenzione di fenomeni corruttivi. L'ASL Roma 1 si impegna a garantire la massima trasparenza mediante la pubblicazione costante di dati e informazioni sulla sezione "Amministrazione Trasparente", rispettando pienamente quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 e aggiornamenti correlati, con particolare attenzione alle disposizioni del Codice dei Contratti Pubblici e alle indicazioni ANAC.

Attuazione e Monitoraggio della Trasparenza

Per garantire il rispetto degli standard di trasparenza, l'ASL Roma 1 adotta un approccio organizzativo proattivo. Le strutture aziendali responsabili utilizzano un applicativo dedicato per l'inserimento e aggiornamento continuo dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente", con un costante supporto a cura dello staff del RPTC. A livello operativo, viene effettuato un monitoraggio, almeno semestrale, per verificare la completezza, la conformità e l'attualità delle informazioni pubblicate.

Digitalizzazione e Innovazione nei Contratti Pubblici

A partire dal 1° gennaio 2024, l'ASL Roma 1 ha adottato i criteri previsti dal D.Lgs. 36/2023 per la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, in linea con quanto previsto dall'articolo 28 del decreto. Le informazioni relative al ciclo degli appalti, indipendentemente dalla soglia, sono trasmesse alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici mediante piattaforme interoperabili certificate. Questa innovazione assicura maggiore tracciabilità e controllo, consolidando i principi di trasparenza normativa.

Attuazione della Delibera ANAC n. 495/2024

In linea con la Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024, l'ASL Roma 1 avvierà nel 2025 l'adeguamento della sezione "Amministrazione Trasparente" agli schemi approvati ai sensi del D.Lgs. 33/2013. Gli schemi, relativi agli articoli 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli sull'organizzazione), sono stati elaborati per migliorare la qualità, la standardizzazione e la fruibilità dei dati pubblicati. La Delibera prevede un periodo di transizione di 12 mesi per consentire alle amministrazioni di conformarsi alle nuove disposizioni, durante il quale saranno definiti i meccanismi di validazione e controllo richiesti. L'attuazione presso l'ASL Roma 1 comprenderà attività di revisione e aggiornamento delle informazioni esistenti, in sinergia con i sistemi gestionali già adottati, al fine di garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei dati. Questo adeguamento rappresenta un ulteriore passo verso una governance più trasparente ed efficace, assicurando la conformità agli obblighi normativi e agli standard qualitativi indicati da ANAC.

Accesso Civico e Accesso Civico Generalizzato

L'azienda si avvale di un regolamento approvato nel 2019 per la gestione delle richieste di accesso civico. Nel 2024 sono state gestite:

- **1 richiesta di accesso civico semplice.**
- **32 richieste di accesso civico generalizzato.**

Per ottimizzare la gestione, è stato implementato un sistema di monitoraggio centralizzato, aggiornato trimestralmente dalle strutture aziendali tramite formati standardizzati. Questa metodologia permette una gestione uniforme e trasparente delle richieste.

Nell'ambito della gestione delle richieste di accesso, incluse quelle di accesso documentale la UOC Affari Generali, che ha il compito di tenere apposito Registro di tutte le richieste di accesso documentale e civico ricevute dall'Azienda, in data 18.12.2023 ha emanato apposita circolare, al fine di implementare la tenuta corretta e completa del Registro stesso, mediante un ruolo attivo delle strutture coinvolte che procedono alla compilazione di apposito format, allegato alla circolare stessa ed aggiornato sulla base delle previsioni normative e delle casistiche maggiormente ricorrenti.

Obiettivi per il Triennio 2025-2027

1. Aggiornamento continuo della sezione "Amministrazione Trasparente".
2. Sviluppo di sistemi digitali integrati per la gestione automatizzata delle informazioni pubblicate.
3. Monitoraggio sistematico dell'idoneità e dell'attuazione delle misure di trasparenza, con verifiche periodiche semestrali.
4. Rafforzamento delle competenze aziendali tramite corsi di formazione specifici in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.
5. Attuazione della Delibera ANAC n. 495/2024, con l'adeguamento della sezione "Amministrazione Trasparente" agli schemi di pubblicazione approvati dall'Autorità (artt. 4-bis, 13 e 31 del D.Lgs. 33/2013).

ALLEGATI SEZ. 2.3 RISCHI CORRUTTIVI TRASPARENZA

ALLEGATO 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE DEL RISCHIO E MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE;

ALLEGATO 2 - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

ALLEGATO 3 - ESTRATTO DELLA TABELLA RELATIVA ALLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" CON L'ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI E L'INDIVIDUAZIONE DEI RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

Con Decreto del Commissario ad acta del 27 gennaio 2020 n. U00020, la Regione Lazio ha approvato l'Atto Aziendale adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1153 del 17.12.2019.

Il nuovo assetto aziendale è in vigore dal 1 marzo 2020 come definito dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 179 del 27.02.2020.

Con gli atti deliberativi n. 491/2020 e successivo n. 1033/2020 l'Azienda, ha provveduto a graduare gli incarichi di Direzione delle Macro aree, di Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali e delle Aree di Coordinamento funzionali, mentre con delibere n. 565/2020 e successiva 1034/2020 ha definito la micro organizzazione e graduato i relativi incarichi.

Il modello organizzativo dell'Azienda è finalizzato alla costruzione di una struttura in grado di gestire i problemi di salute della popolazione residente, intercettando i bisogni espressi ed inespressi, traducendoli in domanda appropriata e riequilibrando l'offerta. L'organizzazione è dunque pensata in un'ottica di processo in grado di attivare percorsi di assistenza e di presa in carico, verificando costantemente le attività poste in essere e sviluppare forme innovative sia dei processi clinico- assistenziali che organizzativo-gestionali.

Risulta, pertanto, indispensabile promuovere una organizzazione dei servizi pensata in un'ottica di processo in grado di attivare percorsi di assistenza e di presa in carico, strutturati, coordinati ed integrati con una costante verifica delle attività poste in essere e sviluppare forme innovative sia dei processi clinico-assistenziali che organizzativo-gestionali.

La promozione di processi e attività efficienti e di qualità, sia dal punto di vista assistenziale che amministrativo-gestionale, l'appropriatezza degli interventi sanitari, la disponibilità di personale valido e con alti livelli di motivazione, il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini e la ricerca di innovazione, sono le logiche fondanti del modello organizzativo.

Uno dei fattori abilitanti del processo di cambiamento che punta alla realizzazione delle strategie aziendali è senza dubbio la nuova organizzazione aziendale che garantisce:

- la realizzazione di processi efficienti e di qualità sia in ambito assistenziale (servizi ai cittadini) che amministrativo-gestionale (servizi centrali);
- l'appropriatezza degli interventi sanitari e non sanitari;
- la disponibilità di personale motivato e con competenze specialistiche.

Le macrostrutture (Dipartimenti, Aree e Distretti) e le Unità Operative Complesse/Unità Operative Semplici Dipartimentali, nell'ambito della loro "mission" devono sempre operare in una visione di processo, con azioni integrate capaci di attivare percorsi integrati di assistenza e presa in carico del paziente e di consentire una costante verifica dei risultati raggiunti. In tale prospettiva, sono stati individuati i Servizi Centrali che creano valore per l'organizzazione e i Servizi ai Cittadini che creano valore per il cittadino per un totale di 27 macrostrutture (15 Dipartimenti, 6 Distretti e 6 Aree) all'interno delle quali sono distribuite 116 Unità Operative Complesse (di cui 1 non ancora attivata) e 42 Unità Operative Semplici Dipartimentali.

Di seguito si riporta l'organigramma:

ORGANIGRAMMA		
DIREZIONE GENERALE		
DIREZIONE SANITARIA		
DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
SERVIZI CENTRALI	AVVOCATURA	
	UFFICIO STAMPA	
	DIPARTIMENTO PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	UOC PIANIFICAZIONE STRATEGICA, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
		UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI PROCESSI ASSISTENZIALI
		UOC ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E AUDIT INTERNO (da attivare)
		UOC SICUREZZA, QUALITA' E RISK MANAGEMENT
		UOC RELAZIONE CON I CITTADINI, COMUNICAZIONE E RELAZIONI ISTITUZIONALI
	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E DELLE RISORSE UMANE	UOC BILANCIO E CONTABILITA'
		UOC AFFARI GENERALI
		UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI OSPEDALIERI
		UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
		UOC STATO GIURIDICO DEL PERSONALE
		UOC TRATTAMENTO ECONOMICO, ALPI E PERSONALE A COVENZIONE
		UOC FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE
		UOC RELAZIONI SINDACALI E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE (disattivata)
	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	UOC ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA
		UOC TECNICI SANITARI
		UOSD SERVIZIO SOCIALE
		UOSD TECNICI DELLA PREVENZIONE
		UOSD ASSISTENZA RIABILITATIVA
	DIPARTIMENTO TECNICO PATRIMONIALE	UOC PROGETTAZIONE E DIREZIONE LAVORI
		UOC MANUTENZIONI E SICUREZZA IMMOBILI E IMPIANTI
		UOC INGEGNERIA CLINICA
		UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
		UOC LOGISTICA
		UOC SISTEMI E TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI COMUNICAZIONE
		UOC PATRIMONIO AZIENDALE E COMPLESSO MONUMENTALE DI S.SPIRITO IN SASSIA
		UOSD QUALITA' APPALTI
DIPARTIMENTO DI EPIDEMIOLOGIA DEL S.S.R.	UOC EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE, OCCUPAZIONALE E REGISTRO TUMORI	
	UOC EPIDEMIOLOGIA DELLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE	
	UOC DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA, LINEE GUIDA E HTA	
	UOC EPIDEMIOLOGIA CLINICA	
	UOC EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	

		UOSD EPIDEMIOLOGIA DEL FARMACO	
SERVIZI AI CITTADINI	AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA	UOC DIREZIONE SANITARIA SAN FILIPPO NERI	
		UOC DIREZIONE SANITARIA SANTO SPIRITO E NUOVO REGINA MARGHERITA	
		UOC DIREZIONE SANITARIA OFTALMICO E CENTRO SANT'ANNA	
	DEA SAN FILIPPO NERI	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA SAN FILIPPO NERI	
		UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FILIPPO NERI	
		UOC CARDIOLOGIA CLINICA E RIABILITATIVA SAN FILIPPO NERI	
		UOC CARDIOLOGIA INTENSIVA ED INTERVENTISTICA SAN FILIPPO NERI	
		UOC MEDICINA INTERNA SAN FILIPPO NERI	
		UOC CHIRURGIA D'URGENZA SAN FILIPPO NERI	
	Area Funzionale Interdipartimentale Anestesiologica	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FILIPPO NERI	
		UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SANTO SPIRITO E NUOVO REGINA MARGHERITA	
	Area Funzionale Interdipartimentale Cardiologica	UOC CARDIOLOGIA CLINICA E RIABILITATIVA SAN FILIPPO NERI	
		UOC CARDIOLOGIA INTENSIVA ED INTERVENTISTICA SAN FILIPPO NERI	
		UOC CARDIOLOGIA SANTO SPIRITO E NUOVO REGINA MARGHERITA	
	DEA SANTO SPIRITO	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA SANTO SPIRITO	
		UOC CHIRURGIA GENERALE D'URGENZA SANTO SPIRITO E NRM	
		UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SANTO SPIRITO E NUOVO REGINA MARGHERITA	
		UOC MEDICINA INTERNA SANTO SPIRITO	
		UOC NEFROLOGIA E DIALISI	
		UOC CARDIOLOGIA SANTO SPIRITO E NUOVO REGINA MARGHERITA	
	DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' MEDICHE	UOC MEDICINA RIABILITATIVA	
		UOC PNEUMOLOGIA	
UOC DIABETOLOGIA E DIETOLOGIA			
UOC NEUROLOGIA			
UOC GERIATRIA			
UOSD ENDOCRINOLOGIA			
UOSD RETE DERMATOLOGICA			
UOSD ANGIOLOGIA			
UOSD REUMATOLOGIA			
DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	UOC NEUROCHIRURGIA		
	UOC CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE		
	UOC ODONTOIATRIA E ORTODONZIA		
	UOC CHIRURGIA VASCOLARE		
	UOC CHIRURGIA PLASTICA		
	UOC OTORINOLARINGOIATRIA		

	UOSD DERMATOLOGIA SPECIALISTICA
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	UOC CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA
	UOC GASTROENTEROLOGIA
	UOC ONCOLOGIA
	UOC UROLOGIA
	UOC RADIOTERAPIA
	UOSD CENTRO ONCOLOGICO SANTO SPIRITO E NUOVO REGINA MARGHERITA
	UOSD PRESIDIO ONCOLOGICO CASSIA - S.ANDREA
	UOSD CHIRURGIA SENOLOGICA
	UOSD EMATOLOGIA
AREA ORTOPEDICA	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SAN FILIPPO NERI
	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SANTO SPIRITO
	UOSD DAY SURGERY ORTOPEDICO NUOVO REGINA MARGHERITA
DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E FIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	UOC OSTERICIA E GINECOLOGIA SAN FILIPPO NERI
	UOC OSTERICIA E GINECOLOGIA SANTO SPIRITO
	UOC NEONATOLOGIA
	UOSD DIAGNOSI PRENATALE SANT'ANNA
	UOSD CENTRO P.M.A. SAN FILIPPO NERI
	UOSD CENTRO P.M.A. SANT'ANNA
DIPARTIMENTO DI OFTALMOLOGIA	UOC CHIRURGIA OFTALMOLOGICA E DI URGENZA
	UOC OFTALMOLOGIA
	UOSD PRONTO SOCCORSO OFTALMICO
	UOSD RETE OFTALMOLOGICA TERRITORIALE
	UOSD RETINA MEDICA
DIPARTIMENTO DEI LABORATORI	UOC PATOLOGIA CLINICA
	UOC MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
	UOC ANATOMIA PATOLOGICA
	UOC SIMT E CENTRO DI PRODUZIONE EMOCOMPONENTI
	UOSD SCREENING CITOLOGICO
	UOSD GENETICA MEDICA SANT'ANNA
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	UOC RADIOLOGIA SAN FILIPPO NERI
	UOC RADIOLOGIA SANTO SPIRITO E NUOVO REGINA MARGHERITA
	UOC RADIOLOGIA OFTALMICO E SANT'ANNA
	UOSD SCREENING MAMMOGRAFICO
	UOSD FISICA SANITARIA
AREA DEL FARMACO	UOC FARMACIA CLINICA INTERAZIENDALE E DPC
	UOC FARMACIA OSPEDALIERA E LOGISTICA DEL FARMACO

	UOC FARMACIA TERRITORIALE E DI PROSSIMITA'
	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA
	UOSD PIANIFICAZIONE ACQUISTI E MONITORAGGIO SPESA BENI SANITARI
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE
DISTRETTO 1	UOC ACCOGLIENZA, TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE - DISTRETTO 1
	UOC ANALISI DEI BISOGNI, PROGRAMMAZIONE E COMMITENZA - DISTRETTO 1
	UOC PERCORSI PER CRONICITA', DISABILITA' ADULTI E NON AUTOSUFFICIENZA - DISTRETTO 1
	UOSD PATOLOGIE EMERGENTI
	UOSD ASSISTENZA SANITARIA REGINA COELI
	UOSD SALUTE MIGRANTI
	UOSD CENTRO SA.MI.FO
DISTRETTO 2	UOC ACCOGLIENZA, TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE - DISTRETTO 2
	UOC ANALISI DEI BISOGNI, PROGRAMMAZIONE E COMMITENZA - DISTRETTO 2
	UOC PERCORSI DI CRONICITA', DISABILITA' ADULTI E NON AUTOSUFFICIENZA - DISTRETTO 2
DISTRETTO 3	UOC ACCOGLIENZA, TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE - DISTRETTO 3
	UOC ANALISI DEI BISOGNI, PROGRAMMAZIONE E COMMITENZA - DISTRETTO 3
	UOC PERCORSI PER CRONICITA', DISABILITA' ADULTI E NON AUTOSUFFICIENZA - DISTRETTO 3
DISTRETTO 13	UOC ACCOGLIENZA, TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE - DISTRETTO 13
	UOC ANALISI DEI BISOGNI, PROGRAMMAZIONE E COMMITENZA - DISTRETTO 13
	UOC PERCORSI PER CRONICITA', DISABILITA' ADULTI E NON AUTOSUFFICIENZA - DISTRETTO 13
DISTRETTO 14	UOC ACCOGLIENZA, TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE - DISTRETTO 14
	UOC ANALISI DEI BISOGNI, PROGRAMMAZIONE E COMMITENZA - DISTRETTO 14
	UOC PERCORSI PER CRONICITA', DISABILITA' ADULTI E NON AUTOSUFFICIENZA - DISTRETTO 14
	UOSD RESIDENZIALITA' E SOSTEGNO ALL'ABITARE
DISTRETTO 15	UOC ACCOGLIENZA, TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE - DISTRETTO 15
	UOC ANALISI DEI BISOGNI, PROGRAMMAZIONE E COMMITENZA - DISTRETTO 15
	UOC PERCORSI PER CRONICITA', DISABILITA' ADULTI E NON AUTOSUFFICIENZA - DISTRETTO 15
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO 1
	UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO 2
	UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO 3
	UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO 13
	UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO 14
	UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO 15

	UOC TSMREE
	UOC DIPENDENZE
	UOC PREVENZIONE INTERVENTI PRECOCI
	UOC SPDC SAN FILIPPO NERI
	UOC SPDC SANTO SPIRITO
	UOSD DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
	UOSD SALUTE MENTALE E DIPENDENZE IN AMBITO PENALE
	UOSD Centro di riferimento Alcolologico Regione Lazio CRARL
	UOSD GOVERNO CLINICO
	UOSD LABORATORIO MUSEO DELLA MENTE
	UOSD PSICOLOGIA OSPEDALIERA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	UOC SISP
	UOC SIAN
	UOC SPRESAL
	UOC SANITA' ANIMALE (Coordinatore Servizi Veterinari)
	UOC VACCINAZIONI E CENTRO VACCINAZIONI INTERNAZIONALI
	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
	UOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE
	UOSD COORDINAMENTO PROGRAMMI DI SCREENING
	UOSD MEDICINA DELLO SPORT
AREA GOVERNO DELLA RETE	UOC ACCREDITAMENTO RETE DI OFFERTA
	UOC COMMITTENZA
	UOC BUDGET E CONTROLLO EROGATORI PRIVATI
	UOSD SUPPORTO GIURIDICO GOVERNO DELLA RETE
AREA FUNZIONALE INTERAZIENDALE DI MEDICINA LEGALE	UOC MEDICINA LEGALE
	UOC MEDICINA LEGALE PER IL GOVERNO CLINICO

L'organizzazione aziendale è basata sulla determinazione delle funzioni, delle competenze e delle responsabilità delle diverse articolazioni aziendali, secondo criteri di differenziazione e di integrazione delle stesse, ai fini del più efficace perseguimento delle finalità istituzionali, della mission e degli obiettivi strategici aziendali.

Sulla base di questo presupposto, l'articolazione organizzativa dell'Azienda prevede la individuazione di:

- Macrostrutture gestionali con specifiche responsabilità (Dipartimenti-Distretti-Aree Gestionali);
- Strutture di Coordinamento per aree affini, omogenee o complementari (Aree Funzionali);

- Unità Operative Complesse (UOC);
- Unità Operative Semplici di Dipartimento (UOSD);
- Unità Operative Semplici all'interno delle UOC (UOS);
- Incarichi Dirigenziali di responsabilità di progetto, processo, programma, centro di riferimento;
- Incarichi Dirigenziali professionali;
- Incarichi di Funzione

Tutte le Macrostrutture, a prescindere dalle specifiche funzioni loro affidate, mantengono con la Direzione Aziendale le relazioni indispensabili alla formazione e alla condivisione degli indirizzi, anche attraverso la presenza nel Collegio di Direzione e, in coerenza con gli obiettivi strategici aziendali, definiscono gli obiettivi per ciascuna delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali incluse nella Macrostruttura.

A. Il Modello Dipartimentale

L'Azienda assume l'organizzazione dipartimentale come uno dei modelli di gestione operativa. Il Dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono finalità comuni, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale.

B. L'Area di Coordinamento

Qualora occorra rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi comuni e processi assistenziali o gestionali specifici, è possibile l'istituzione di Aree di Coordinamento che possono avere due diverse connotazioni in relazione alla complessità degli obiettivi/processi affidati:

- Area Gestionale, in cui il Responsabile di Area partecipa alla negoziazione degli obiettivi della Macro-struttura nel suo complesso, e gestisce il budget assegnato coordinando attività e risorse affinché l'Area assolva alle proprie funzioni e responsabilità nell'ambito delle strategie e degli indirizzi aziendali.
- Area Funzionale, in cui il Responsabile di Area promuove la condivisione degli obiettivi delle Strutture afferenti l'Area e delle risorse attraverso piani e programmi di attività nell'ambito delle strategie e degli indirizzi aziendali.

C. La Struttura Complessa

Una struttura è definita complessa sulla base della specificità e della rilevanza gestionale dei suoi compiti e delle sue dimensioni operative.

Le Unità Operative Complesse sono dotate di autonomia gestionale, organizzativa, professionale e clinica e si caratterizzano, quindi, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte, nell'ambito delle strategie e indirizzi della Direzione Aziendale e degli obiettivi specificamente

assegnati all'interno della Macrostruttura di afferenza, attraverso l'attribuzione di un budget operativo (obiettivi e risorse) e l'articolazione in uno o più centri di costo.

D. Le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale. Le Strutture Semplici all'interno di quelle Complesse. Gli Incarichi di Responsabilità di Progetto, Processo, Programma, Centro di Riferimento. Gli Incarichi Professionali

L'Unità Operativa Semplice di Dipartimento (UOSD) è dotata di autonomia gestionale e organizzativa, caratterizzata dalla attribuzione di obiettivi e risorse specificamente assegnate nell'ambito degli obiettivi e delle risorse complessive della Macrostruttura di afferenza.

L'Unità Operativa Semplice (UOS) è caratterizzata dalla afferenza ad una Unità Operativa Complessa. Alle UOS sono assegnati dal Direttore della UOC di afferenza obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della UOC. Il responsabile della UOS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla UOS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della UOC e alla valutazione individuale, al raggiungimento dei risultati della Macrostruttura di afferenza e degli obiettivi strategici aziendali.

Gli Incarichi di natura professionale costituiscono una forma di riconoscimento del possesso da parte di chi lo riceve di specifiche competenze e abilità professionali individuali e comporta non solo l'obbligo di rendere disponibili queste competenze e queste abilità all'Azienda, ma anche quello di formare ed addestrare altri operatori a svolgere compiti analoghi. L'assolvimento di questi obblighi nelle forme concordate con il responsabile della struttura di appartenenza rappresenta elemento fondante della valutazione di risultato di un incarico professionale.

Nell'ambito degli Incarichi di Alta Professionalità sono previsti gli Incarichi di Responsabilità di Progetto, Processo, Programma, Centro di Riferimento. Tale tipologia è costruita sulla base di uno specifico obiettivo di processo o di risultato. Questo tipo di incarico non è caratterizzato necessariamente dalla specificità del ruolo professionale ma dall'impegno di coordinare, in base a protocolli concordati, su obiettivi di salute prioritari indicati dall'Azienda, competenze e ruoli professionali diversi. Un incarico di progetto si intende generalmente circoscritto dal punto di vista della durata che coincide con quella prevista per il completamento del progetto. Le responsabilità di progetto derivano la loro complessità dalla dimensione organizzativa, a seconda del numero e dei livelli degli operatori e delle strutture da coinvolgere, dalla difficoltà degli obiettivi da raggiungere e dalla quantità di risorse presumibilmente impegnate.

E. Il Sistema degli incarichi del Personale del Comparto

Il quadro delle articolazioni organizzative aziendali si completa con l'individuazione degli incarichi di funzione per gli operatori del Comparto.

Gli incarichi di funzione si articolano in incarichi di tipo organizzativo ed incarichi professionali. In particolare, gli incarichi di funzione organizzativa, che possono ricomprendere anche lo svolgimento di funzioni di coordinamento, rappresentano uno strumento volto a potenziare, nel

sistema di classificazione del personale non dirigenziale, un modello organizzativo flessibile teso al decentramento delle attività e alla relativa responsabilizzazione sul raggiungimento dei risultati, in coerenza con l'assetto organizzativo dell'Azienda e un orientamento alla valorizzazione del merito.

L'incarico è conferito per la realizzazione di attività che richiedono lo svolgimento di funzioni di responsabilità caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale ed organizzativa, ovvero lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, ovvero di attività di staff e/o di progetto, che richiedono in ogni caso elevati livelli di autonomia ed esperienza.

Agli incarichi di funzione organizzativa si aggiungono gli incarichi di funzione professionale, il cui contenuto deve risultare di particolare complessità, e richiedono significative competenze professionali rispetto a quelle proprie del profilo posseduto. Il personale titolare di incarico di funzione professionale esercita compiti e attività connesse all'area e al profilo di appartenenza aderenti all'organizzazione della struttura aziendale di assegnazione.

Tali ruoli di responsabilità risultano, quindi, una necessità organizzativa dell'Azienda in quanto rispondono sia alle esigenze di coordinamento delle risorse umane e materiali a livello di unità organizzative sia di indirizzo e di sviluppo professionale.

Le tipologie di incarico sopra individuate trovano fondamento nei CCNL di riferimento per il personale dell'Area Sanità, dell'Area delle Funzioni Locali e del Comparto e sono state specificatamente disciplinate attraverso appositi regolamenti aziendali in materia di affidamento e la revoca degli incarichi, di graduazione degli incarichi e, limitatamente al personale del comparto, mediante il regolamento sul sistema degli incarichi di cui alla deliberazione n. 1146 del 19.12.2023.

I livelli di responsabilità organizzativa sono riconducibili al sistema degli incarichi nella sua globalità che non ha previsto fasce di graduazione delle posizioni dirigenziali ma una pesatura puntuale per ciascun incarico.

Le macrostrutture (Dipartimenti, Aree e Distretti) e le Unità Operative Complesse/Unità Operative Semplici Dipartimentali, nell'ambito della loro "mission" devono sempre operare in una visione di processo, con azioni integrate capaci di attivare percorsi integrati di assistenza e presa in carico del paziente e di consentire una costante verifica dei risultati raggiunti. In tale prospettiva, sono stati individuati i Servizi Centrali che creano valore per l'organizzazione e i Servizi ai Cittadini che creano valore per il cittadino per un totale di 27 macrostrutture (15 Dipartimenti, 6 Distretti e 6 Aree) all'interno delle quali sono distribuite 116 Unità Operative Complesse (di cui 1 non ancora attivata) e 42 Unità Operative Semplici Dipartimentali.

La consistenza di organico riferite alle predette strutture in media corrisponde:

> UOC: 37,14

> U.O.S.D.: 7,70

Il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione e individuato nell'Atto Aziendale (Delibera n. 877 del 7/10/2016 e Delibera n. 1153 del 17/12/2019) in coerenza con gli obiettivi di valore pubblico ha, altresì, consentito di fare fronte a situazioni del tutto emergenziali ed imprevedibili quali l'insorgenza della pandemia da COVID 19.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

La ASL Roma 1 ha valorizzato l'esperienza del contesto emergenziale, nel corso degli anni 2020 e 2021, in cui la necessaria attivazione della prestazione lavorativa in modalità agile per il personale amministrativo ha dimostrato perseguibili le finalità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, di acquisizione di nuove competenze professionali (informatiche, di autonomia, di responsabilità), nonché di tutela delle situazioni di fragilità e di miglioramento del benessere organizzativo.

Il Regolamento Aziendale adottato con deliberazione n. 672 del 28.09.2022 ha poi disciplinato le modalità di prestazione lavorativa in "lavoro agile/smart working" da parte del personale dell'ASL Roma 1, definendo gli ambiti di applicazione ed il perimetro di azione.

Il Regolamento è stato adottato per una preliminare fase di sperimentazione, volta ad introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati, in quegli ambiti in cui può naturalmente trovare applicazione l'introduzione di nuove modalità spaziotemporali di svolgimento della prestazione lavorativa.

Al termine della fase di sperimentazione, con Deliberazione n. 1012 del 17.11.2023 è stato regolamentato lo svolgimento del lavoro agile, a decorrere dal 01.01.2024.

Lo svolgimento della modalità di lavoro agile è applicabile esclusivamente al personale dell'Azienda che svolge funzioni amministrative e che possa organizzare le attività con un elevato grado d'autonomia operativa nel rispetto degli obiettivi prefissati. Devono escludersi dall'ambito di applicazione i lavoratori coinvolti in linee di attività che comportano contatto con i pazienti.

Il regolamento aziendale prevede che il lavoro in presenza resti comunque la modalità ordinaria e prevalente di svolgimento della prestazione lavorativa. Pertanto il lavoro agile può essere utilizzato nella misura massima del 49% della prestazione lavorativa effettiva resa dal lavoratore, secondo un sistema di misurazione progressiva che tiene conto delle ore di prestazione lavorativa di giorno in giorno effettivamente svolte dal lavoratore nel corso dell'anno solare.

Il Responsabile della Unità Operativa di afferenza dei lavoratori interessati valuta la compatibilità delle linee di attività cui il lavoratore è preposto, rispetto al lavoro agile.

Il Regolamento definisce inoltre i seguenti criteri di priorità per l'accesso al lavoro agile:

- lavoratori che effettuano spostamenti casa lavoro di distanza superiore ad 80 km;
- lavoratori che fruiscono di permessi ex Lege 104/1992 (art. 3, comma 4, lett. b); D.Lgs. 105/2022, che modifica l'art. 33, comma 6 bis, L. 104/1992);
- lavoratori con figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/1992 (art. 4, comma 1, lett. b); D.Lgs. 105/2022);

- lavoratori con disabilità in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/1992, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1 (art. 4, comma 1, lett. b), D.Lgs. 105/2022).

Lo svolgimento del lavoro agile è rimesso all'accordo individuale con il lavoratore, in cui sono definiti durata, modalità e obiettivi della prestazione.

Durante l'attività svolta in modalità agile il lavoratore è tenuto al conseguimento degli obiettivi con i medesimi criteri valutativi dell'attività lavorativa ordinaria prestata in presenza.

L'Azienda garantisce la conformità della strumentazione fornita alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza. Assume altresì l'impegno ad approntare strumenti tecnologici idonei a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile anche mediante fornitura di strumenti hardware e software aziendali.

Per lo svolgimento delle attività al di fuori della sede aziendale è assicurato e garantito il medesimo e necessario livello di riservatezza richiesta nelle sedi aziendali, anche con riferimento agli strumenti utilizzati ai fini della stessa (es. dispositivi aziendali/dispositivi privati autorizzati dalla UOC Sistemi e Tecnologie Aziendali).

La UOC STIC valuta in particolare lo stato di idoneità della dotazione strumentale in uso al dipendente e le operazioni eventualmente occorrenti di configurazione per adeguarla ad accesso protetto verso la rete aziendale o ad altre necessità preventivabili avanzate dal lavoratore assieme al proprio servizio di assegnazione.

La postazione informatica per il lavoro agile prevede pertanto l'utilizzo di VDI (Virtual Desktop Interface), che consente al dipendente in qualunque momento, in qualsiasi luogo, e da qualsiasi dispositivo, di accedere a banche dati, cartelle di rete e applicativi istituzionali tramite l'accesso a un pc virtuale aziendale, previa installazione di un software per l'accesso e la configurazione di credenziali di accesso.

Inoltre, per garantire il rispetto delle regole di sicurezza, è stato predisposto l'utilizzo della piattaforma e-learning "Cyber Guru", a supporto dei processi formativi sul tema della sicurezza informatica, mediante un percorso di addestramento specifico, la partecipazione al quale è obbligatoria per tutti i dipendenti che hanno una credenziale aziendale. L'applicazione è accessibile anche al di fuori della rete aziendale e tramite i dispositivi smartphone e tablet.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

La ASL Roma 1 consta alla data del 31.12.2024 di n. 5.240 operatori e, nello specifico:

	TEMPO DETERMINATO		TEMPO INDETERMINATO		TOTALE	
	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA
RUOLO AMMINISTRATIVO	2	0	658	18	660	18

RUOLO PROFESSIONALE	0	1	0	11	0	12
RUOLO SANITARIO	41	85	2688	1293	2729	1378
RUOLO SOCIO SANITARIO	15	0	233	0	248	0
RUOLO TECNICO	0	3	178	14	178	17
Totale complessivo	58	89	3757	1336	3815	1425

Il fabbisogno individuato complessivamente per gli anni 2024, 2025 e 2026 tiene conto della necessità di assicurare, quanto più tempestivamente possibile, il turn over del personale cessato/cessando, al fine di mantenere in servizio il numero di unità indispensabili al mantenimento dei livelli di assistenza ed all'erogazione delle attività istituzionali aziendali.

Questa Azienda intende reclutare le risorse necessarie a soddisfare il fabbisogno espresso mediante la stipula di contratti di natura subordinata a tempo indeterminato, garantendo ai sensi dell'art. 7, 1° comma D.lgs.165/2001 parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed al relativo trattamento sul lavoro, sulla base delle indicazioni regionali fornite le Determinazione Regionale n. G5286 del 18.04.2023 e n. G10820 del 08.08.2024

In particolare questa Azienda è capofila delle seguenti procedure concorsuali che verranno espletate nel corso dell'anno 2025:

DIRIGENZA			
QUALIFICA	CAPOFILA/ AGGREGATO	NUMERO POSTI autorizzati	NUMERO POSTI aggregazioni
Dirigente medico Cure Palliative	Capofila	2	0
Dirigente medico Genetica Medica	Capofila	2	0
Dirigente medico Ematologia	Capofila	1	4
Dirigente medico Endocrinologia	Capofila	1	0
Dirigente medico Medicina Fisica e Riabilitazione	Capofila	2	3
Dirigente medico Malattie Metaboliche e Diabetologia	Capofila	1	0
Dirigente medico Cardiologia	Capofila	10	8
Dirigente medico Chirurgia Generale	Capofila	3	13
Dirigente medico Oftalmologia	Capofila	7	3
Dirigente Prof. Infermieristiche	Valenza Regionale	3	0
Dirigente medico Anestesia e Rianimazione	Capofila/Avviso	7	0
Dirigente medico Anestesia e Rianimazione	Capofila/concorso	7	98

COMPARTO			
QUALIFICA	CAPOFILA/AGGREGATO	NUMERO POSTI	NUMERO POSTI aggregazioni

Educatore Professionale	Capofila	1	3
Ortottista	Capofila	3	1
Tecnico Neurofisiopatologia	Capofila	1	7
Audiometrista	Capofila	1	1
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	Capofila	8	6
Logopedista	Capofila	5	8
Collaboratore Tecnico Statistico	Capofila/Concorso/Avviso	4	0

L'Azienda ha altresì chiesto l'aggregazione alle seguenti procedure concorsuali:

QUALIFICA	AZIENDA CAPOFILA
Dirigente Medico disciplina Patologia Clinica	AO San Camillo Forlanini
Dirigente Medico disciplina Medicina TrASFusionale	AO San Camillo Forlanini
Dirigente Medico disciplina Radiodiagnostica	AO San Camillo Forlanini
Dirigente Medico disciplina Nefrologia	AOU Sant'Andrea
Dirigente Medico disciplina Pneumologia	AO San Giovanni Addolorata
Dirigente Medico disciplina Chirurgia Vascolare	AO San Giovanni Addolorata
Dirigente Medico disciplina Medicina Interna	AO San Giovanni Addolorata
Dirigente Medico disciplina Anatomia Patologica	AO San Giovanni Addolorata

Per quanto concerne il conferimento degli incarichi di Direttore di Struttura Complessa, questa Azienda intende procedere nel corso dell'anno 2025 all'indizione degli avvisi ex DPR 484/97 per l'attribuzione della titolarità delle strutture attualmente vacanti.

Si rappresenta inoltre che l'Azienda ha inviato alla Regione Lazio la proposta del nuovo atto Aziendale la cui attuazione avverrà presumibilmente nel corso dell'anno 2025.

Focalizzando infine l'attenzione sulle strategie di formazione del personale, si evidenzia che i punti cardine delle attività - nell'ottica dello sviluppo continuo delle competenze e delle professionalità, saranno:

- gli obiettivi produttivi;
- i processi gestionali e clinico-assistenziali nonché le relative esigenze di crescita professionale del personale;
- rilevazione del fabbisogno formativo, in conformità agli indirizzi presenti nel vigente Atto Aziendale avvalendosi della collaborazione della Rete dei Referenti suddivisi per ruoli e Dipartimenti/Strutture al fine di garantire una rilevazione omogenea ed esaustiva.

Coerentemente ed in linea con i principi della Direttiva Ministeriale P.A del 14.1.2025, la programmazione della formazione perseguirà l'obiettivo di accrescere le conoscenze e le competenze delle persone ma anche lo sviluppo della consapevolezza del ruolo da loro svolto sia all'interno sia all'esterno del contesto organizzativo dell'amministrazione. Pertanto sarà finalizzata a fornire gli strumenti per ampliare le competenze, le conoscenze per poter affrontare le nuove

richieste, risolvere problemi complessi e contribuire efficacemente anche al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e di valore pubblico.

Saranno programmati i corsi obbligatori e facoltativi, che il PFA –in fase di elaborazione - specificherà più nel dettaglio i destinatari dei corsi, le modalità di erogazione, il numero di ore, **assicurando un numero di ore di formazione non inferiore alle 40 ore annuali pro-capite previste dal Decreto di riferimento.**

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) rappresenta lo strumento principale di programmazione annuale e per il governo della Formazione, in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo e delle esigenze collettive e individuali del personale.

La rilevazione del fabbisogno è articolata su più livelli:

- a) bisogni formativi individuati con la Direzione Aziendale anche sulla base del recepimento degli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali in coerenza con gli obiettivi di programmazione strategica;
- b) bisogni formativi provenienti dalle singole strutture ed espressi all'interno dei Dipartimenti Aziendali;
- c) bisogni formativi espressi dai singoli operatori e rappresentati ai Direttori di UO;

A supporto della cultura aziendale, del potenziamento e/o riqualificazione per livello organizzativo, ci si orienta sui processi di *upskilling* e *reskilling*, con particolare attenzione, da un lato allo sviluppo delle *softskill* con percorsi di leadership, team – community building, benessere organizzativo e dell'altro a promuovere l'acquisizione di nuove competenze mediante una multiforme attività formativa e procedurale quali:

Il Piano Formativo 2025 rappresenta l'espressione integrata tra le esigenze emerse dall'analisi dei fabbisogni nel contesto della realtà aziendale che consta di circa 7000 unità tra personale dipendente e non, rilevate mediante indagine di tipo diretto e indiretto, interviste, *focus group*, attraverso documenti e dati aziendali, schede di analisi, indicazioni nazionali e regionali e delle le politiche e delle strategie di intervento individuate nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'Azienda, al fine di mantenere al centro del sistema formativo la matrice strategica aziendale, ha ritenuto naturale dare riconoscimento a tutte le azioni formative tese a sviluppare le risorse umane e ottemperando alle vigenti normative al fine di sostenere le multiformi discipline sanitarie, socio-sanitarie, giuridiche, economiche ed amministrative in continuità al precedente PFA-2024, con l'obiettivo di accrescere le risorse umane e la qualità dei processi assistenziali in un sistema graduale teso a migliorare lo sviluppo delle professionalità aziendali.

Le iniziative didattiche proposte per l'anno 2025 sono conformi ad una matrice formativa flessibile e duplice che promuove il consolidamento delle competenze specialistiche in contesto emergenziale, nell'ambito delle pratiche cliniche ed assistenziali e di cura per setting assistenziale rispondendo

anche ai criteri dell'accreditamento professionale ECM e sono suddivisi per macro obiettivi, distinti in obiettivi di Processo, di Sistema, Tecnico-Professionale, di Sicurezza.

L'Azienda ha inoltre individuato dei corsi obbligatori tra i quali:

- Infezioni Ospedaliere. Modulo A-B-C (FAD erogata dall'IMNI – Regione Lazio) B-C, PNRR Misura 6-C 2.2(B) (personale sanitario ospedaliero)
- Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Antincendio
- Prevenzione della corruzione
- BLS (Basic Life Support Defibrillation tramite il centro di formazione aziendale accreditato ARES 118).

Al fine di assicurare l'adeguata preparazione teorica ed operativa adatti all'erogazione di servizi con elevati standard qualitativi, che sino di natura socio-assistenziale oppure di carattere tecnico - amministrativo, si forniscono al personale le seguenti metodologie didattiche:

- formazione residenziale tradizionale d'aula (convegnistica, congressi, corsi, seminari etc);
- gruppi di discussione;
- Role-play;
- discussione di casi clinici;
- Formazione sul campo;
- Progetti di ricerca a supporto della qualità e dell'efficacia della formazione continua;
- Nuovi strumenti obbligatori quali i Dossier formativi individuali e di gruppo, basati sulla valutazione delle competenze, come strumento di programmazione, di rendicontazione e di verifica a livello individuale, di equipe e di gruppo professionale;
- Audit clinico e/o assistenziale;
- Autoapprendimento senza tutor (riviste scientifiche, programmi di formazione a distanza);
- Autoapprendimento con tutor (FAD con interattività);

L'erogazione della formazione in FAD è garantita dalla dotazione di due piattaforme di cui, al momento, una accreditata ECM e l'altra in fase in accreditamento.

Le ore formative che si erogheranno, almeno 350.000, sono in linea con le direttive amministrative e dei CCNLL.

Formazione Obbligatoria - Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro e Antincendio Decreto Lgs. 81/08

La Salute e la Sicurezza nei luoghi di lavoro è una condizione essenziale per gli operatori, ed è garantita una costante formazione su questa tematica, come peraltro previsto dal Decreto Lgs 81/08, pertanto anche se nel 2024, l'attuazione delle attività formative inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro è stata svolta ed inserita come obiettivo di budget nelle schede di performance di tutte le strutture aziendali, anche per l'anno 2025 sono già programmati ed avviati i corsi sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, che saranno programmati per tutto il triennio.

Per la prevenzione incendi e la gestione delle emergenze, l'Azienda ha sottoscritto una Convenzione triennale per i corsi di formazione per addetti antincendio con il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Roma che sono stati attivati già nel 2024 e programmati per il 2025.

Alla luce del nuovo, ormai imminente Atto Aziendale, che vede la UOC Formazione in staff con la Direzione Generale, supportando la Direzione aziendale nel governo delle relazioni istituzionali e nella formulazione delle scelte strategiche e del raggiungimento dei seguenti macro obiettivi formativi:

A. **obiettivi formativi di sistema** per lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

B. **obiettivi formativi di processo** per lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione.

C. **obiettivi formativi tecnico-professionali** per garantire lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

Pertanto nell'anno 2025 la Formazione sarà impegnata nelle seguenti attività:

- abbinare ad obiettivi di budget le tematiche formative di rilevanza aziendale strategica, quali il corso ICA (PNRR)tematiche di rilevanza regionale;
- mettere in atto quanto necessario per orientare i prossimi Piani Formativi Aziendali che si susseguiranno nel triennio previsto all'obbiettivo di garantire contenuti corrispondenti ai bisogni formativi evidenziati e metodologie appropriate ed innovative, come lo sviluppo della didattica in simulazione;
- orientare la formazione aziendale su tematiche suggerite dall'OIV: Sicurezza nei luoghi di lavoro--digitalizzazione, Innovazione tecnologica e miglioramento degli strumenti di accesso alla PA e sicurezza informatica e una particolare attenzione per i corsi di formazione sulla Trasparenza e Anticorruzione.

Formazione Obbligatoria - *valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico (D.M. 14-1-2025)*

Le disposizioni inerenti alla obbligatorietà della formazione sottolineano come per alcune tematiche lo sviluppo delle competenze del personale siano imprescindibili dagli strumenti di promozione di processi di riforma e di innovazione.

Nel triennio 2025-2027, pertanto, per quanto concerne la valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione, saranno programmati i seguenti corsi obbligatori, come da disposizioni del D.M. PA del 14.1.2025 **assicurando una formazione non inferiore alle 40 ore annuali:**

- ✓ anticorruzione (corso base per tutti i dipendenti, corso avanzato per Dirigenti)
- ✓ attività di informazione e di comunicazione delle amministrazioni (legge n. 150 del 2000, art. 4) rivolta soprattutto ai dipendenti impegnati nell'Area Comunicazione (URP, Uffici Stampa, ecc.)
- ✓ salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. n. 81 del 2008, art. 37) rivolta a tutti i dipendenti in base al profilo di rischio
- ✓ etica, integrità, codici di comportamento, trasparenza
- ✓ contratti pubblici
- ✓ lavoro a agile promozione e opportunità
- ✓ competenze trasversali nella strategia del PNRR
- ✓ materia di appalti (d.lgs. n. 36/2023)
- ✓ transizione digitale/tecnologie emergenti/ transizione ecologica formazione sui temi della leadership, sulle competenze manageriali e sulle soft skills
- ✓ contrasto alla violenza contro le donne
- ✓ pianificazione strategica

Programmazione, monitoraggio e rendicontazione della formazione (vedi Allegato 4 : Tabella 1/Corsi D.M. PA 2025 - Tabella 2/Corsi Antincendio - Tabella 3A/Corsi Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro - Tabella 3B/Aggiornamento Corsi Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro.)

La pianificazione della formazione sarà articolata nel PFA -in fase di elaborazione- e dagli atti interni che discenderanno dallo stesso e che specificheranno le seguenti informazioni per ciascun intervento formativo:

1. **area di competenze** e relativo **ambito di competenza**
2. **eventuale carattere di obbligatorietà della formazione**
3. **destinatari** espressi in termini di tipologia e ruolo

4. **modalità di erogazione della formazione** (apprendimento autonomo, formazione in presenza, webinar, etc.)
5. **numero di ore** di formazione pro-capite previste
6. **risorse -strumenti** (piattaforma, corsi autoprodotti, etc.)
7. **tempi di erogazione**, ovvero il periodo di riferimento in cui si prevede l'erogazione della formazione

Quanto sopra, anche al fine di un monitoraggio quantitativo e qualitativo per ogni intervento formativo pianificato.

Ruoli e profili di responsabilità in materia di programmazione, organizzazione, erogazione e fruizione della formazione:

I Responsabili delle Risorse Umane e della Formazione, come definito nella tavola 1 del D.M. PA del 14.1.2025, concorrono alla definizione dei programmi formativi della propria amministrazione; promuovono e attuano interventi formativi in modo da conseguire gli obiettivi programmati nel PIAO o in altro documento di programmazione (responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n.165 del 2001) assicurando una formazione non inferiore alle 40 ore annue ad ogni dipendente.

Abilitano il personale ai percorsi formativi disponibili sulla piattaforma e ne promuovono e monitorano la fruizione nei tempi programmati e, in ogni caso, in coerenza con le esigenze funzionali all'attuazione del PNRR.

Sono responsabili del conseguimento degli obiettivi formativi generali e specifici dell'amministrazione e ne rendicontano i risultati.

I Dirigenti pubblici come definito nella tavola 1 del D.M. di riferimento, conseguono l'obiettivo di performance individuale in materia di formazione. Il mancato conseguimento incide sulla corresponsione del trattamento accessorio collegato ai risultati. Assegnano ai propri dipendenti, a partire dalla definizione di piani formativi individuali, obiettivi di performance in materia di formazione (40 ore/anno, a partire dal 2025) sui temi della formazione obbligatoria, soft skills e competenze necessarie per l'attuazione del PNRR. Operano per rendere pienamente compatibile la formazione del personale con l'attività lavorativa. Promuovono e monitorano la fruizione dei percorsi formativi nei tempi programmati.

I Dipendenti pubblici come definito nella tavola 1 del D.M. PA del 14.1.2025, di riferimento, esercitano il proprio diritto/dovere alla formazione, dimostrando un atteggiamento positivo e proattivo rispetto allo sviluppo delle competenze e all'auto-apprendimento. Esprimono al dirigente di riferimento il proprio fabbisogno formativo e concordano piani formativi individuali. Conseguono l'obiettivo di performance individuale in materia di formazione, partecipano alle attività formative assegnate con impegno e diligenza, completandole entro i termini previsti e conseguendo risultati positivi in termini di competenza e livello di padronanza (superamento del test postformazione, ove

previsto). Il mancato conseguimento incide sulla corresponsione del trattamento accessorio collegato ai risultati.

Piano Azioni positive e miglioramento per il triennio 2025-2027:

miglioramento per il triennio 2025-2027:

- **Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze per livello organizzativo e professionale**

In considerazione dell'organizzazione del lavoro in modalità agile e al fine **favorire la conciliazione vita-lavoro** anche nel rispetto delle pari opportunità, la Formazione si propone di potenziare e sviluppare un apprendimento/aggiornamento "autogestito", potenziando l'utilizzo di strumenti e metodi didattici- formativi digitali, che consentano di integrare il processo di formazione costante e flessibile, individualizzato anche in base alle singole esigenze di tempo e di sedi.

Pertanto le azioni di positive da intraprendere sono le seguenti:

1. implementare l'utilizzo di strumenti metodi didattici e formativi digitali (software per la gestione della formazione) con molteplici funzionalità che supportano il processo di formazione del personale aziendale;

2. implementare le funzioni di un software gestionale (già attivo) ed il riversamento dei dati in un'unica piattaforma, -completamente *web based*, per gestire il *back office* e il *front office* dei Corsi offerti, che consenta di gestire con semplicità ed efficienza ogni attività, garantendo il completo controllo di tutte le procedure e l'intero processo di gestione della formazione, dalla pianificazione alla rendicontazione;

-attivazione all'interno della piattaforma della funzione digitale albo docenti suddiviso per aree tematiche e corredato da rispettivi curriculum professionali.

3. monitoraggio e verifica periodica e condivisa del raggiungimento degli obiettivi formativi;

- valutazione quali/quantitativa degli esiti della formazione erogata nell'anno di competenza;
- monitoraggio periodico del raggiungimento degli obiettivi formativi mediante reportistica suddivisa per livello organizzativo (teams) e per qualifica professionale (numero di corsi erogati/numero di corsi previsti);
- gradimento della formazione erogata in termini di gradimento corso e docente;
- analisi delle criticità ed i punti debolezza che possono aver determinato il mancato raggiungimento degli obiettivi formativi e/o l'accesso alla formazione e aggiornamento condivisa con Referenti della Formazione e Comitato scientifico;
- report costi-benefici per ogni aula virtuale (calcolo in automatico del totale dei costi sostenuti (costo sede, costo attestati, costo formatori) e dei ricavi (quote pagate dai corsisti).

4. accessibilità e gestione dati formazione - singoli dipendenti e team;

Garantire ai singoli dipendenti e ai Dirigenti di team:

- l'accessibilità e la gestione tramite piattaforma alla formazione del singolo dipendente e del team;
- programmare la formazione obbligatoria e facoltativa del singolo dipendente e del team;
- gestire iscrizioni, generare attestati personalizzati;
- *dashboard* di controllo che permettano di monitorare scadenze e storici in modo rapido e immediato.

4. MONITORAGGIO

Con il fine di promuovere la partecipazione degli stakeholder esterni alla stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, la ASL prevede una condivisione del PIAO sulle piattaforme social network, oltre che sul portale aziendale, con possibilità per gli utenti che vorranno esprimere un parere sul Piano di interagire tramite il canale messenger dell'Azienda. Verrà quindi data evidenza sugli stessi canali delle osservazioni rilevanti.

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Il processo di misurazione e valutazione della performance, che si inserisce nel più ampio Ciclo di Gestione della Performance, come evidenziato nella figura sotto riportata, si svolge in ottemperanza a quanto stabilito dal Regolamento "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della ASL Roma 1", pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Performance", validato dall'OIV.



Il Sistema di valutazione si ispira ai seguenti criteri:

- imparzialità, celerità e puntualità al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse agli obiettivi assegnati, la stretta correlazione tra i risultati conseguiti e la nuova attribuzione degli obiettivi, nonché l'erogazione delle relative componenti retributive,

inerenti alla retribuzione di risultato a seguito di una tempestiva verifica dei risultati conseguiti;

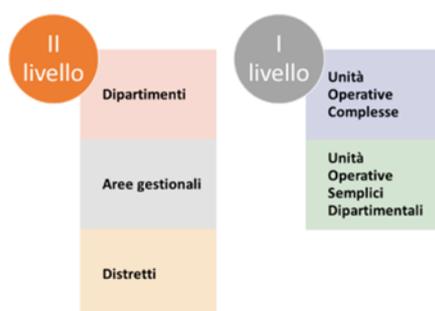
- trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- informazione adeguata e partecipazione del valutato nella valutazione con il ricorso, se necessario, al metodo del contraddittorio;
- diretta conoscenza del valutato da parte del soggetto che effettua o concorre ad effettuare la valutazione;
- previsione, per tutti i valutati, di una seconda istanza di valutazione a garanzia del rispetto delle procedure, dei tempi e delle fasi previsti dalle disposizioni dell'art. 7) del D. Lgs. 150/2009.

A tal fine l'Azienda, dal 2017, ha messo a punto a punto un sistema di misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi strutturato prevalentemente sul calcolo di algoritmi a partire dagli archivi aziendali dei flussi informativi sia di natura sanitaria (Sistema Informativo Ospedaliero, Sistema Informativo Assistenza Specialistica e Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Assistenza Territoriale, Sistema Tessera Sanitaria, Sistema Informativo Assistenza Farmaceutica ecc.) che amministrativo/contabile. Per ogni indicatore presente in reportistica viene specificata sia la modalità di calcolo che la fonte dei dati utilizzata.

CENTRI DI RESPONSABILITÀ DESTINATARI DI BUDGET OPERATIVO

Sulla base dell'assetto organizzativo declinato nell'Atto di Autonomia aziendale, l'Azienda ha individuato i Centri di Responsabilità (CdR) destinatari di budget operativo, anche articolandoli in differenti livelli: CdR di II livello, ovvero Dipartimenti/Distretti/Aree Gestionali e CdR di I livello, ovvero Unità Operative Complesse (UOC) e Semplici Dipartimentali (UOSD).

CENTRI DI RESPONSABILITÀ (CdR)



Direttore di Macrostruttura (Dipartimento/Area gestionale/Distretto)

- Mantiene con la Direzione Aziendale le relazioni indispensabili alla formazione e alla condivisione degli indirizzi, anche attraverso la presenza nel Collegio di Direzione;

- Si confronta periodicamente con la Direzione in merito agli obiettivi generali della Macrostruttura nel suo complesso e definisce gli obiettivi per ciascuna delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali incluse nella Macrostruttura, coerentemente con gli obiettivi strategici aziendali;
- Negozia con la Direzione Generale gli obiettivi di Macrostruttura;
- Negozia gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi con i Direttori/Responsabili di struttura Complessa e semplice dipartimentale afferenti.

Direttore/Responsabile di Unità Operativa Complessa e Semplice Dipartimentale

- Propone in collaborazione con il Direttore del Dipartimento/Area /Distretto di afferenza gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi relativi alla propria struttura, negoziandoli con il medesimo;
- Valuta il personale afferente alla propria struttura tramite confronto.

COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO

Contestualmente alla definizione degli obiettivi strategici ed operativi, l'Azienda stabilisce anche i determinanti economici per conseguirli.

A seguito di approvazione del Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'esercizio 2025 da parte di Regione Lazio, l'Azienda, recepita l'approvazione sta provvedendo ad assegnare ai Centri Controllori di Spesa un budget definitivo per l'esercizio in corso.

Per la valutazione complessiva del P.I.A.O. si prevedono due momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi su base semestrale, a cura del gruppo di lavoro specificatamente costituito per la redazione del Piano. Tali attività sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche all'aggiornamento annuale del PIAO.

ALLEGATO 1 (sez. 2.3) – MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE DEL RISCHIO E MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Elenco dei processi

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA	4
GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA (RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI).....	5
GESTIONE ALPI (ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA)	14
ATTIVITÀ SUCCESSIVE AL DECESSO INTRAOSPEDALIERO – GESTIONE STRUTTURE MORTUARIE.....	19
AREA DEL FARMACO	23
ACQUISIZIONE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	24
GESTIONE CONTO DEPOSITO / VISIONE	30
VIGILANZA FARMACIE, PARAFARMACIE E DEPOSITI.....	32
VIGILANZA SU AMBULATORI VETERINARI E CASE DI CURA ACCREDITATE E NON	36
ATTIVITÀ ISTRUTTORIA E CONTROLLI SULLE VARIAZIONI SOCIETARIE.....	38
CONTROLLI SULLE PRESCRIZIONI A CARICO DEL SSN DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI	39
CONTROLLO TECNICO PROFESSIONALE SULLE RICETTE A CARICO DEL SSN PER ANOMALIE PRESCRITTIVE	41
GESTIONE DELLE RETTIFICHE CONTABILI.....	43
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E AREA GOVERNO DELLA RETE	45
ATTIVITÀ DI CONTROLLO E VIGILANZA DEL DIP E DELLE UOC DELL’AGR	46
RILASCIO AUTORIZZAZIONI, CERTIFICAZIONI SANITARIE, RICONOSCIMENTI, CERTIFICAZIONI-ATTESTAZIONI UFFICIALI.....	55
RILASCIO AUTORIZZAZIONE / ACCREDITAMENTO /STIPULA ACCORDO CONTRATTUALE	59
OSPITALITÀ PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE.....	66
VERIFICA DEI FLUSSI E LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE DELLE STRUTTURE CONTRATTUALIZZATE	69
DISTRETTI	72
PRESA IN CARICO, INSERIMENTO E RINNOVO DEL PROGETTO TERAPEUTICO FINALIZZATO ALL’EROGAZIONE DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI, RIABILITATIVE, DI ASSISTENZA PSICHIATRICA E/O SOCIO-SANITARIA PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ACCREDITATE (EX ART. 26) (INTRA ED EXTRA REGIONALI) DI PAZIENTI IN ETÀ EVOLUTIVA (0-18 ANNI).....	73
PRESA IN CARICO ED INSERIMENTO, PER L’EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE A RILEVANZA SANITARIA DA PRIVATO DI PAZIENTI IN ETÀ EVOLUTIVA (0-18 ANNI) E MINORI O ADULTI CON DISABILITÀ GRAVI E/O COMPLESSE E/O CON DISTURBI PSICOPATOLOGICI, IN PRESENZA ANCHE DI DIFFICILI SITUAZIONI FAMILIARI;	76
INTERVENTI INDIVIDUALIZZATI (ES. COMPAGNO ADULTO O SIMILE)	76

PROGETTO TERAPEUTICO - PRESA IN CARICO ED INSERIMENTO DI PAZIENTI ADULTI PER L'EROGAZIONE DI ASSISTENZA PSICHIATRICA E/O SOCIO-SANITARIA PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE (INTRA ED EXTRA REGIONALI)	80
PROGETTO TERAPEUTICO – EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE.....	83
PROGETTI PERSONALIZZATI - DISABILI ADULTI	85
BUONI CELIACHIA	86
RETRIBUZIONI VARIABILI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS)	89
RECUPERO DEL CREDITO E VERIFICA DELLE ESENZIONI	92
ACCESSO ALLO SPORTELLO.....	94
ASSISTENZA DOMICILIARE.....	96
FORNITURA PROTESICA	100
EROGAZIONE RIMBORSI	103
AREA AMMINISTRATIVA	106
PROGETTI FINANZIATI DALL'ESTERNO	107
GESTIONE DEL FABBISOGNO E DEL BUDGET ASSUNZIONALE	109
ASSUNZIONI E MOBILITÀ	110
INSERIMENTO IN ORGANICO.....	114
ATTRIBUZIONI INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA SEMPLICE E INCARICHI PROFESSIONALI	115
ATTRIBUZIONI INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA (NON SANITARIA) E SEMPLICE DIPARTIMENTALE – UOSD	117
ATTRIBUZIONI INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA (SANITARIA)	119
ATTRIBUZIONI INCARICHI DI FUNZIONE DI TIPO ORGANIZZATIVO	122
ATTRIBUZIONI INCARICHI DI FUNZIONE DI COORDINAMENTO.....	124
PROGRESSIONI VERTICALI	126
PROGRESSIONI ECONOMICHE ORIZZONTALI	128
CONFERIMENTO INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI	130
RECLUTAMENTO - SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN CONVENZIONE	132
ACQUISIZIONE DI PROFESSIONALITÀ SPECIFICHE PER PROGETTI DI RICERCA.....	141
RILEVAZIONE PRESENZE	146
ELABORAZIONI STIPENDIALI	149
PROGRAMMAZIONE DELLA FORMAZIONE.....	153
EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE.....	155
FORMAZIONE ESTERNA	158
FORMAZIONE INTERNA PER IL PERSONALE (ECM) – DEP	160
FORMAZIONE INTERNA PER SOPRAGGIUNTO FABBISOGNO FORMATIVO.....	162
FORMAZIONE ESTERNA (SUI RISULTATI DELLA RICERCA E SU RICHIESTE SPECIFICHE	163
GESTIONE DELLE RELAZIONI SINDACALI – CONTRATTAZIONE.....	165
GESTIONE DEI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI.....	168
VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	174
VALORIZZAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	180

GESTIONE DEL CONTENZIOSO SEGUITO DA PROFESSIONISTI ESTERNI	182
GESTIONE ISTANZE DI PATROCINIO LEGALE	184
AREA TECNICO-PATRIMONIALE	185
GESTIONE DELLE SPESE CICLO PASSIVO – REGISTRAZIONE, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DELLE FATTURE.....	186
GESTIONE DELLE ENTRATE – CICLO ATTIVO	188
VERIFICHE DI CASSA	196
CICLO PATRIMONIO NETTO.....	197
GESTIONE DEL PATRIMONIO AZIENDALE	199
AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E GESTIONE DEL CONTRATTO	208
AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E GESTIONE DEL CONTRATTO_PNRR	223
AREA MEDICINA LEGALE	236
ATTIVITÀ AZIENDALE CONNESSA ALLA GESTIONE STRAGIUDIZIALE DEI SINISTRI	237
ATTIVITÀ AZIENDALE CONNESSA ALLA GESTIONE GIUDIZIALE DEI SINISTRI	241
ATTIVITÀ COLLEGIALE MEDICO LEGALE AZIENDALE	244
RILASCIO CERTIFICAZIONI (MONOCRATICHE).....	247
ATTIVITÀ CONNESSE ALLA PARTECIPAZIONE AL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CAVS).....	251
AUTORIZZAZIONE AL TRAPIANTO TRA VIVENTI.....	253
ATTIVITÀ NECROSCOPICA	254
COMMISSIONE MEDICO-LEGALE PATENTI DI GUIDA "ROMA 1"	257

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Gestione delle liste di attesa (ricoveri ed interventi chirurgici)

AREA DI RISCHIO	GESTIONE LISTE D'ATTESA				
PROCESSO	GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA (RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI)				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Inserimento da parte del medico specialista nella lista (se studio privato passaggio per specialista ospedaliero)	Aggiornamento/Cancellazione dalla lista	Nei casi urgenti provenienti dal pronto soccorso l'iter è diretto		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta di tutte le attività inerenti alla gestione delle liste di attesa (specifiche per tipologia di intervento) in ambito ospedaliero per gli interventi chirurgici.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Definizione dei contenitori delle liste di attesa					
Definizione ed attivazione del contenitore informatico per setting e specialità chirurgica su proposta del Direttore di UOC a seguito di approvazione della DS e dall'Area Ospedaliera attraverso il RUA	Area direzione sanitaria competente tecnica				
Inserimento nelle liste di attesa					

<p>Visita presso medico specialista (in regime istituzionale o libero-professionale) che, anche a seguito di eventuali ulteriori approfondimenti, fa emergere la necessità di un intervento chirurgico.</p>	<p>Medico specialista</p>	<p>Dirottamento del paziente dalle liste di attesa dell'attività istituzionale a strutture private o ALPI</p>		<p>ALTA</p> <p>L'esposizione al rischio è elevata. Tale rischio può variare significativamente a seconda delle strutture e specialità, dall'appetibilità del chirurgo e delle strutture, dal numero delle persone, dalle pressioni esterne per l'inserimento in lista.</p>	<p>Nuovo regolamento aziendale per la gestione delle liste d'attesa</p>
<p>Inserimento dell'utente in lista di attesa tramite sistema informatizzato specificando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati dell'utente; • regime (<i>ordinario, day-surgery o ambulatoriale</i>); • classe di priorità dell'intervento; • Istituzionale o ALPI 	<p>Medico specialista</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forzare la priorità d'accesso (criteri) per anticipare lista d'attesa (assegnazione di una classe di priorità superiore a quella che realmente dovrebbe essere assegnata) 2. Pressioni ed influenze di soggetti esterni nei confronti del medico specialista per anticipare l'intervento e non rispettare le liste di attesa. 		<p>MEDIO</p> <p>Attualmente l'esposizione al rischio di questa attività è media nonostante la presenza di regolamenti e procedure interne, anche informatiche a supporto, tali da garantire la tracciabilità del flusso del processo, oltre ad una serie di controlli esistenti. Tali controlli, tuttavia, necessitano di essere migliorati per ridurre ulteriormente l'esposizione al rischio</p>	<p>MIS_2: Definizione, sulla base del regolamento aziendale, dei regolamenti specifici sulle liste d'attesa dei singoli reparti (contenente, tra gli altri elementi i criteri di priorità). Relativa acquisizione da parte della Direzione Sanitaria di Presidio.</p> <p>MIS_3: Manutenzione, anche attraverso la pulizia, delle liste d'attesa (volta a ridurre il numero di persone in lista)</p>

					<p>MIS_1.2: Introduzione, all'interno del regolamento, di una specifica disciplina inerente ai controlli specifici sul sistema informativo (es. motivazioni sospensive)</p> <p>MIS_4: Informatizzazione sale operatorie (riclassificazione) e integrazione con software lista d'attesa (<u>in corso</u>)</p> <p>MIS_5: Introduzione del RUA (Responsabile Unico Lista d'attesa – uno per ogni lista d'attesa) 2020. Effettuazione di monitoraggi periodici e produzione di reportistica. Ciò ai fini di una maggiore responsabilizzazione</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>sulle scelte effettuate sulle liste di attesa.</p> <p>MIS_2.1: Previsione, all'interno del regolamento, del rafforzamento dell'obbligo di esplicitazione della motivazione per la forzatura e previsione di monitoraggi sul rispetto del regolamento</p>
<p>Attribuzione dello score automatico e quotidianamente aggiornato sulla base di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classe di priorità - Tempo trascorso dall'inserimento in lista - Tipologia di intervento 	Sistema informativo automatico				BASSO
<p>Previa programmazione del reparto che tiene conto delle risorse necessarie alla conduzione dell'intervento chirurgico (requisiti di carattere organizzativo, clinico e assistenziale), scorrimento della lista (in base ai criteri del livello di priorità clinica stabilita,</p>	Responsabile /Direttore in condivisione con il coordinatore infermieristico	Possibili influenze della dirigenza che alterano la programmazione stabilita	Esercizio distorto della discrezionalità		<p>BASSA</p> <p>Attualmente l'esposizione al rischio di questa attività è bassa per via della tracciabilità del processo (informatizzazione, motivazione delle scelte, poca flessibilità negli spostamenti per via delle analisi che scadono)</p>

dell'ordine cronologico di iscrizione in lista o dello "score" e cronologico calcolato automaticamente dal sistema) al fine della individuazione del numero e tipologia di pazienti da pre-ospedalizzare e operare settimanalmente.					
Pre-ospedalizzazione					
Programmazione della pre-ospedalizzazione dei pazienti	Infermiere addetto alla pre-ospedalizzazione e coordinatore			BASSO	Misura adottata Nel campo note della scheda paziente va sempre riportata la motivazione per cui si debba chiamare al ricovero un paziente prima di chi lo precede
Chiamata dei pazienti per la pre-ospedalizzazione	Infermiere addetto alla pre-ospedalizzazione e coordinatore			BASSA Atto dovuto, nessun margine di discrezionalità poiché la scelta è stata fatta nella fase precedente	
A) Se il paziente risponde e accetta la pre-ospedalizzazione, infermiere inserisce a sistema esito della chiamata e data dell'appuntamento	Infermiere addetto alla pre-ospedalizzazione				
B) Se il paziente non risponde a 3 tentativi di chiamata in giornate ed orari diversi	Infermiere addetto alla pre-ospedalizzazione				

viene cancellato dalla lista d'attesa					
C) Se il paziente chiede di rimandare la pre-ospedalizzazione viene "sospeso" per un periodo definito, alla fine del quale rientra in lista con il medesimo punteggio col quale era stato sospeso	Infermiere addetto alla pre-ospedalizzazione				
Pre-ospedalizzazione del paziente (accertamenti clinici volti all'ottenimento del nulla osta per l'intervento)	Infermiere Medico Specialista Capo Sala Anestesista				BASSA
A) In caso di esito positivo (idoneità) della pre-ospedalizzazione, modifica dello status sul sistema informativo ed invio della cartella di pre-ospedalizzazione al reparto ai fini della programmazione dell'intervento	Infermiere addetto alla pre-ospedalizzazione				BASSA Non vi è alcun beneficio
B) In caso di esito negativo della pre-ospedalizzazione modifica dello status sul sistema informativo ed invio della cartella di pre-ospedalizzazione al reparto ai fini dello	Infermiere addetto alla pre-ospedalizzazione				

svolgimento di tutti gli accertamenti necessari a rendere il paziente eleggibile alla pre-ospedalizzazione o procedere alla sospensione dalla lista					
Uscita dalla lista d'attesa					
Chiamata al paziente per comunicazione della data di ricovero	Infermiere di reparto			BASSA	
Revisione della lista	Personale infermieristico di reparto Capo Sala Pre-ospedalizzazione	Flessibilità del professionista di scelta del paziente a parità di criteri		BASSA	
A) Se il paziente approva la data del ricovero, viene fatta l'accettazione in ospedale nella data del ricovero ed esce dalla lista d'attesa (automaticamente in casi di regime ambulatoriale, attraverso digistat e automaticamente nel caso di regime ordinario diurno, attraverso ADT) per l'effettuazione dell'intervento (o rinvio)	Personale infermieristico di reparto	Mancata cancellazione dalla lista d'attesa		BASSA	Mis_02: Definizione sulla base del regolamento aziendale, dei regolamenti specifici sulle liste d'attesa dei singoli reparti (contente tra gli altri i criteri di priorità). Relativa acquisizione da parte della Direzione Aziendale di Presidio

<p>B) Se il paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Non è più idoneo all'intervento; b. Viene erroneamente inserito; c. È deceduto; d. Viene operato altrove; e. Rifiuta l'intervento; f. Non si presenta; g. È irraggiungibile (non risponde almeno a 3 chiamate in momenti e giorni diversi o a 2 chiamate e 1 email); h. Decorrono i tempi di permanenza in lista <p>Viene cancellato dalla lista d'attesa</p>	<p>Personale infermieristico di reparto</p>				
<p>Manutenzione della lista d'attesa</p>					
<p>Controlli periodici sulle liste d'attesa al fine valutare la corrispondenza rispetto a posizione e stato di permanenza in lista dei pazienti e di garantire</p>	<p>Referente gestione della lista d'attesa</p>				

un'ottimale programmazione delle sedute operatorie					
---	--	--	--	--	--

Gestione ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria)

AREA DI RISCHIO	ALPI				
PROCESSO	GESTIONE ALPI (ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA)				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Richiesta medico	Autorizzazione			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta di tutte le attività inerenti allo svolgimento della libera professione da parte dei medici all'interno della struttura pubblica.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Ufficio ALPI				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Richiesta autorizzazione	Medico	False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione in particolare per lo svolgimento di attività in branche diverse da quelle svolte in istituzionale.		BASSA Esistono controlli specifici che fanno sì che queste dichiarazioni, anche se false, vengano accuratamente verificate	
Verifica dei requisiti necessari al rilascio dell'autorizzazione a svolgere le specifiche prestazioni.	Direttore UOC di afferenza del Medico	Non accurata verifica dei requisiti tecnici dichiarati dal Medico.		BASSA Esiste un sufficiente presidio dei controlli, le dichiarazioni sono tutte verificabili, la discrezionalità nella verifica è bassa per via anche della programmazione avvenuta precedentemente	
Verifica di sussistenza degli spazi e tempi	Direttore UOC di afferenza del Medico /Direzione			BASSA	

entro i quali svolgere l'ALPI.	sanitaria di Presidio / Direttore di Distretto / UOC Assistenza Infermieristica				
Verifica dell'attività istituzionale per il tramite dei dati forniti da UOC Flussi informativi	Ufficio ALPI	Possibile superamento dei volumi di attività svolta in istituzionale		BASSO	MIS_1: Analisi qualitative cadenzate, finalizzate al confronto dei volumi istituzionali e in libera professione per specialità
Concessione o diniego o richiesta variazione ai fini dell'autorizzazione ALPI	Direttore UOC di afferenza del Medico che esprime il parere di competenza e formalizzazione a cura della UOC Personale a Convenzione ALPI; successiva apertura dell'agenda autorizzata e prenotabile attraverso canali aziendali su RECUP in coerenza con l'autorizzazione	Valutazione non coerente alle reali esigenze della struttura che dirige		BASSO Il direttore di UOC può concedere o meno l'autorizzazione, l'arbitrarietà del direttore esiste (può favorire o sfavorire un medico piuttosto che un altro).	
Apertura dell'agenda autorizzata in coerenza con l'autorizzazione e gestione agende tramite software dedicato: - Interna regime ordinario: RECUP - Studi privati: sistema CONSIS	Ufficio ALPI Ufficio Flussi	Ampliare in maniera non conforme l'autorizzazione		BASSO	

Lancio mensile dell'agenda previa comunicazione del medico e validazione UOC	Turnisti	Ampliare in maniera non conforme l'autorizzazione			
Gestione appuntamenti	CUP Dedicato Studi privati in rete: prenotazione tramite CONSIS	Scelta del medico sulla base di favoritismi e conoscenze invece della reale necessità Il CUP dirotta il paziente su un medico piuttosto che un altro. Medico consegna all'operatore una lista di pazienti da inserire in LdA Eccessivo/irregolare utilizzo della prenotazione in forzatura (eccedenti rispetto all'orario)		MEDIO (possono esistere comportamenti opportunistici del medico (che non inserisce gli appuntamenti dei pazienti) ma anche dell'operatore)	MIS_2: Condivisione di criteri da rispettare per assegnare il medico al paziente che prenota (se lo stesso non richiede espressamente uno specifico medico). Tra i criteri di assegnazione del medico ad es. urgenza, disponibilità del paziente, vicinanza territoriale, tariffa, etc. MIS_3: Rotazione delle persone all'interno del CUP e presenza contemporanea di almeno 3 operatori
Richieste in forzatura	UOC ALPI	Autorizzazione "straordinaria" non conforme ai criteri stabiliti	Arbitrarietà nella scelta della concessione di autorizzazione	BASSO (presenza di più controlli) Esistono più livelli di controllo verso operatori che hanno la possibilità di inserire richieste in forzatura.	MIS_4: Centralizzazione degli inserimenti in forzatura e controlli (es. verifica dell'incidenza delle forzature sul singolo operatore)

			Ogni richiesta viene valutata dal dirigente che esprime un nullaosta.	
Svolgimento ALPI secondo tempi e spazi prestabiliti.	Medico con eventuale supporto del personale sanitario che partecipa all'erogazione della prestazione (infermiere, tecnico, ecc.) se indicato nell'autorizzazione allo svolgimento	<p>Erogazione della prestazione in giornate non previste</p> <p>Svolgimento della libera professione in orario istituzionale.</p> <p>Erogazione di prestazioni (non previste in regime ambulatoriale) in regime ALPI</p> <p>Possibile incompatibilità e/o conflitto di interessi con l'attività istituzionale.</p> <p>Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale.</p> <p>Violazione del diritto di libera scelta del paziente per incompleta o errata indicazione dei tempi di accesso in regime istituzionale per indurlo al</p>	<p>MEDIO</p> <p>Possibilità nel caso in cui il medico faccia qualcosa al di fuori del processo mappato (non passa da sistema). Nel caso di visite strumentali l'utilizzo di un macchinario è comunque tracciato e consente di verificare quando è stata utilizzata.</p>	MIS_5: Controlli finalizzati a confrontare i livelli di fatturazione medi rispetto al n. di ore e spazi autorizzati

		ricorso in libera professione.			
Svolgimento controlli (rispetto tempi e spazi prestabiliti)	Direttore UOC cui afferisce medico richiedente	Omissione di controlli			
Fatturazione (emessa dall'Azienda)	CUP Dedicato	Mancata tracciabilità del pagamento relativamente agli studi privati in rete in Extramoenia		BASSO Presenza di più livelli di controllo	MIS_6: il Servizio ALPI effettua i controlli tramite verifica dei sospesi da Bilancio MIS_7: Informatizzazione (sistema informatico che registra gli incassi intramoenia + intramoenia allargata) e previsione dell'obbligo dell'utilizzo del POS per essere autorizzato a svolgere l'attività in intramoenia allargata.
Liquidazione e pagamento ai medici/soggetti che svolgono l'attività a supporto del medico	UOC ALPI e trattamento economico	Inserimento in busta paga di una cifra diversa da quella che emerge dal sistema		BASSO Presenza di più livelli di controllo	MIS_8: Controlli (es. controllo trimestrale svolto dall'ALPI e Bilancio dei sospesi e congruenza dati con fatture; controllo mensile svolto dall'ALPI e Trattamento Economico).

Attività successive al decesso intraospedaliero – Gestione strutture mortuarie

AREA DI RISCHIO		ATTIVITÀ SUCCESSIVE AL DECESSO INTRAOSPEDALIERO			
PROCESSO	ATTIVITÀ SUCCESSIVE AL DECESSO INTRAOSPEDALIERO - Gestione strutture mortuarie				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Decesso intraospedaliero	Registri aggiornati	Dal 2020 internalizzazione: affidamento a struttura interne ospedaliere (fino al 2019 esternalizzata)		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta di tutte le attività messe in atto successivamente al decesso di un paziente all'interno della struttura ospedaliera. In questo processo è coinvolto il personale incaricato di trasferire la salma nella camera mortuaria.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Personale di reparto e Personale addetto alle Camere Mortuarie				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Decesso del paziente ed immediata comunicazione del personale di struttura ai congiunti.	Personale di reparto	<p>Comunicazione in anticipo dell'imminente/contestuale decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di un vantaggio da parte del personale (es. personale di reparto, personale 118, medici del reparto, ausiliari, ecc.).</p> <p>Indicazioni da parte del personale nei confronti dei familiari del defunto per indirizzarne la scelta.</p> <p>Consultazione illecita della cartella clinica per reperire informazioni private del deceduto.</p>	Assenza di competenze del personale interno per la gestione delle attività successive al decesso intraospedaliero	ALTO (difficoltà del controllo - discrezionalità di intervento del personale nei confronti dei familiari)	<p>MIS_1: Pubblicità in reparto sulla lista delle pompe funebri del territorio</p> <p>MIS_2: Informativa sulla libera scelta</p> <p>MIS_3: Verifica del rispetto del regolamento aziendale</p>

		Comportamenti opportunistici del personale (personale di reparto e/o addetti alla camera mortuaria) a vantaggio di ditte di onoranze funebri con le quali esistono rapporti di conoscenza e/o di scambio vicendevole di favori.			
Effettuazione del tanatogramma per l'accertamento dello stato di morte.	Personale di reparto			BASSO	
Comunicazione al personale addetto alle Camere Mortuarie.	Personale di reparto	Comportamenti opportunistici del personale (personale di reparto e/o addetti alla camera mortuaria) a vantaggio di ditte di onoranze funebri con le quali esistono rapporti di conoscenza e/o di scambio vicendevole di favori.		BASSO	
Spoglio della salma e raccolta degli effetti personali da custodire e consegnare ai parenti o alla vigilanza.	Personale di reparto			BASSO	
Identificazione della salma mediante apposito braccialetto.	Personale di reparto			BASSO	
Posizionamento della salma su "moretta" da parte del personale addetto alle Camere Mortuarie in compresenza col personale di reparto.	Personale addetto alle Camere Mortuarie			BASSO	

Trasporto della salma in obitorio.	Personale addetto alle Camere Mortuarie	Comportamenti opportunistici del personale (personale di reparto e/o addetti alla camera mortuaria) volti ad influenzare i familiari a vantaggio di ditte di onoranze funebri con le quali esistono rapporti di conoscenza e/o di scambio vicendevole di favori.		BASSO	
Composizione della salma nella camera mortuaria	Personale addetto alle Camere Mortuarie			BASSO	
Vestizione della salma e ricomposizione necessaria ai fini dell'espletamento delle esequie.	Personale addetto alle Camere Mortuarie o ditta incaricata dai familiari delle esequie	Il rischio è associato esclusivamente al Personale addetto alle Camere Mortuarie (non alla ditta incaricata dai familiari per le esequie): Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per una particolare attenzione e cura nella gestione della salma oppure per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).		ALTO	MIS_4: Verifica del rispetto del regolamento interno e Codice di comportamento specifico sulla disciplina
Consegna ai congiunti di un duplice documento: lettera di condoglianze, nella quale ci sono le informazioni necessarie sulle più immediate formalità; dichiarazione attraverso cui i familiari designano l'impresa di onoranze funebri a cui si intende affidare le esequie.	Personale di reparto			BASSO	MIS_5: La presenza di questo duplice documento (previsto dal regolamento) è in sé stessa una misura per evitare comportamenti opportunistici.

					Controllo delle lettere firmate dalle famiglie
Conservazione della salma in attesa della scelta della ditta che effettuerà le esequie.	Personale addetto alle Camere Mortuarie			BASSO	
Aggiornamento dei registri	Personale addetto alle Camere Mortuarie			BASSO	

AREA DEL FARMACO

Acquisizione farmaci e dispositivi medici

AREA DI RISCHIO	CONTRATTI PUBBLICI					
PROCESSO	ACQUISIZIONE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI					
	INPUT	OUTPUT	NOTE			
	Fabbisogno specifico	Farmaco/dispositivo o acquisito	Medicinali: gare regionali ma fabbisogni specifici definiti dalla ASL; anche tramite gare fuori regione (convenzioni tra regioni) Dispositivi: acquisizione tramite CONSIP o gare aggregate;			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Acquisizione farmaci e dispositivi medici					
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Farmaceutica ospedaliera e territoriale					
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Programmazione	Richiesta del fabbisogno attraverso il quale individuare: - il consumo storico; - un fabbisogno ad hoc.	Farmaceutica ABS Ingegneria Clinica	Fabbisogni non coerenti (ipertrofici rispetto alle reali esigenze, con le risorse disponibili e con le necessità reali delle strutture) Acquisti di apparecchiature elettromedicali e mancata previsione della necessità di		ALTO Rilevanza esterna elevata – elevata discrezionalità -	MIS_1: Definizione di una procedura con tempi certi e responsabilità chiare per la gestione del processo MIS_2: Studio della fattibilità di un sistema di reportistica dei consumi per centro di costo correlati con i volumi di attività –
	Verifica della congruenza del fabbisogno, con particolare riferimento ai dispositivi medici (budget/storico)	Farmaceutica e strutture richiedenti			ALTO	

			acquisto dei materiali di consumo dedicati (e senza il coinvolgimento della farmacia)			<p>produttività (ospedaliera e territoriale)</p> <p>MIS_3.1: Previsione, nella richiesta di acquisto di nuova attrezzatura, dell'obbligo contestuale della definizione della stima annuale dei materiali di consumo</p> <p>MIS_3.2: Previsione, nella delibera di acquisto di nuova attrezzatura con fondi regionali, della fornitura – a titolo gratuito – del materiale di consumo per garantire il collaudo e l'utilizzo iniziale del bene</p> <p>MIS_4: Coinvolgimento in fase di acquisto della Commissione HTA (per la valutazione del costo/efficacia rispetto ai precedenti prodotti in uso)</p>
--	--	--	---	--	--	---

	Invio del fabbisogno all'ABS per la predisposizione della gara	Farmaceutica	Ritardare invio per proporre proroga		BASSO	
	Nomina del RUP 1	ABS Ingegneria Clinica			BASSO	
Progettazione della gara	Laddove necessario, effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato	ABS Ingegneria Clinica			BASSO	
	Predisposizione capitolato con: - caratteristiche tecniche minime; - criteri di attribuzione del punteggio - Definizione base di gara (prezzi) - Eventuale suddivisione in lotti	ABS Farmaceutica Ingegneria Clinica CLINICO	Descrizione tale da favorire determinate aziende		ALTO	MIS_5: Definizione di una procedura volto a disciplinare le regole della predisposizione del capitolato e allegati tecnici
	Adozione della determina a contrarre: - individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento; - individuazione degli elementi essenziali del contratto; - determinazione dell'importo del contratto; - scelta della procedura di aggiudicazione;	ABS Ingegneria Clinica				

	- elaborazione atti di gara; - acquisizione CIG.					
Selezione del contraente	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	ABS Farmaceutica				
	Nomina della commissione di gara	ABS (nomina formale) Consultazione Farmaceutica e DS				
	Verifica dei requisiti minimi amministrativi di partecipazione	RUP				
	Gestione delle sedute di gara	RUP (ABS) Commissione Tecnica (offerta tecnica + economica)				
	Valutazione tecnica delle offerte tecniche ed economiche	Commissione				
	Verifica delle anomalie dell'offerta	RUP				
	Proposta aggiudicazione	RUP / ABS				
	Eventuale annullamento della gara	RUP / ABS				
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	ABS				
	Formalizzazione dell'aggiudicazione,	ABS Farmaceutica AAGG		• discrezionalità nell'avvi	MEDIO	MIS_6: Definizione dei criteri per il ricorso al verbale di avvio del

	nomina DEC e stipula del contratto	INGEGNERIA CLINICA		o prima della stipula (dopo la delibera di aggiudicazione)		servizio (es. esigenze della struttura, vantaggi economici per l'azienda, etc.) e comunicazioni interne (ABS, Controllo di Gestione)
Esecuzione del contratto	Formalizzazione dell'avvio della fornitura	DEC				
	Esecuzione del contratto	Farmaceutica ABS Ingegneria Clinica	Esaurimento prima del tempo (fabbisogno non adeguato)		MEDIO	MIS_1 MIS_2 <i>(intese come migliore programmazione ed utilizzo delle informazioni derivanti dal sistema informativo)</i>
	Gestione degli affiancamenti (miglioramenti tecnologici) nel caso di variazioni minimali del prodotto	Farmaceutica ABS Ingegneria Clinica	Sostituzione e non affiancamento (bypassando gara su nuovo prodotto)		MEDIO	MIS_7: Regolamentazione dell'affiancamento (innovazioni tecnologiche di farmaci/macchinari e/o relativi beni di consumo) da prevedere nel capitolato
Rendicontazione e monitoraggio del contratto	Attività del DEC sul controllo del contratto	DEC				
	Procedimento di verifica della corretta esecuzione del contratto nel rispetto	DEC del Contratto	Controllo inadeguato		BASSO	MIS_8: Gestione dei CIG derivati (vincolante) al fine di monitorare adeguatamente il

	delle condizioni contrattuali					consumo in relazione alla capienza dei CIG Master
--	-------------------------------	--	--	--	--	---

Gestione conto deposito / visione

AREA DI RISCHIO	CONTRATTI PUBBLICI				
PROCESSO	GESTIONE CONTO DEPOSITO / VISIONE				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Fabbisogno specifico	Farmaco/dispositivo utilizzato	Il Conto deposito è definito contrattualmente, mediamente per il 20% della fornitura; Il Conto visione è definito contrattualmente mediante accordo quadro		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta di una modalità, prevista dal contratto, di acquisizione di determinate forniture				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Farmaceutica ospedaliera				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Gara per la selezione delle ditte da cui rifornirsi	Farmaceutica ospedaliera			BASSO	MIS_9: Introduzione dell'obbligo di inserire nel capitolato la percentuale del conto deposito e del relativo obbligo di informatizzazione del prodotto
Stipula del contratto e definizione delle quantità di dispositivi in conto deposito	Farmaceutica ospedaliera			BASSO	
Fornitura all'interno dei reparti/sale operatorie	Fornitore			BASSO	

Utilizzo del bene	Medici	Impianto di un prodotto e scarico di un prodotto diverso e più costoso		MEDIO	MIS_10: Obbligo della fustella sullo scarico del conto deposito
Nuova fornitura (ripristino)	Fornitore			BASSO	
Pagamento delle forniture utilizzate	Farmaceutica ospedaliera			BASSO	

Vigilanza farmacie, parafarmacie e depositi

AREA DI RISCHIO	CONTROLLI, VERIFICHE E ISPEZIONI					
PROCESSO	VIGILANZA FARMACIE, PARAFARMACIE E DEPOSITI					
	INPUT	OUTPUT	NOTE			
	- programmazione annuale segnalazioni specifiche	- controllo effettuato				
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività di controllo effettuate dalla UOSD Vigilanza presso le farmacie, parafarmacie e depositi					
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOSD VIGILANZA					
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Pianificazione delle attività di controllo	Pianificazione annuale delle ispezioni ordinarie presso: <ul style="list-style-type: none"> - farmacie (circa n. 336); - parafarmacie (circa n. 81) - depositi di medicinali e gas medicinali (circa n. 6) 	Dirigente UOSD VIGILANZA	Pianificazione volta a favorire determinate farmacie		BASSA Rilevanza esterna: ALTA Discrezionalità: BASSA; Opacità: BASSA Precedenti: NO Misure esistenti: PROCEDURE, CHECK LIST (Roma capitale ricontrolla tutto)	
	Programmazione (al bisogno) delle attività di controllo straordinario (su segnalazioni o in funzione degli esiti del controllo ordinario)	Dirigente UOSD VIGILANZA			BASSA	

	Programmazione (al bisogno) delle attività di controllo preventivo (aperture nuove farmacie, ampliamento locali, trasferimento nell'ambito della propria sede, variazioni di ingresso al pubblico)	Dirigente UOSD VIGILANZA				BASSA	
Programmazione dell'ispezione	Predisposizione mensile del calendario delle ispezioni trasmesso (sempre mensilmente) ai farmacisti designati dall'Ordine (privo delle informazioni sulle farmacie)	Dirigente UOSD VIGILANZA	- Pianificazione volta a favorire determinate farmacie - Fuga di informazioni			BASSO	
	Raccolta delle disponibilità dei farmacisti designati dall'ordine	Dirigente UOSD VIGILANZA				BASSO	
	Comunicazione all'amministrativo della UOSD Vigilanza di quale farmacia sarà oggetto di ispezione	Dirigente UOSD VIGILANZA	Fuga di informazioni			ALTO	MIS_1: Timing della comunicazione: Solo il dirigente della UOSD Vigilanza comunica la sera prima (a fine lavoro) al farmacista nominato dall'ordine la farmacia in cui verrà effettuata l'ispezione.
	Il Dirigente della UOSD Vigilanza o l'amministrativo comunica la sera prima o la mattina presto al farmacista	Dirigente UOSD Vigilanza o	Fuga di informazioni	Pressioni da parte dell'ordine			ALTO

	nominato dall'Ordine la farmacia in cui effettuerà l'ispezione.	Amministrativo UOSD VIGILANZA				timing della comunicazione.
Svolgimento delle attività del controllo	Raggiungimento del luogo dell'ispezione e verifica della presenza del titolare. In caso di assenza si verbalizza che non si può procedere all'ispezione; se non è presente nemmeno i giorni successivi diviene ispezione straordinaria	Farmacista e Amministrativo UOSD VIGILANZA e Farmacista nominato dall'Ordine				BASSO
	Svolgimento dell'ispezione e verifica degli elementi di natura amministrativa da parte dell'amministrativo (segretario della ASL)	Amministrativo e Farmacista della UOSD VIGILANZA	Accordo collusivo e omissione di controllo			ALTO MIS_3: Rotazione delle zone
	Svolgimento dell'ispezione e verifica di tutti gli altri elementi da parte dei farmacisti (es. controllo stupefacenti, registri vari, farmaci, ricette, spedizione ricette, laboratorio galenico, etc.)	Farmacista della UOSD VIGILANZA e Farmacista nominato dall'Ordine	Accordo collusivo e omissione di controllo			ALTO MIS_3
	Compilazione del verbale e, in caso di esito negativo dei controlli: - irrogazione della sanzione amministrativa; - denuncia penale	UOSD VIGILANZA	<ul style="list-style-type: none"> • Accordo collusivo e omissione di controllo • Richiesta di annullamento del verbale di contravvenzione 			ALTO MIS_4: Firme di tutti i presenti MIS_5: Formazione ai farmacisti della ASL Roma 1 sul verbale di ispezione

						e sulla corretta tenuta della farmacia
	Rilascio copia del verbale al titolare	UOSD VIGILANZA				BASSO
	Invio copia del verbale al comune (in caso di aperture nuove farmacie, ampliamento locali, trasferimento nell'ambito della propria sede, variazioni di ingresso al pubblico)	UOSD VIGILANZA				BASSO

Vigilanza su ambulatori veterinari e case di cura accreditate e non

AREA DI RISCHIO	CONTROLLI, VERIFICHE E ISPEZIONI					
PROCESSO	VIGILANZA SU AMBULATORI VETERINARI E CASE DI CURA ACCREDITATE E NON					
	INPUT	OUTPUT	NOTE			
	- programmazione annuale segnalazioni specifiche	- controllo effettuato				
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività di controllo effettuate dalla UOSD Vigilanza presso ambulatori veterinari e case di cura accreditate e non					
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOSD VIGILANZA					
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Programmazione delle attività di controllo	Programmazione delle ispezioni sugli stupefacenti rispetto a: - Case di cura accreditate e non; - Ambulatori veterinari	UOSD VIGILANZA	Pianificazione volta a favorire determinati soggetti		BASSO	
	Comunicazione al Direttore Sanitario della data dell'ispezione	UOSD VIGILANZA			BASSO	
Svolgimento delle attività del controllo	Svolgimento dell'ispezione e relativo controllo sulla tenuta del registro stupefacenti e registri reparti ospedalieri		Accordo collusivo e omissione di controllo		ALTO	MIS_6: Rispetto della procedura
	A seguito del controllo, compilazione del verbale e, in caso di esito negativo:	UOSD VIGILANZA	• Accordo collusivo e omissione di controllo		ALTO	MIS_7: Corso di formazione ai direttori per la

	<ul style="list-style-type: none">- irrogazione della sanzione amministrativa;- denuncia penale		<ul style="list-style-type: none">• Richiesta di annullamento del verbale di contravvenzione			corretta tenuta dei registri
--	--	--	--	--	--	------------------------------

Attività istruttoria e controlli sulle variazioni societarie

AREA DI RISCHIO	CONTROLLI, VERIFICHE E ISPEZIONI					
PROCESSO	ATTIVITÀ ISTRUTTORIA E CONTROLLI SULLE VARIAZIONI SOCIETARIE					
	INPUT	OUTPUT	NOTE			
	necessità specifiche	controllo effettuato				
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività di controllo effettuate dalla UOSD Vigilanza in materia di variazioni societarie					
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOSD VIGILANZA					
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Istruttoria	Attività di istruttoria sulle variazioni societarie	UOSD VIGILANZA	Omissione di controllo		MEDIO Attuale presenza di controlli incrociati ASL/Comune	MIS_8: Controllo incrociato sull'esito negativo della certificazione antimafia
	Verifica delle autocertificazioni antimafia	UOSD VIGILANZA	Omissione di controllo			
	Presenza d'atto	UOSD VIGILANZA				

Controlli sulle prescrizioni a carico del SSN dei medici di medicina generale e specialisti

AREA DI RISCHIO	CONTROLLI, VERIFICHE E ISPEZIONI				
PROCESSO	CONTROLLI SULLE PRESCRIZIONI A CARICO DEL SSN DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Programmazione Necessità specifiche	Controllo effettuato			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta dei controlli sulle prescrizioni a carico del SSN dei medici di medicina generale e specialisti				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Estrazione dei dati dai seguenti sistemi informativi: <ul style="list-style-type: none"> A. FLUSSI INFORMATIVI TS (richiesta alla UOC Flussi informativi per la produzione di report, con riferimento alle ricette che sono state utilizzate nelle farmacie del territorio) B. DATA WAREHOUSE REGIONALE (accesso diretto tramite credenziali con riferimento alle ricette dei medici/utenti del territorio anche se utilizzate in farmacie fuori dal territorio della ASL Roma 1) C. DATABASE REGIONALE (DCR-Distinta contabile riepilogativa online) 	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Intenzionale esclusione di ricette/medici		BASSO Rilevanza esterna: ALTA; Discrezionalità: MEDIA Opacità: BASSA; nessun caso passato MISURE ESISTENTI: produzione di un report che viene dato all'esterno (condiviso a monte)	MIS_1: Definizione di una procedura per la selezione del campione sul quale svolgere specifici approfondimenti su medici, farmacie, assistiti. Tra i possibili criteri di selezione: <ol style="list-style-type: none"> 1. spesa 2. ricorrenza classi di farmaco (iperprescrizione); 3. segnalazioni esterne

D. WEBCARE (piattaforma per inserimento dei piani terapeutici online inseriti dagli specialisti o da farmaceutica in caso di fuori regione, utilizzato per categorie di farmaci particolari)					
Svolgimento dei controlli sui dati/report estratti al fine di verificare l'appropriatezza su certe classi di farmaci anche in relazione ai target definiti dalla Regione e, in caso di anomalie, approfondimenti specifici su farmaci e/o su medici	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Omissione di controllo e/o mancata attuazione delle misure in caso di accertamenti a seguito di anomalie riscontrate		ALTO Rilevanza esterna: ALTA; Discrezionalità: ALTA; Opacità: MEDIA; Nessun precedente, Nessuna misura esistente	MIS_2: Definizione di un regolamento e di linee di indirizzo condivise con DS e distretti da attuare in caso di anomalie prescrittive. Verifica dell'attuazione delle misure in caso di anomalie prescrittive.
In caso di irregolarità, segnalazione ai NAS/autorità competenti	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Mancata segnalazione/denuncia		BASSO	

Controllo tecnico professionale sulle ricette a carico del SSN per anomalie prescrittive

AREA DI RISCHIO	CONTROLLI, VERIFICHE E ISPEZIONI				
PROCESSO	CONTROLLO TECNICO PROFESSIONALE SULLE RICETTE A CARICO DEL SSN PER ANOMALIE PRESCRITTIVE				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Programmazione Necessità specifiche	Controllo effettuato			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta dei controlli sulle ricette a carico del SSN al fine di verificare eventuali irregolarità e procedere al relativo recupero del credito				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Selezione del campione attraverso: - il database DCR online (oppure è lo stesso DCR online ad evidenziare possibili anomalie); - <i>datawarehouse</i> regionale; - analisi su farmaci specifici che richiedono particolari controlli.	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Intenzionale esclusione farmacie dal campione		ALTO Alta rilevanza esterna e discrezionalità	MIS_3: Definizione di una procedura per la selezione del campione (definizione criteri)
Esame del campione selezionato ed estrazione delle ricette da inviare in commissione	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Omissione di controllo		ALTO	
Controllo puntuale delle ricette e redazione del relativo verbale	Commissione farmaceutica aziendale	Accordo collusivo con le farmacie	Pressioni/condizionamenti esterni		MIS_4: Oscuramento dati identificativi delle farmacie in

					esame per evitare condizionamenti
Nel caso di conferma dell'irregolarità, comunicazione alla farmacia per il recupero del credito	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Mancato invio della comunicazione		MEDIO (esistono precedenti)	
Inserimento dell'eventuale addebito in DCR	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Mancato inserimento in DCR		MEDIO L'attività di inserimento dell'addebito in DCR è misura inserita a seguito di episodi corruttivi nella precedente fase	MIS_5: Controllo incrociato degli importi stabiliti dalla Commissione (da inserire in DCR) e degli inserimenti effettuati tramite il report del sistema

Gestione delle rettifiche contabili

AREA DI RISCHIO	CONTROLLI, VERIFICHE E ISPEZIONI				
PROCESSO	GESTIONE DELLE RETTIFICHE CONTABILI				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Tabulato LAZIOcrea	Controllo effettuato			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta dei controlli effettuati sulle farmacie (per anomalie contabili e/o anomalie prescrittive) a seguito della convenzione tra SSN e farmacie per l'invio delle ricette (su farmaci pagati dal SSN)				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Lettura ottica delle ricette per confronto dei dati e predisposizione del tabulato	LAZIOcrea				
Acquisizione mensile del tabulato ed invio alle farmacie previo controllo della UOSD secondo i criteri definiti nelle procedure	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Mancato invio del tabulato		ALTO	MIS_6: Procedura per la definizione dei criteri per l'invio dei tabulati, per la gestione delle rettifiche contabili e dei contenziosi
Eventuale contestazione sulle discordanze riscontrate entro 30 gg	FARMACIA INTERESSATA				
Se non contesta comunicazione alla farmacia ed inserimento delle rettifiche in DCR online	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Mancato inserimento della rettifica in DCR		ALTO	MIS_7: Reportistica e Controllo a

					campione degli inserimenti
In caso di contestazione eventuale "conciliazione" con la singola farmacia interessata	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Accordo collusivo con le farmacie		ALTO	MIS_6: Procedura per la definizione dei criteri per l'invio dei tabulati, per la gestione delle rettifiche contabili e dei contenziosi
Inserimento delle rettifiche concordate in DCR (per eventuale addebito/accredito)	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Mancato inserimento della rettifica in DCR		MEDIO	MIS_8: Controllo incrociato degli inserimenti da effettuare in DCR e di quelli effettuati tramite il report del sistema

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E AREA GOVERNO DELLA RETE

Attività di controllo e vigilanza del DIP e delle UOC dell'AGR

AREA DI RISCHIO	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI			
PROCESSO	1. ATTIVITÀ DI CONTROLLO E VIGILANZA DEL DIP E DELLE UOC DELL'AGR			
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE
LINEE DI ATTIVITA' RICOMPRESE PER IL DIP	Attività di controllo e vigilanza delle UOC del Dipartimento di prevenzione	Pianificazione annuale/pluriennale di Servizio ovvero segnalazioni esterne o prescrizioni da verificare	Atti e provvedimenti conseguenti ai controlli effettuati	<p>A monte di qualsiasi momento ispettivo per ciascun servizio vi è una fase di programmazione nella quale vengono programmati i controlli che devono essere effettuati sulla base di due diversi criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controlli stabiliti dalla pianificazione annuale/pluriennale di servizio sulla base di quanto previsto dalla pianificazione regionale e sulla base del rischio associato alle diverse imprese/attività presenti nel territorio; • controlli ad hoc: controlli da programmare successivi a segnalazioni esterne all'Azienda sanitaria (segnalazioni da parte di cittadini/altre autorità o SCIA), ovvero per verifica prescrizioni precedentemente impartite. <p>Servizi soggetti a programmazione: SIAN, SISP, SPRESAL, Sanità animale A+B+C.</p> <p>Per tutti i Servizi, di regola a fini anti corruttivi, gli operatori incaricati dei controlli devono essere almeno 2, salvo eccezioni motivate.</p> <p>Per la UOC Sanità Animale per ciascuna azienda è assegnato un solo Veterinario Ufficiale che compila uno specifico registro di accesso segnalando le attività che vengono svolte.</p>

LINEE DI ATTIVITA' RICOMPRESSE PER AGR	Attività di controllo e vigilanza della UOC Accredитamento Rete di Offerta afferente all'Area Governo della Rete	Pianificazione annuale della verifica quinquennale del mantenimento dei requisiti di accreditamento ex DCA U00552/2017	Relazione inviata al Direttore Generale a firma del Direttore ARO e del Direttore AGR per successivo invio in Regione	
		Pianificazione annuale della vigilanza periodica a campione sul mantenimento del possesso dei requisiti di accreditamento	Stesura di verbale riguardante le verifiche riscontrate in corso di sopralluogo	Comunicazione al Direttore Generale in caso di riscontro di rilevanti carenze per eventuale successivo invio alla Regione Lazio
		Esposti provenienti da URP regionale o URP aziendale	Relazione riguardante le criticità riscontrate direttamente all'interessato e copia all'URP richiedente	Previa richiesta di delucidazioni da parte del Direttore Sanitario / Medico Responsabile della struttura e sopralluogo di verifica
		Verifiche richieste da Autorità Giudiziaria o altre Istituzioni	Relazione all'Autorità Giudiziaria o all'Istituzione richiedente	Previa istruttoria e verifica in corso di sopralluogo
		Controlli analitici su cartella clinica richiesti dalla Regione Lazio ex DCA U00509/2018	Invio anomalie riscontrate di incongruità o inappropriatezza in Regione	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Viene descritto il processo relativo alle attività di controllo e vigilanza nei confronti delle imprese/ attività e soggetti interessati del DIP				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dipartimento di Prevenzione				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Pianificazione annuale/ pluriennale di servizio, e successiva trasmissione ai Dirigenti responsabili dell'attuazione	Direttore della Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> Pianificazione non adeguata, non rispondente ai criteri di scelta determinanti l'esecuzione (rischio specifico, obiettivi assegnati, etc.) Può configurarsi attraverso, ad esempio, una non coerente definizione / esclusione di zone, attività, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Discrezionalità Inadeguata diffusione della cultura della legalità Carenza/ inadeguatezza di regolamenti e procedure e dei criteri di assegnazione 	<p>BASSA</p> <p>Nonostante l'elevata rilevanza esterna e la discrezionalità media, il processo è tracciabile (bassa opacità); inoltre, non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<p>Verifica tramite audit del rispetto della procedura che prevede una pianificazione nel rispetto dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisi del rischio Sorteggio Rispetto cronologico di arrivo
Designazione del Responsabile del Procedimento per i controlli ad hoc, previo ricevimento e valutazione della segnalazione esterna pervenuta	Direttore della Struttura Complessa / Segreteria di Servizio	<ul style="list-style-type: none"> Scelta inadeguata dell'assegnatario; "immotivata" assegnazione a sé stesso 	<ul style="list-style-type: none"> Discrezionalità 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è bassa, la discrezionalità è media, ma il processo è tracciabile (bassa opacità); si sono verificati fenomeni corruttivi in passato (assegnazioni non coerenti)</p>	<p>Verifica tramite audit del rispetto delle competenze professionali degli incaricati nell'assegnazione</p>

(l'assegnazione può anche avvenire in automatico, tramite segreteria di servizio, se il Direttore ha provveduto a delega generale per territorio o per materia)					
<p>Individuazione dei soggetti incaricati del/i controllo/i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dirigente Responsabile del Procedimento stesso; • assegnazione alla P.O. dei Tecnici della Prevenzione 	Dirigente Responsabile del Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta discrezionale e inadeguata 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza delle figure previste 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è bassa, la discrezionalità è media, ma il processo è tracciabile (bassa opacità); si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	Verifica tramite audit del rispetto delle competenze professionali degli incaricati nell'assegnazione
<p>Programmazione operativa del procedimento (previa acquisizione dei documenti) attraverso l'individuazione dei soggetti preposti alla verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -dirigente delegato stesso; -altri soggetti a mezzo della PO. 	Dirigente Responsabile del Procedimento a mezzo della PO	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione non adeguata • Scelta inadeguata dell'assegnatario • "immotivata" assegnazione a sé stesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi • Inadeguata diffusione della cultura della legalità 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è bassa, la discrezionalità è media, ma il processo è tracciabile (bassa opacità); si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	Definizione di criteri in base ai quali il dirigente assegna a sé stesso (motivazione)

<p>Programmazione operativa dei controlli con l'indicazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo di controlli (es. ispezione, campionamento, verifica, audit, etc.); • Numero dei controlli; • Soggetti su cui effettuare il controllo 	<p>Responsabile del procedimento e/o P.O. dei Tecnici della Prevenzione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione non adeguata • Chiusura del procedimento senza i presupposti 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità 	<p>MEDIO (Igiene pubblica, SIAN e SPRESAL) Elevata rilevanza esterna, discrezionalità alta e bassa opacità del processo; nessun precedente giudiziario per la fase in esame</p> <p>BASSA (Veterinaria)</p>	<p>Verifica tramite audit del rispetto della procedura</p>
<p>Individuazione dei Tecnici della Prevenzione incaricati del/i controllo/i</p>	<p>P.O. dei Tecnici della Prevenzione</p>	<p>Scelta inadeguata dell'assegnatario (mancato rispetto dei criteri individuati) anche volta a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indirizzare l'esito del controllo • non rispettare i carichi di lavoro • favorire il controllato 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadeguata diffusione della cultura della legalità • Inadeguatezza delle risorse 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è elevata, così come la discrezionalità; il processo è, tuttavia, tracciabile (bassa opacità) e non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<p>Verifica del rispetto della procedura codificata da parte del RUP</p>
<p>Eventuale acquisizione di documenti (precedente alla fase di ispezione oppure da effettuare in loco)</p>	<p>Tecnico/i incaricato/i e personale amministrativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Richiesta inadeguata e/o tardiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadeguatezza delle procedure e delle competenze del personale 	<p>BASSA</p>	<p>Verifica del rispetto della procedura codificata da parte del RUP</p>

<p>Esecuzione del/i controllo/i secondo le procedure in uso presso il Servizio e successivo invio del/i fascicolo/i al RdP, completo/i della documentazione acquisita, delle risultanze del/i controllo/i e degli eventuali atti sanzionatori comminati</p>	<p>Tecnico/i / personale incaricato/i</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Omissione di rilievi al fine di favorire/penalizzare determinati soggetti a seguito di vigilanza • Abuso della posizione di "controllore" • Mancanza di applicazione delle procedure • Ricezione e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle funzioni ispettive; • Accordi preventivi con il titolare della struttura e/o consulenti delegato dall'azienda in vista dell'ispezione 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Inadeguata diffusione della cultura della legalità • Pressioni esterne • Inadeguatezza delle risorse 	<p>ALTA</p> <p>La rilevanza esterna è elevata, così come la discrezionalità; inoltre, l'opacità del processo è elevata e si sono verificati, in passato, fenomeni corruttivi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Linee guida per la definizione dei criteri attraverso i quali effettuare il controllo; • Procedure operative standardizzate; • Coppia di operatori
---	---	---	---	--	--

<p>Valutazione degli esiti del/i controllo/i e decisioni conseguenti: adozione dei provvedimenti ritenuti necessari (provvedimenti impositivi di adeguamento, di divieto, di sospensione attività, eventuali richieste documentali, ecc.), trasmissione in Procura degli atti prescrittivi SPRESAL</p>	<p>Dirigente Responsabile del Procedimento/ tecnico della prevenzione (solo per SPRESAL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione non rispondente a quanto rilevato • Ritardato e/o mancato invio della relazione e/o dei provvedimenti • Ricezione e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle funzioni dirigenziali • Abuso della posizione di "controllore" 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Inadeguata diffusione della cultura della legalità • Pressioni esterne 	<p style="text-align: center;">MEDIO</p> <p>La rilevanza esterna è alta, la discrezionalità media, il processo è tracciabile; in passato si sono verificati fenomeni corruttivi</p> <hr/> <p style="text-align: center;">BASSA (SPRESAL)</p>	<p>Verifica tramite audit</p>
--	--	--	--	--	-------------------------------

DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Viene descritto il processo relativo alle attività di controllo e vigilanza nei confronti delle imprese/ attività e soggetti interessati per l'AGR				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC ACCREDITAMENTO RETE DI OFFERTA				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Pianificazione annuale verifiche relative al rinnovo quinquennale del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento e successiva indicazione dei Dirigenti responsabili dell'attuazione	Direttore della Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> Pianificazione non adeguata, non rispondente ai criteri di scelta determinanti l'esecuzione (rischio specifico, obiettivi assegnati, etc.) Può configurarsi attraverso, ad esempio, una non coerente definizione / esclusione di attività, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Discrezionalità Carenza/ inadeguatezza di regolamenti e procedure 	BASSA Nonostante l'elevata rilevanza esterna e la discrezionalità media, il processo è tracciabile (bassa opacità); inoltre, non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto cronologico delle date di accreditamento Sorteggio pubblico delle strutture da sottoporre a verifica quinquennale del mantenimento del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento
Individuazione delle strutture da sottoporre a vigilanza	Direttore della Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> Possibile inadeguatezza 	<ul style="list-style-type: none"> Discrezionalità 	BASSA La rilevanza esterna è media, la discrezionalità è bassa in quanto il processo è tracciabile (bassa opacità); non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato	Rispetto cronologico delle strutture estratte nel sorteggio dedicato al rinnovo dell'accREDITAMENTO e non verificate in quanto eccedenti rispetto alla percentuale prevista

Verifiche su esposti provenienti da URP regionale o URP aziendale	Direttore della Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta inadeguata dell'assegnatario • "immotivata" assegnazione a sé stesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Inadeguatezza o carenza di competenze del personale addetto ai processi 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è alta, la discrezionalità è media; non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	Audit sulla applicazione di criteri oggettivi nelle verifiche
Verifiche richieste da Autorità Giudiziaria o altre Istituzioni	Direttore della Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta inadeguata dell'assegnatario • "immotivata" assegnazione a sé stesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Inadeguatezza o carenza di competenze del personale addetto ai processi 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è alta, la discrezionalità è media; non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	Audit sulla applicazione di criteri oggettivi nelle verifiche
Controlli analitici su cartella clinica richiesti dalla Regione Lazio	Direttore della Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta inadeguata dell'assegnatario • "immotivata" assegnazione a sé stesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Inadeguatezza o carenza di competenze del personale addetto ai processi 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è alta, la discrezionalità è media, ma il processo è tracciabile (bassa opacità per sistemi informativi SIC); non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica tramite CHECK LIST del corretto rispetto delle procedure • Verifica della tempistica con cui viene rilasciata la cartella clinica • Rispetto del documento denominato "Raccomandazione di codifica della ASL Roma 1" per la corretta codifica

Rilascio autorizzazioni, certificazioni sanitarie, riconoscimenti, certificazioni-attestazioni ufficiali

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA SENZA EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO E RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI				
PROCESSO	2. RILASCIO AUTORIZZAZIONI, CERTIFICAZIONI SANITARIE, RICONOSCIMENTI, CERTIFICAZIONI-ATTESTAZIONI UFFICIALI				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Domanda dell'impresa/soggetto interessato	Atto autorizzativo, di certificazioni sanitarie, riconoscimento, di certificazione-attestazione ufficiale	<i>Si tratta di atti rilasciati direttamente dall'Azienda sanitaria, per il tramite delle UU.OO.CC. competenti, a seconda dei casi considerati (ad esempio per autorizzazioni residuali SISP, per i "riconoscimenti" SIAN e S. Vet. B, per le certificazioni ufficiali SIAN e SS. Veterinari, per le registrazioni sottoprodotti di origine animale, per le deroghe ad attività lavorative in seminterrato o certificazioni sanitarie (ricorsi) SPRESAL, ecc.)</i>		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Viene descritto il processo di verifica relativo ai procedimenti per il rilascio di autorizzazioni, certificazioni sanitarie, riconoscimenti, certificazioni-attestazioni ufficiali				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dipartimento di Prevenzione				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Designazione del Responsabile del Procedimento con assegnazione della domanda pervenuta	Direttore della Struttura Complessa (l'assegnazione può anche avvenire in automatico, tramite segreteria di servizio, se il Direttore ha provveduto a delega generale per territorio o per materia)	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta inadeguata dell'assegnatario • "Immotivata" assegnazione a sé stesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità 	<p style="text-align: center;">BASSA</p> <p>La rilevanza esterna del processo è bassa, mentre la discrezionalità media; il processo è tracciabile (bassa opacità); inoltre, non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione delle deroghe e del meccanismo di assegnazione; • Verifica tramite audit del rispetto delle competenze professionali degli incaricati nell'assegnazione

<p>Individuazione dei soggetti incaricati del controllo: -dirigente Responsabile del Procedimento stesso; - assegnazione alla P.O. dei Tecnici della Prevenzione.</p>	<p>Dirigente Responsabile del Procedimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta discrezionale e inadeguata 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza delle figure previste 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è media, così come la discrezionalità; il processo è, tuttavia, tracciabile (bassa opacità) e non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica tramite audit del rispetto delle procedure e delle competenze professionali degli incaricati nell'assegnazione; • Informativa preliminare al destinatario sul soggetto incaricato al controllo
<p>Individuazione dei Tecnici della Prevenzione incaricati del controllo</p>	<p>P.O. dei Tecnici della Prevenzione</p>	<p>Scelta inadeguata dell'assegnatario (mancato rispetto dei criteri individuati) anche volta a</p> <ul style="list-style-type: none"> • indirizzare l'esito del controllo • non rispettare i carichi di lavoro • favorire il controllato 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadeguata diffusione della cultura della legalità • Inadeguatezza delle risorse 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è elevata e la discrezionalità è media; il processo è, comunque, tracciabile (bassa opacità) e non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica del rispetto della procedura codificata da parte del RUP
<p>Eventuale acquisizione di documenti integrativi</p>	<p>Tecnico/i incaricato/i e personale amministrativo e RUP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Richiesta inadeguata e/o tardiva / ingiustificatamente reiterata 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Inadeguatezza delle procedure e delle competenze 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è elevata e la discrezionalità è media; il processo è, comunque, tracciabile (bassa opacità) e non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica del rispetto della procedura codificata da parte del RUP / tecnico incaricato

<p>Esecuzione del controllo secondo le procedure in uso presso il Servizio e successivo invio del fascicolo al Responsabile del Procedimento, completo della documentazione acquisita e delle risultanze del controllo illustrate nella Relazione</p>	<p>Tecnico/i incaricati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Omissione di rilievi al fine di favorire/ penalizzare determinati soggetti a seguito di vigilanza • Abuso della posizione di "controllore" • Mancanza di applicazione delle procedure • Ricezione e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle funzioni ispettive; • Accordi preventivi (fatta salva l'individuazione della data del sopralluogo e informazioni generali) con il titolare della struttura e/o consulenti delegato dall'azienda in vista dell'ispezione 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Inadeguata diffusione della cultura della legalità • Pressioni esterne • Inadeguatezza delle risorse 	<p>ALTA</p> <p>La rilevanza esterna è elevata, così come la discrezionalità; inoltre, l'opacità del processo è elevata e si sono verificati, in passato, fenomeni corruttivi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica sul rispetto delle Linee guida per la definizione dei criteri attraverso i quali effettuare il controllo ove presenti; • Verifica sul rispetto delle Procedure operative standardizzate; • Coppia di operatori; • Audit interno; • Tracciabilità degli accessi ai Servizi anche mediante creazione di apposito registro.
<p>Valutazione degli esiti del controllo e decisioni conseguenti: -espressione di parere negativo al rilascio dell'Atto richiesto;</p>	<p>Dirigente Responsabile del Procedimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione non rispondente a quanto rilevato • Ritardato e/o mancato invio della relazione e/o dei provvedimenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadeguata diffusione della cultura della legalità • Pressioni esterne 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è alta, la discrezionalità è bassa e il processo è tracciabile; non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Audit interno; • Verifica sul rispetto delle Procedure operative standardizzate.

- espressione di parere positivo al rilascio dell'Atto richiesto		<ul style="list-style-type: none"> Parere/ provvedimento non coerente alla relazione o ritardato immotivatamente 			
Comunicazione di parere negativo motivato all'interessato ovvero rilascio dell'Atto richiesto/ provvedimento	Dirigente Responsabile del Procedimento e personale amministrativo	<ul style="list-style-type: none"> Ritardo e/o differimento del rilascio del parere negativo o dell'atto/provvedimento 	<ul style="list-style-type: none"> Inadeguata diffusione della cultura della legalità 	<p>MEDIA</p> <p>La rilevanza esterna è alta, la discrezionalità è media, ma il processo è tracciabile (bassa opacità) non si sono verificati fenomeni corruttivi in passato</p>	<ul style="list-style-type: none"> Audit interno; Verifica sul rispetto delle Procedure operative standardizzate

Rilascio autorizzazione / accreditamento / stipula accordo contrattuale

AREA DI RISCHIO	RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI				
PROCESSO	3. RILASCIO AUTORIZZAZIONE / ACCREDITAMENTO /STIPULA ACCORDO CONTRATTUALE				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Invio richiesta di autorizzazione/ accreditamento/ assegnazione budget	<ul style="list-style-type: none"> • parere sui requisiti di autorizzazione; • parere sui requisiti di accreditamento; Accordo contrattuale	Il processo fa parte di un macroprocesso più ampio di cui è titolare la Regione Lazio. Prima del parere di accreditamento, in relazione all'Istanza della struttura viene esaminata la compatibilità con il fabbisogno da parte della Regione Lazio.		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Viene mappato il processo relativo al rilascio di autorizzazione/accreditamento/stipula accordo contrattuale per strutture di nuova apertura o strutture già attive che stanno subendo un processo di trasformazione, per operare privatamente o in accreditamento per conto e/o a carico SSR e successiva stipula del contratto.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Parte autorizzativa: DIP. Prevenzione Parte accreditamento/accordo contrattuale: AGR				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI IL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Invio richiesta di rilascio di autorizzazione alla realizzazione al Municipio e all'esercizio alla Regione	Struttura richiedente				
Rilascio determina da parte del Municipio al richiedente, alla Regione e alla ASL	Municipio				
Verifica requisiti della richiesta e della documentazione per autorizzazione all'esercizio e inoltro della richiesta di verifica	Regione				

al Direttore del Dipartimento Prevenzione					
<p>Verifica possesso requisiti autorizzativi e della documentazione</p> <p>Tale verifica viene espletata anche a distanza di tempo, quando la Regione richiede alla ASL di verificare la sussistenza dei requisiti per il rinnovo dell'accREDITAMENTO</p>	<p>SISP (<i>capofila</i>) SPRESAL SIAN Altri servizi della ASL (in funzione della tipologia di struttura che deve essere autorizzata)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Omissione di rilievi al fine di favorire/penalizzare determinati soggetti a seguito di verifica • Mancanza di applicazione delle procedure codificate (compresa la modulistica) • Ricezione e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle funzioni di verifica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrezionalità • Pressione esterna • Inadeguata diffusione della cultura della legalità 	<p>MEDIA</p> <p>Elevata rilevanza esterna, basso livello di discrezionalità e di opacità (per via delle esistenti check list regionali). Presenza di un precedente giudiziario. Esistono già, comunque, una serie di misure a livello aziendale che derivano da disposizioni regionali (procedure codificate e check list)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica a campione del rispetto delle procedure aziendali infraprocedimentali (verifica documentale); • Audit interno.
<p>Sottoscrizione da parte del DG:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dell'attestato di conformità / parere predisposto dal DIP e invio alla Regione 2. In caso di verifica della sussistenza dei requisiti per il rinnovo dell'accREDITAMENTO, la sottoscrizione è a triplice firma: <ul style="list-style-type: none"> - DG - AGR - ARO 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DG Dip. Prevenzione 2. DG AGR ARO 	<ul style="list-style-type: none"> • Rilascio parere in carenza/assenza/difformità di requisiti 		<p>MEDIA</p>	

Rilascio determina per l'autorizzazione	Regione				
Duplica possibilità per il soggetto in possesso dell'autorizzazione all'esercizio: -svolgere attività privatamente; -richiedere istanza di accreditamento (mantenimento o nuova istanza).	Struttura richiedente				
<i>In caso di istanza di accreditamento</i> (definizione delle propedeuticità dell'assolvimento dei criteri autorizzativi)					
Definizione del fabbisogno assistenziale generale - Piano rete locale varie materie	UOC Committenza	<ul style="list-style-type: none"> • Non corretta definizione del fabbisogno 		BASSO Elevata rilevanza esterna, basso livello di discrezionalità e di opacità (in quanto definiti su standard regionali e motivati; successivamente trasmessi in Regione). Nessun precedente giudiziario. Le misure esistenti fanno riferimento all'applicazione degli standard regionali applicati alla popolazione ASL	

Istanza di accreditamento alla Regione	Struttura richiedente				
Richiesta alla ASL del Parere di funzionalità rispetto al fabbisogno di assistenza	Regione				
Definizione del fabbisogno di assistenza specifico (basato sull'offerta già esistente – pubblica e privata accreditata – , sulla produttività dei presidi, indice di fuga e attrattività; continuità assistenziale);	UOC Committenza	<ul style="list-style-type: none"> • Non corretta definizione fabbisogno specifico, (es. definizione di fabbisogno non coerente per tipologia e/o per volumi con le effettive necessità) 		BASSO Elevata rilevanza esterna, basso livello di discrezionalità (gli indicatori utilizzati sono già definiti dalla regione) e basso livello di opacità (poiché si tratta del calcolo di indicatori su determinati flussi informativi). Nessun precedente giudiziario (al più qualche contenzioso). Le misure esistenti fanno riferimento all'applicazione delle procedure definite dalla Regione.	
Valutazione dell'offerta aziendale rispetto al fabbisogno assistenziale	UOC Committenza	<ul style="list-style-type: none"> • Non corrispondenza richiesta-fabbisogno 		BASSO	Standard regionali e criteri trasparenti
Emissione del parere di compatibilità e invio alla Regione (a firma congiunta direttore AGR e DG)	UOC Committenza	<ul style="list-style-type: none"> • Rilascio parere in carenza/assenza/difformità di requisiti • Ritardo e/o accelerazione non giustificati dai tempi 		BASSO	

		del procedimento nel rilascio del parere			
Richiesta alla ASL della verifica del possesso dei requisiti di accreditamento	Regione				
Verifica del possesso di ulteriori requisiti di accreditamento	UOC Accreditamento Rete Offerta	<ul style="list-style-type: none"> • Omissione di rilievi al fine di favorire/penalizzare determinati soggetti a seguito di verifica • Ricezione e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle attività di verifica; • Mancata applicazione delle procedure (manuale accreditamento) 		MEDIO	Attuazione della procedura derivante dal manuale di accreditamento (check list informatizzata) mediante sopralluogo e analisi delle risultanze della documentazione acquisita da parte di un gruppo ristretto composto da 2/3 risorse in composizione variabile
Invio alla Regione della relazione e della nota a firma DG, Direttore AGR e UOC ARO	DG Direttore AGR UOC ARO			BASSO	
Rilascio Provvedimento di accreditamento	Giunta Regionale				
Determinazione del budget per struttura da parte della Regione per le tipologie assistenziali ospedaliere (<i>degenza acuti/riabilitazione/riabilitazione post acuzie/lungodegenza/funzioni assistenziali</i>)	Regione				

Controlli analitici esterni su cartella clinica	UOC ARO	<ul style="list-style-type: none"> • Selezione delle strutture da verificare • Omissione di rilievi al fine di favorire/penalizzare determinati soggetti a seguito di verifica • Ricezione e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle attività di verifica; 		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica tramite CHECK LIST del corretto rispetto delle procedure • Verifica della tempistica con cui viene rilasciata la cartella clinica • Rispetto del documento denominato "Raccomandazione di codifica della ASL Roma 1" per la corretta codifica
Ripartizione del budget per le strutture territoriali e specialistica ambulatoriale	UOC BCEP	Errata ripartizione del budget (errori materiali)		BASSO Elevata rilevanza esterna, basso livello di discrezionalità e basso livello di opacità (poiché è inviato a tutte le strutture accreditate). Nessun precedente giudiziario.	
Caricamento sul portale dell'accordo contrattuale	Regione				
Caricamento sul portale della documentazione richiesta	Struttura richiedente				
Verifica della completezza della documentazione e validazione poteri di firma	UOC BCEP	Omissione di controlli	Discrezionalità nella scelta del campione	MEDIO Elevata rilevanza esterna, livello medio di discrezionalità e di opacità. Nessun	Verifica tramite misure camerali

				precedente giudiziario.	
Sottoscrizione digitale del contratto	Struttura DG				
Elaborazione dei Piani di Committenza ed eventuale sottoscrizione ulteriori accordi secondo tali Piani concordati con la struttura	UOC Committenza Struttura DG	Stipula Piani ed Accordi non congruenti con i provvedimenti di accreditamento della struttura		BASSO Elevata rilevanza esterna, basso livello di discrezionalità e basso livello di opacità. Nessun precedente giudiziario. Le misure attualmente previste sono di trasparenza, in particolar modo la condivisione criteri con tutte le strutture.	Pubblicità dell'atto sul sito aziendale (news/eventi) – sezione accordi e piani di committenza Maggiore coinvolgimento soggetti interessati REALIZZAZIONE DI GIORNATE DIVULGATIVE

Ospitalità presso strutture residenziali accreditate per persone non autosufficienti, anche anziane

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DEI RAPPORTI CON I PRIVATI ACCREDITATI				
PROCESSO	OSPITALITÀ PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	- Richiesta del medico COOT (centrale operativa ospedale territorio)	- Inserimento in struttura	17 strutture: <ul style="list-style-type: none"> • Intensive 4 strutture (40 posti) • Estensive per disturbi cognitivo comportamentali 1 struttura (30 posti) • Altre: livello mantenimento A e B (possibilità di scelta (1228 posti) 		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo relativo all’inserimento presso strutture residenziali accreditate per persone non autosufficienti, anche anziane, prevalentemente residenti della Roma 1				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	AREA GOVERNO DELLA RETE – COA (Centrale Operativa Aziendale)				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L’ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Valutazione medica del paziente e compilazione di un modulo regionale sulle condizioni cliniche	Medico			BASSO	
Assistente sociale fa colloquio con i parenti per compartecipazione spese	Assistente sociale	Non corretta assegnazione della priorità per la fragilità sociale		BASSO	Definizione e revisione della scheda per la rilevazione fragilità sociale (oggettivazione) al fine di assegnare correttamente la priorità sull’inserimento in struttura.

<ul style="list-style-type: none"> - Famiglia si reca presso il distretto per acquisire informazioni sull'ospitalità - In caso di ricovero ospedaliero, percorso facilitato con COOT (centrale operative) 				BASSO	
Equipe valutativa del distretto (UVMD) va a fare la valutazione (per la definizione della struttura di cui ha bisogno)	Equipe			BASSO	
Valutazione sottoscritta dall'utente arriva alla ASL	Utente				
Paziente viene messo in lista d'attesa	COA	Pressioni esterne per scavalcare lista		BASSO	<p>Lista di attesa unica aziendale (informatizzata) per RSA specifica per tipologia assistenziale. Da gestire secondo i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residenza (1/3); - Cronologico; - Genere; - Priorità (passaggio da estensiva/R1 a mantenimento); - Rivalutazione del bisogno assistenziale da parte del distretto territorialmente competente.
Chiamata del paziente per inserimento in struttura.	COA			BASSO	

Se rifiuta: lettera firmata dai familiari attestante il rifiuto					
Strutture inviano mensilmente un file Excel per il pagamento	Strutture accreditate				

Verifica dei flussi e liquidazione delle fatture delle strutture contrattualizzate

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DEI RAPPORTI CON I PRIVATI ACCREDITATI				
PROCESSO	VERIFICA DEI FLUSSI E LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE DELLE STRUTTURE CONTRATTUALIZZATE				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Inserimento dati produzione	Fattura liquidata			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta della verifica dei flussi e della liquidazione delle fatture emesse dalle strutture contrattualizzate				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Budget e Controllo Erogatori Privati				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Inserimento dati di produzione. 1. Nel caso di flussi istituzionali (degenza per acuti, riabilitazione post acuzie, lungodegenza e specialistica ambulatoriale) compilazione piattaforme regionali (che servirà per la generazione delle fatture) sul portale dedicato Nel caso di flussi non istituzionali (RSA e ex art 26					

e hospice) compilazione dell'Excel predisposto dalla UOC BCEP ed invio alla stessa UOC.					
Emissione della fattura	Struttura				
<p>Verifica congruità dati produzione e di fatturazione:</p> <p>1. In caso di flussi istituzionali, download del report da sito regionale e verifica con la fattura;</p> <p>In caso di flussi non istituzionali, verifica degli importi, tasso di occupazione delle strutture, controllo a campione dei fogli firma per le RSA</p>	UOC BCEP	<ul style="list-style-type: none"> • Omissione dei controlli relativi alle prestazioni fatturate entro i limiti contrattuali • Rallentamento o accelerazione di flussi liquidatori al fine di svantaggiare o favorire Strutture particolari <p>Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati</p>		BASSO¹	Controlli incrociati svolti all'interno della struttura

¹ NOTA ALLA VALUTAZIONE: Pur avendo il processo rilevanza esterna alta, le attività di controllo successive alla liquidazione poste in essere da ASL – UOC BC (nella Rendicontazione dei CE e nella chiusura dei Bilanci aziendali su direttive RL che impongono a Bilancio e Contabilità delle ASL il Controllo del Budget) e da Regione Lazio (con il controllo del Bilancio aziendale e controlli si Sistema Pagamenti sugli importi liquidati), azzerano il rischio di “omissione di controlli”

Del pari, la normativa sui pagamenti (DCA 247/2019) che prevede la liquidazione delle fatture a 30 gg e le attività poste in essere da Regione Lazio (con i Report periodici sulla Riduzione dello Stock di Debito) e da ASL (con gli obiettivi di Performance), azzerano il rischio “Rallentamento o accelerazione flussi liquidatori”

Liquidazione importo dovuto o eventuale richiesta nota di credito e invio (tramite sistema) del dato alla Regione per il pagamento	UOC B CEP				
Recupero finanziario dall'esito dei controlli per importi comunicato dalla Regione	UOC B CEP	Omesso recupero		BASSO	Esiste una procedura interna per il corretto svolgimento dell'attività

DISTRETTI

Presa in carico, inserimento e rinnovo del progetto terapeutico finalizzato all'erogazione di prestazioni assistenziali, riabilitative, di assistenza psichiatrica e/o socio-sanitaria presso strutture residenziali e semiresidenziali accreditate (ex art. 26) (intra ed extra regionali) di pazienti in età evolutiva (0-18 anni)

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DEI RAPPORTI CON I PRIVATI ACCREDITATI				
PROCESSO	PRESA IN CARICO, INSERIMENTO E RINNOVO DEL PROGETTO TERAPEUTICO FINALIZZATO ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI, RIABILITATIVE, DI ASSISTENZA PSICHIATRICA E/O SOCIO-SANITARIA PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ACCREDITATE (EX ART. 26) (INTRA ED EXTRA REGIONALI) DI PAZIENTI IN ETÀ EVOLUTIVA (0-18 ANNI)				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Accettazione richiesta presa in carico del paziente	Avvio /rinnovo progetto terapeutico	DCA 39/2012		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività finalizzate all'inserimento di inserire pazienti (minori o adulti) presso strutture private accreditate e/o rinnovo del progetto terapeutico				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) / DSM				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
<u>In caso di nuovo progetto terapeutico:</u>					
Accettazione richiesta e presa in carico di un nuovo paziente	Segreteria UOC/UOS di competenza del Distretto/DSM			BASSO	
Svolgimento della visita specialistica finalizzata alla definizione della diagnosi	Equipe di presa in carico distrettuale			BASSO	
Eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici	Equipe di presa in carico distrettuale e Medico specialista			BASSO	

Formulazione diagnosi clinica e progetto terapeutico per il paziente da inserire in cartella clinica.	Case-manager ed equipe	Eccessivo ricorso alle terapie		BASSO	
Inserimento in lista d'attesa unica aziendale per riabilitazione	Case-manager ed equipe	Tempi di attesa lunghi Offerta non in linea con il fabbisogno Eccessivo ricorso a terapia	Pressioni esterne dalle famiglia/tutori	BASSO	MISURA ESISTENTE: Lista d'attesa unica costruita con criteri di priorità
Scorrimento della lista d'attesa in funzione dei posti che si rendono disponibili nella struttura accreditata	Distretto e Struttura accreditata	Pressioni da parte dei genitori per la modifica dei punteggi dei criteri		BASSO	Tracciato in cartella clinica
Inserimento in struttura del paziente	Distretto e Struttura accreditata			BASSO	
Regolare svolgimento del servizio (progetto relativo a: prestazioni assistenziali, riabilitative, assistenza psichiatrica e/o socio-sanitaria)	Struttura accreditata			BASSO	
Verifica presenze e relativa fatturazione	Distretto			BASSO	
In caso di rinnovo del progetto terapeutico:					
Predisposizione ed invio di una relazione dettagliata in cui viene evidenziato il	Struttura accreditata			BASSO	

progresso del paziente e l'esigenza di prosecuzione della terapia					
Esame della relazione e contestuale visita specialistica del paziente	Equipe				BASSO
Rinnovo del progetto: <ul style="list-style-type: none"> - 6 mesi per disturbi settoriali - 12 mesi per disturbi globali oppure Uscita dal percorso riabilitativo ai sensi del Decreto Regionale 101	Case- manager				BASSO

Presa in carico ed inserimento, per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria da privato di pazienti in età evolutiva (0-18 anni) e minori o adulti con disabilità gravi e/o complesse e/o con disturbi psicopatologici, in presenza anche di difficili situazioni familiari;

Interventi individualizzati (es. compagno adulto o simile)

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DEI RAPPORTI CON I PRIVATI AUTORIZZATI				
PROCESSO	PRESA IN CARICO ED INSERIMENTO, PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE A RILEVANZA SANITARIA DA PRIVATO DI PAZIENTI: <ul style="list-style-type: none"> - IN ETÀ EVOLUTIVA (0-18 ANNI); - MINORI O ADULTI CON DISABILITÀ GRAVI E/O COMPLESSE E/O CON DISTURBI PSICOPATOLOGICI, IN PRESENZA ANCHE DI DIFFICILI SITUAZIONI FAMILIARI; INTERVENTI INDIVIDUALIZZATI (ES. COMPAGNO ADULTO O SIMILE)				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Accettazione richiesta presa in carico del paziente	Avvio progetto terapeutico			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività finalizzate ad inserire pazienti (minori) presso strutture private previa stesura di progetto terapeutico.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) DSM SERD				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Accettazione richiesta presa in carico del paziente	Segreteria UOC/UOS di competenza del Distretto/DSM			BASSA	
Definizione del progetto di trattamento	Case-manager ed equipe	Per problemi psicologici discrezionalità più		MEDIA	Criteria di comportamento su richieste (Vademecum –

assistenziale/riabilitativo e invio alla struttura		elevata nella scelta della struttura			regole di comportamento per indirizzamento psichiatri- da segnalare ai direttori di Distretto) Definizione di un avviso/manifestazione di interesse, finalizzato alla individuazione di un elenco di strutture che possono erogare pacchetti riabilitativi all'interno dei progetti terapeutici ai costi e tempi stabiliti dalla ASL
Verifica decreti autorizzativi/accreditamento struttura	Segreteria UOC/UOS di competenza del Distretto/DSM	Possibile connivenza tra operatori dei servizi periferici e strutture		BASSA	Verifica dei costi delle strutture per l'individuazione di quelle con costi troppo elevati e contestuale interruzione dei rapporti con le strutture eccessivamente costose
Verifica appropriatezza e nullaosta Direttore UOC di afferenza	Direttore UOC di afferenza			BASSA	
Verifica eventuali compartecipazioni (verifica svolta di concerto con il Municipio) alla spesa	Segreteria UOC/UOS di competenza del Distretto/DSM			BASSA	La prima verifica è espletata dalla UOSD Servizio Territoriale. Dopo la prima verifica, segue il controllo del Municipio senza il cui controllo, salvo emergenze,

					non vi è il nulla osta definitivo della UOSD.
Invio nota protocollata all'ente gestore da parte della UOC/UOS di competenza del Distretto contenente l'indicazione di: <ul style="list-style-type: none"> - Autorizzazione all'inserimento - Accordi tariffari - Modalità di attestazione del servizio e di fatturazione 	UOC Percorsi per la Cronicità			MEDIA	Accordo a seguito della manifestazione di interesse come da misura di cui alla riga 2
Nulla osta e contratto con ente gestore (inviato e restituito controfirmato dall'ente)	Equipe/Ente gestore			BASSO	
Regolare svolgimento del servizio (progetto relativo a: prestazioni assistenziali, riabilitative, assistenza psichiatrica e/o socio-sanitaria)	Centro di riferimento			BASSO	Monitoraggio andamento progetto: relativamente alla parte esecutiva, il monitoraggio è svolto dal DEC; segue poi il monitoraggio del CCS su correttezza budget (per tutta la durata del processo) Verifica resoconto presenze mensili
Richiesta di pagamento dell'Ente e trasmissione fattura	Direzione			BASSO	

Emissione fattura	Ente gestore			BASSO	
Pre-liquidazione	Direzione			BASSO	
Liquidazione	DAT			BASSO	
Pagamento	Regione Lazio			BASSO	

Progetto terapeutico - presa in carico ed inserimento di pazienti adulti per l'erogazione di assistenza psichiatrica e/o socio-sanitaria presso strutture residenziali accreditate (intra ed extra regionali)

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DEI RAPPORTI CON I PRIVATI ACCREDITATI				
PROCESSO	PROGETTO TERAPEUTICO - PRESA IN CARICO ED INSERIMENTO DI PAZIENTI ADULTI PER L'EROGAZIONE DI ASSISTENZA PSICHIATRICA E/O SOCIO-SANITARIA PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE (INTRA ED EXTRA REGIONALI)				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Richiesta inserimento in struttura del paziente	Ammissione paziente in struttura	La modalità di accesso alla struttura varia a seconda che si tratti di ospedalizzazione, "Strutture regionali residenziali" o di "Strutture extra-regionali".		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta di tutte le attività funzionali ad inserire un paziente adulto con problemi psichiatrici all'interno di strutture specializzate.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dipartimento di Salute Mentale				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Accesso mediante: - ospedalizzazione successiva ad una crisi/urgenza; - tramite CSM (Centro di Salute Mentale) - PUA	INFERMIERE o paziente o familiari del paziente - AO			BASSO	
Visite volte ad effettuare la diagnosi	Equipe			BASSO	

Definizione del progetto terapeutico con contestuale identificazione della tipologia di struttura più adeguata	Equipe			BASSO	
<u>In caso di strutture regionali residenziali accreditate:</u>					
Individuazione della/delle tipologie di strutture ritenute più adeguate al caso specifico	Equipe competente			BASSO	
Consultazione dell'UVM (Unità Valutativa Multidisciplinare) per richiedere l' idoneità sulla tipologia di struttura	Equipe competente			BASSO	
Parere vincolante sulla richiesta di inserimento per tipologia struttura	UVM			BASSO	
Identificazione delle strutture idonee ai fini dell'inserimento nelle specifiche liste d'attesa	Equipe + paziente + famiglia paziente				
Inserimento ² del paziente in lista di attesa della struttura	Strutture scelte			BASSO	
Ammissione ³ del paziente in struttura ed erogazione del servizio	Struttura scelta			BASSO	

² In base ad ordine cronologico delle istanze

³ Mediante specifica impegnativa "rossa" e con definizione del budget (a carico dell'ASL) dedicato

<p><u>In caso di strutture extra-regionali:</u></p> <p>Richiesta formulata dal paziente al Responsabile di Dipartimento per l'inserimento in struttura</p>	<p>Medico curante e responsabile UOC – DSM Distretti: equipe</p>	<p>Rapporto diretto con il privato accreditato (o autorizzazione al funzionamento)</p>		<p>BASSO</p>	
<p>Stipulazione contratto alla comunità ed erogazione del servizio</p>	<p>Direttore di Dipartimento</p>			<p>BASSO</p>	

Progetto terapeutico – erogazione provvidenze economiche

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO				
PROCESSO	PROGETTO TERAPEUTICO – EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Proposta dell'equipe curante anche su richiesta del paziente che può usufruire del sussidio	Erogazione del sussidio	Il sussidio in questione è derivante sia da un budget stabilito da Roma Capitale sia da una quota integrativa stanziata direttamente dalla ASL Roma 1. Ha una durata variabile, può andare dai 50 agli 800 EURO MENSILI		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività funzionali ad approvare e fornire un sussidio economico diretto ai pazienti (inclusi i tirocini inclusione sociale) che sono seguiti dal "Dipartimento di Salute Mentale"				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	DSM				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Proposta del progetto (sussidio/tirocinio) in favore del paziente anche su sua richiesta.	Equipe curante	Favorire un paziente al posto di un altro	Eccessiva discrezionalità	BASSA	
Compilazione di una duplice relazione: -relazione sociale; -relazione clinica.	Equipe curante			BASSO	
Presentazione relazioni ad apposita Commissione (Commissione Provvidenze).	Equipe curante			BASSO	

Discussione del caso, controllo e verifica documentazione e relazioni, eventuali richieste aggiuntive all'equipe curante	Commissione Provvidenze			BASSO	
Approvazione, diniego o richiesta d'integrazione della documentazione della proposta di progetto.	Commissione Provvidenze			BASSO	
Redazione del verbale con l'elenco dei nominativi dei pazienti	Commissione Provvidenze			BASSO	
Compilazione del modulo (previsto da UOC Bilancio) con i dati dei pazienti/affidatari ai quali è stato approvato il progetto, con l'entità del sussidio/rimborso (in caso di tirocinio)	UFD Provvidenze Economiche DSM	Cifra errata		BASSO	controllo incrociato con ragioneria Valutazione della possibilità di effettuare la rotazione dei funzionari incaricati dello svolgimento dell'attività
Redazione mensile della determina alla quale viene allegato il modulo dei pazienti ai quali corrispondere il sussidio (allegato anche verbale commissione)	Direttore DSM			BASSO	
Emissione mandato pagamento	UOC Bilancio	Errata destinazione		BASSO	Controllo incrociato con UFD
Riscossione del sussidio/rimborso.	Paziente				

Progetti personalizzati - Disabili Adulti

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO				
PROCESSO	PROGETTI PERSONALIZZATI - DISABILI ADULTI				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Proposta del paziente per l'avvio di un progetto personalizzato	Approvazione o diniego progetto formativo	Tali progetti sono finanziati mediante fondi aziendali/regionali		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività finalizzate a garantire ai pazienti con disabilità progetti personalizzati finalizzati all'inclusione sociale e/o lavorativa e al raggiungimento del miglior benessere psicofisico				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Percorsi per cronicità/UOSD Residenzialità e Sostegno all'abitare				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Proposta del paziente per l'avvio di un progetto personalizzato.	Equipe multidisciplinare			Basso	Definizione e condivisione di una nuova procedura entro 31/12
Presentazione documenti necessari per l'avvio del progetto personalizzato.	Paziente o delegato dello stesso			Basso	Definizione dei criteri di scelta con eventuale possibilità di creazione lista di attesa (da inserire all'interno della procedura)
Controllo e verifica documenti	Assistente sociale dell'equipe multidisciplinare			basso	Misura esistente: la decisione è presa in equipe e dal Nucleo Centrale per la valutazione domande
Approvazione o diniego progetto formativo.	Equipe multidisciplinare				

Buoni celiachia

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO CON EFFETTO ECONOMICO				
PROCESSO	BUONI CELIACHIA				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Richiesta del paziente (in possesso dell'esenzione)	Buono rilasciato	Si segnala che, a seguito di episodi di frode della precedente gestione con i buoni cartacei, la procedura è, oggi, informatizzata tramite l'utilizzo della Tessera Sanitaria		
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Distretto – UOC Analisi dei Bisogni				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Il paziente presenta il Certificato del Centro di riferimento con il Codice della patologia	Paziente o delegato	Omissione di controllo	Mancanza di controlli	BASSA	Informatizzazione della ricetta a livello Regionale tramite Tessera Sanitaria
Ricezione del certificato e verifiche: 1) Della identità del soggetto che presenta l'istanza; 2) Della documentazione per il rilascio dell'esenzione; 3) Della documentazione per il rilascio dell'esenzione	Distretto – UOC Analisi dei Bisogni	Omissione di controllo Mancata verifica dei requisiti volta a favorire un soggetto		BASSA	PROCEDURA UNICA PER TUTTI I DISTRETTI: MODALITA' DI CONTROLLO
Rilascio del Codice Celiachia (codice numerico che abbinato alla tessera)	Distretto – UOC Analisi dei Bisogni			BASSA	

sanitaria permette di usufruire dei buoni spesa mensili elettronici).					
Ritiro prodotti presso farmacie o punti vendita convenzionati mediante esibizione di tessera sanitaria e digitando il "codice celiachia" rilasciato	Paziente				BASSA
Verifica e validazione (con cadenza mensile) dei prodotti erogati da farmacie e punti vendita convenzionati	UOSD Farmaceutica Convenzionata				BASSA Utilizzo di una piattaforma informatica regionale che effettua un controllo in automatico di tutte le transazioni registrate con individuazione di errori (riconciliazione)
Controllo sul flusso di rendicontazione mensile di tutti i punti vendita presenti in piattaforma (per la valutazione degli errori rispetto al validato)	UOSD Farmaceutica Convenzionata	Omissione di controlli in sede validazione rispetto agli errori sulle transazioni registrate in piattaforma			BASSA
- <u>Per i punti vendita convenzionati:</u> Comunicazione mensile alla ASL Capofila (ASL ROMA 2) degli importi validati da liquidare	UOSD Farmaceutica Convenzionata				BASSA

- <u>Per le farmacie convenzionate:</u> inserimento in DCR degli importi validati da liquidare					
Rimborso del buono agli esercenti	ASL ROMA 2				

Retribuzioni variabili dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	RETRIBUZIONI VARIABILI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS)				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Richiesta del medico	Erogazione del compenso			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Vengono riportate le variabili/prestazioni aggiuntive considerate per possibili variazioni della retribuzione del medico di base.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Distretto – UOC Analisi				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Tipologie di attività che danno diritto a retribuzione aggiuntiva e relativa esposizione al rischio:					
<u>Bilanci di salute</u> : visite di pediatri ai proprio assistiti in specifici periodi della vita (invia ad ASL rendiconto con autocertificazione con data nascita bambino)	PLS	Attestazione visite non svolte		MEDIO	Controllo: Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo
<u>Prestazioni di particolare impegno (PPIP)</u> : prestazioni aggiuntive svolte al di fuori dello studio medico o in ambulatorio, per tali prestazioni è lo stesso medico di base che si autocertifica	MMG/PLS	Non controllabili, autocertificazione di visite non svolte (false dichiarazioni, è successo)		ALTO	Controllo: Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo
<u>ADP-ADI</u> (tramite PAI che stabilisce la frequenza): visite funzionali a verificare lo stato di salute del paziente tramite il servizio di assistenza domiciliare	MMG/PLS	Autorizzazione in assenza di necessità/omissione di controllo		BASSO	Controllo: Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo

RSA (Residenza Sanitaria Assistita)-SIRA (SISTEMA INFORMATIVO PER REGISTRAZIONE PAGAMENTI)	MMG	Autorizzazione in assenza di necessità/omissione di controllo		BASSO	Controllo: Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo
<u>Campagna vaccinale antinfluenzale:</u> il medico usufruisce della variazione di retribuzione in relazione ai vaccini somministrati	MMG/PLS	Autorizzazione in assenza di necessità/omissione di controllo		BASSO <i>(l'esposizione al rischio è bassa in quanto i dati utili alla remunerazione vengono comunicati dalla Regione Lazio)</i>	
<u>Campagna vaccinale antipneumococco</u>	MMG/PLS	Autorizzazione in assenza di necessità/omissione di controllo		BASSO	
<u>Ondate di calore:</u> nel periodo compreso tra il 1 Giugno e il 15 Settembre per le giornate particolarmente calde, stabilite da bollettino, il medico può svolgere visite per tutelare il benessere del paziente dall'eccessivo caldo, per tali prestazioni è lo stesso medico di base che si autocertifica	MMG	Autorizzazione in assenza di necessità/omissione di controllo		BASSO	Controllo: Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo
<u>Ambulatorio cure primarie (adulti + pediatrico):</u> svolgimento attività medica durante il sabato e la domenica, è richiesta la firma su apposito documento del medico e del personale infermieristico, tale documento viene poi spedito al Distretto per la verifica	MMG/PLS			BASSO	
<u>Comitati e commissioni:</u> partecipazione a comitati o commissioni pagati a presenza	MMG/PLS Con nomina elettiva, nomina da parte delle			BASSO	

	OO.SS, nomina del Direttore del Distretto				
Formazione medicina generale: svolgimento di attività di docenza e/o tutoraggio	MMG			BASSO	
Sostituzioni per rappresentanze sindacali	MMG/PLS			BASSO	
Attività di controllo previste per l'erogazione del compenso					
Segnalazione sul foglio paga delle variabili funzionali alla variazione della retribuzione.	MMG/PLS				
Verifica delle autodichiarazioni/Registrazioni	Distretto			BASSO	
Pagamento	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione			BASSO	(si veda anche processo "Elaborazioni stipendiali")

Recupero del credito e verifica delle esenzioni

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO				
PROCESSO	RECUPERO DEL CREDITO E VERIFICA DELLE ESENZIONI				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Richiesta credenziali per accesso al portale Tessera Sanitaria e Portale Applicativo del Comune di Roma	In caso di mancato pagamento: trasmissione atti alla UOC AAGG – Servizio Contenzioso	Richiesta credenziali; Avviso bonario, sollecito e registrazione pagamenti; Ricorsi; Diffida e messa in mora		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività funzionali alla verifica dell'esenzione dal pagamento di prestazioni o farmaci per alcune categorie di pazienti. Viene riportato anche il procedimento relativo al recupero crediti da parte dell'Azienda Sanitaria Locale.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	DAT				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Creazione database – piattaforma regionale Retic 2	Regione Lazio				
Predisposizione avvisi bonari a titolo di primo sollecito, contenente il motivo della contestazione, l'importo, le modalità di pagamento, la causale, il termine da adempiere.	Regione Lazio				
Invio dell'avviso bonario	Regione Lazio				

Trasmissione elenchi degli avvisi inviati per verifica dell'avvenuto pagamento.	Regione Lazio				
Verifica e trasmissione elenchi dei pagamenti effettuati.	Regione Lazio				
Registrazione pagamenti e/o ricorsi effettuati sul database aziendale.	Regione Lazio				
Invio secondo sollecito in caso di non pagamento.	Regione Lazio				
Ricezione eventuali ricorsi	UOC Direzione Amministrativa Territoriale			BASSA	
Esame dei ricorsi.	UOC Direzione Amministrativa Territoriale			BASSA	
Accoglimento o rigetto dei ricorsi.	UOC Direzione Amministrativa Territoriale			BASSA	
Per i soggetti ai quali è rigettato il ricorso: Invio diffida e messa in mora	UOC Direzione Amministrativa Territoriale			BASSA	
Trasmissione elenchi diffide inviate per verifica del pagamento effettuato.	UOC Direzione Amministrativa Territoriale			BASSA	
Verifica e trasmissione elenchi dei pagamenti effettuati.	UOC Bilancio e Contabilità			BASSA	

Accesso allo sportello

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO				
PROCESSO	ACCESSO ALLO SPORTELLO				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Presentazione allo sportello della documentazione richiesta per il servizio di cui si vuole usufruire	Fornitura del servizio richiesto	<p>A titolo esemplificativo si riportano alcuni servizi di cui l'utente che accede allo sportello può usufruire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - registrazione a sistema per esenzione ticket; - emissione tessera sanitaria "temporanea"; - scelta del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS); - iscrizione temporanea ad un Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS); - al di fuori del proprio Comune di residenza per motivi di studio e/o lavoro; - prenotazioni visite; - servizi di cassa. 		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività funzionali al paziente a richiedere un servizio mediante sportello dell'ASL.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	U.O.C Direzione Amministrativa Territoriale				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ricezione della documentazione presentata per il servizio richiesto dal paziente	Operatori di sportello	Favorire un medico di base rispetto ad altri		BASSO	<p>Codice di comportamento</p> <p>Rotazione operatori</p>

					Incontri di sensibilizzazione (gruppo medicina di base)
--	--	--	--	--	---

Assistenza domiciliare

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DEI RAPPORTI CON I PRIVATI ACCREDITATI				
PROCESSO	ASSISTENZA DOMICILIARE				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Segnalazione del paziente dall'ospedale da parte del paziente stesso, dal familiare o dal Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS);	Svolgimento attività domiciliare			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta di tutte le attività funzionali a fornire al paziente l'assistenza domiciliare.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	CAD UOC Percorsi				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Segnalazione del paziente all'ASL.	Paziente, familiare, medico o ospedale				
Ricezione della segnalazione	Azienda Sanitaria Locale	Pressioni anche dal paziente per avere prestazioni in più Prestazioni appropriate		ALTO (Discrezionalità alta sui trattamenti riabilitativi)	REGOLAMENTO APPROVATO Definire criteri per fisioterapia con direttori distretti e plenaria
Verifica, tramite visita o valutazione infermieristica, delle	Personale CAD	Prestazioni non appropriate	Competenze inadeguate	ALTO (Discrezionalità alta)	Misura esistente: Definizione di criteri interni

condizioni del paziente in ospedale o a domicilio per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare		Pressioni da parte dei familiari		sui trattamenti riabilitativi)	Da febbraio 2022 utilizzo della valutazione Home care (scheda regionale su sistema informativo SIATeSS)
Definizione del PAI ⁴ (Progetto Assistenziale Individuale) specifico del paziente in cui vengono riportati: - necessità del paziente; - trattamenti specifici; - n° di giorni per l'assistenza domiciliare; - individuazione della necessità di eventuale materiale di protesica.	Personale CAD eventualmente in collaborazione Personale ospedaliero e/o medico di medicina generale	Definizione di un PAI "gonfiato" – per aumentare tempi in favore dell'erogatore esterno Indirizzare verso un ausilio specifico e/o verso un erogatore specifico	Pressioni esterne dei centri	BASSO (Discrezionalità elevata ma necessaria)	Misura: Lettera in cui si esplicitano al paziente le nuove modalità di scelta dell'erogatore Scheda di valutazione del paziente tramite l'utilizzo di SCALE INTERNAZIONALI che va inserito nel sistema CONTROLLI INCROCIATI PAI SU DISTRETTI Gara per costruire scheda per valutazione PAI Da febbraio 2022 utilizzo della valutazione Home care (scheda regionale su sistema informativo SIATeSS)
Invio telematico del PAI all'azienda accreditata che si occupa di svolgere l'attività di	Personale CAD			BASSO	NEL SIAT Sistema informativo di invio agli erogatori del PAI

⁴ Il PAI è definito di concerto con i familiari del paziente.

assistenza domiciliare tramite SIAT (regionale)					(regionale) verifica e monitoraggio
Scelta del soggetto erogatore della prestazione ⁵	Paziente				MODULO CONSENSO E SCELTA DELL'EROGATORE
Trasmissione del PAI al soggetto erogatore prescelto dal paziente	Personale CAD			BASSA	
Assegnazione dell'operatore	Soggetto accreditato	Criteri di scelta dell'operatore Assegnazione discrezionale dell'operatore al paziente	Mancato svolgimento della prestazione		
Svolgimento attività domiciliare	Operatore del fornitore/soggetto accreditato	Mancato svolgimento della prestazione			
Verifica del distretto	Direttore della UOC percorsi del Distretto	Omissione di controlli Corretta percezione delle variazioni del PAI Frequenza dei controlli Pressioni da parte della società per aumentare PAI Controllo PAI Mancanza di controlli Aumento servizi su impulso del centro Modifica PAI su segnalazione		ALTO	Misura: Monitoraggio sul sistema informativo delle prestazioni erogate. Ridotta durata dei PAI per rivalutazione programmata/dimissione
Rendicontazione e liquidazione delle fatture emesse dai soggetti	GRUPPO ORDINI E PRE-LIQUIDAZIONE (IN			BASSO	Misura:

⁵ La scelta del soggetto erogatore avviene tramite apposito modulo/lista fornito dall'Azienda.

<p>erogatori delle prestazioni. In particolare:</p> <p>A fronte del servizio erogato, si procede con l'ordine e l'abbinamento delle fatture emesse dai soggetti erogatori⁶</p>	<p>SUPPORTO al centro controllore di spesa – distretto 13</p>				<p>Segregazione delle funzioni</p> <p>Tracciabilità del sistema</p> <p>Procedura uguale per tutti e rigida (es, non si accettano integrazione ex post nei fogli firma) – fine 2020</p> <p>Studio fattibilità introduzione disposizione elettronico/strumenti di controllo - 2021</p>
<p>I Distretti, con cadenza mensile, verificano⁷ la regolare esecuzione del servizio erogato e rilasciano formale attestazione</p>	<p>Distretti</p>			<p>BASSO</p>	
<p>Pagamento a titolo di acconto dell'importo pari al 95% della somma in fattura</p>	<p>Distretti/Gruppo Ordini/Personale CAD</p>			<p>BASSO</p>	
<p>Calcolo trimestrale del conguaglio del 5% delle prestazioni non ancora fatturate</p>	<p>Distretti/Gruppo Ordini/Personale CAD</p>			<p>BASSO</p>	

⁶ L'abbinamento è effettuato sulla base dei rendiconti trasmessi dai soggetti erogatori, nei quali vengono attestati anche elementi idonei a giustificare eventuali variazioni, previa revisione del PAI, dalla tariffa relativa al servizio erogato (ad es., a seconda del numero di accessi).

⁷ Le verifiche possono essere espletate mediante relazioni, tramite SIAT e tramite fogli firma, oppure anche mediante "verifica diretta" (visita in corso d'opera dei risultati/progressi conseguiti dal paziente).

Fornitura protesica

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO				
PROCESSO	FORNITURA PROTESICA				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Prescrizione di medico specialista di struttura pubblica dell'ausilio protesico	Liquidazione totale fattura			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività funzionali alla fornitura di ausili protesici al paziente.				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Direttore Distretto 1				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Prescrizione di medico specialista di struttura pubblica (o accreditato) di ausilio protesico	medico specialista di struttura pubblica (o accreditato)	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione non conforme al nomenclatore - Connivenza con Ditta per individuare aggiuntivi eccessivi 	Pressioni	ALTA	Misura Presenza di specialisti fisiatri nei servizi di assistenza protesica che possano valutare la congruità delle prescrizioni ed eventuale coinvolgimento della Commissione Dispositivi Medici
Presentazione prescrizione e relativi documenti all'Ufficio	Paziente o delegato dello stesso	Non viene protocollata (comunque			Misura proposta

Ausili e Protesi del Distretto di residenza.		inserimento su SANPRO)			Protocollo informatico associato a san pro oppure protocollo ai distretti
Verifica della documentazione	Operatore dell'Ufficio			BASSA	
Valutazione della congruità amministrativa e medica della richiesta	Operatore e Medico	Amministrativo manda avanti anche qualcuno senza diritto (es. omette l'assenza di un documento)		BASSA	Misura Doppio controllo (amministrativo/medico) su aventi diritto
Operatore verifica la disponibilità presso il magazzino riciclo	Operatore			BASSA	
In caso di non disponibilità da magazzino l'operatore inserisce in SANPRO	operatore			BASSA	
Autorizzazione su SANPRO	MEDICO	Favorire fornitori	pressioni	ALTA	Misura Ridotti tempi di attesa per le autorizzazioni Scelta del fornitore da parte del paziente (acquisizione del preventivo di spesa)
Ritiro del presidio	PAZIENTE	Presidio non coerente		MEDIA	Misura proposta Prevedere l'obbligatorietà del collaudo
Emissione fattura degli ausili	Azienda sanitaria ausili				

Collaudo	MEDICO	Mancato collaudo		MEDIA	Misura proposta verifica stato attuazione decreto, problemi sull'attuazione omogeneizzazione della procedura
Verifica documentale	Azienda Sanitaria Locale			BASSA	
Ordine e pre-liquidazione fattura con verifica della documentazione a supporto	Distretti	Omissione di controllo		MEDIA	Misura proposta Collegare SanPro con sistema pagamenti
Liquidazione	DAT			BASSA	
Pagamento	BILANCIO			BASSA	

Erogazione rimborsi

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO		
PROCESSO	EROGAZIONE RIMBORSI		
	INPUT	OUTPUT	NOTE
	Richiesta del paziente per l'ottenimento di rimborsi o sussidi economici	Determina di liquidazione del rimborso o del sussidio dopo accertamento della sussistenza del diritto	<p>I rimborsi/sussidi ricompresi in tale procedimento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contributi trasporto dialisi; - rimborsi per pazienti individuati dalla LR 41 del 19/11/2002; - parto a domicilio; - contributi per pazienti con TBC non assicurati INPS; - assistenza transfrontaliera; - rimborsi per pazienti che usufruiscono di prestazioni sanitarie ad alta specializzazione all'estero; - cure climatiche; - rimborsi ai pazienti con danni per errori di trasfusioni e vaccini (MEDICINA LEGALE); - rimborsi per pazienti individuati dal DPR 618 del 31/07/1980. - Contributo modifiche strumenti di guida (invalidi) - Contributi adattamento veicoli (invalidi) - Contributo patologie oncologiche - Contributo parrucche - Bonus celiachia (non prevede determina ma erogazione diretta su tessera sanitaria - Bonus Latte
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività funzionali a fornire al paziente un sostegno economico diretto tramite rimborsi o sussidi		
RESPONSABILE DEL PROCESSO	DISTRETTI		

ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Richiesta del paziente per l'ottenimento di rimborsi o sussidi economici.	Paziente				
Presentazione della documentazione necessaria all'ASL.	Paziente				
Ricezione dell'istanza dal Protocollo informatico	Protocollo (in alcuni casi Distretti e successiva protocollazione)			BASSA	Protocollo informatico in entrata
Verifica documentazione (ISTRUTTORIA)	DISTRETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Accettazione di documentazione contraffatta - Non corretta valutazione della documentazione al fine di favorire un particolare soggetto - Omissione controlli 	<ul style="list-style-type: none"> Carenza di controlli Mancanza di trasparenza Scarsa responsabilizzazione interna Carenza di competenza 	MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> 3 firme Procedura controlli (gruppo di lavori – distretti) Controllo a campione sulle pratiche
Nel caso in cui mancassero dei documenti viene richiesta l'integrazione al paziente.	DISTRETTI			BASSA	
Viene stabilito l'importo del rimborso	DISTRETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione errata del rimborso 		BASSA	Scambio dei distretti (rotazione delle pratiche)

Determina di liquidazione del rimborso	DISTRETTI			BASSA	
--	-----------	--	--	-------	--

AREA AMMINISTRATIVA

Progetti finanziati dall'esterno

AREA DI RISCHIO	RICERCA			
PROCESSO	PROGETTI FINANZIATI DALL'ESTERNO			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Interni: <ul style="list-style-type: none"> - Call for ideas DEP - Attività presenti - DEP Lab Catalogo - DEP Lab scouting bandi Esterni <ul style="list-style-type: none"> - Workshop - Proposte Pubblico/privato Eventi straordinari	Progetto attivato	Ad un generale rischio di conflitto di interessi, il Dipartimento di Epidemiologia ha risposto attraverso una serie di linee guida disciplinanti le modalità e i casi previsti di accoglimento/impossibilità di accoglimento del finanziamento e attraverso azioni di trasparenza	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta di progetti di ricerca che ricevono finanziamenti dall'esterno			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	DIPARTIMENTO DI EPIDEMIOLOGIA – Regione Lazio			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ricognizione, revisione e valutazione delle attività scientifiche del DEP e degli INPUT al fine di identificare nuove aree di ricerca	Regione Lazio			
Proposta delle aree tematiche alla direzione del DEP	Regione Lazio			
Analisi e selezione tematiche	Regione Lazio			
Condivisione tematiche con i referenti istituzionali del DEP (ASL Roma1 e la Regione Lazio	Regione Lazio			

Ricerca di fondi: - Applicazione a bandi pubblici e privati - Call for funding	Regione Lazio			
Selezione del finanziamento	Regione Lazio			
Autorizzazione (laddove prevista) del Comitato Etico di pertinenza dell'Azienda (o anche altri comitati etici in funzione della "ampiezza" ricerca/utilizzo dati interni/esterni liv naz.). Sottoposto protocollo ai soggetti con cui c'è interazione	Regione Lazio			
Stipula della convenzione	Coordinamento della Ricerca (composto dai capi unità del dipartimento) DEP	Perseguimento di interessi, anche indiretti, dei finanziatori esterni.	MEDIA (per effetto delle misure di prevenzione poste in essere)	Previsione nella convenzione di apposita clausola che cristallizza la proprietà intellettuale condivisa tra il Dipartimento e il soggetto finanziatore esterno
Svolgimento dell'attività di ricerca	Regione Lazio			
Pubblicazione dei risultati	Regione Lazio			

Gestione del fabbisogno e del budget assunzionale

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	GESTIONE DEL FABBISOGNO E DEL BUDGET ASSUNZIONALE				
	INPUT	OUTPUT	NOTE		
	Scadenza normativa	Budget approvato			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del momento in cui viene definito il fabbisogno di personale dell'azienda e il relativo budget destinato alle assunzioni				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale				
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Gestione del fabbisogno e del budget assunzionale	Analisi delle carenze della dotazione organica e programmazione strategica	Tutti i Dipartimenti, condiviso con Direzione strategica e inviato per esame a UOC Stato Giuridico del Personale		BASSO	Misure esistenti Verifica atta a definire se vi è coerenza tra le cessazioni e le carenze segnalate. Valutazioni della Direzione rispetto all'attivazione di nuovi servizi.
	Redazione del piano triennale delle assunzioni e del Piano delle Stabilizzazioni	UOC Stato Giuridico del Personale		BASSO	
	Negoziazione del budget con la Regione	Direzione Strategica		BASSO	
	Approvazione	Regione			

Assunzioni e mobilità

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE		
PROCESSO	ASSUNZIONI E MOBILITÀ		
	INPUT	OUTPUT	NOTE
	Piano triennale delle assunzioni, del Piano delle Stabilizzazioni, budget assunzionale	Personale acquisito	<p>L'assunzione delle risorse umane e verifica disponibilità di budget avviene in generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tramite procedure selettive volte all'accertamento della professionalità richiesta, che garantiscano in misura adeguata l'accesso dall'esterno; - mediante avviamento degli iscritti nelle liste di collocamento vigente per le qualifiche e profili per i quali è richiesto il solo requisito della scuola dell'obbligo, facendo salvi gli eventuali ulteriori requisiti per specifiche professionalità. - le assunzioni obbligatorie avvengono per chiamata numerica degli iscritti nelle liste di collocamento, previa verifica della compatibilità della invalidità con le mansioni da svolgere. - chiamata diretta (es. Per il coniuge superstite e per i figli del personale delle Forze armate, delle Forze dell'ordine, etc, nonché delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata) <p>Per quanto riguarda l'avvio del processo di selezione, si rammenta che sono regolate come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Concorso/avviso pubblico: per personale dirigenziale (D.P.R. 483/97) e personale del comparto (D.P.R. 220/2001); – avviso pubblico per il conferimento di incarico di struttura complessa sanitaria medica e non medica: D.P.R. 484/97 – chiamata diretta (solo per le categorie A e B del CCNL); – assunzioni obbligatorie ex L.68/1999 anche tramite convenzione; – avviso di mobilità (art. 30 D.Lgs. 165/2001); <p>procedure di stabilizzazione.</p>

DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui si acquisisce personale all'interno dell'azienda				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale				
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Assunzione risorse umane e verifica disponibilità di budget	Successivamente alla definizione del budget ed alle specifiche autorizzazioni Regionali, la U.O.C. Stato Giuridico del Personale, attraverso l'Ufficio Reclutamento, provvede ad avviare le procedure di reclutamento.	U.O.C. Stato giuridico del Personale		BASSO	
Avvio del processo di selezione	Richiesta alla Regione per lo scorrimento delle graduatorie di concorso pubblico in corso di validità o all'indizione di procedure di mobilità nazionale	U.O.C. Stato giuridico del Personale		BASSO	Misure esistenti Graduatoria Regionale
	In caso di infruttuoso esperimento delle suddette procedure viene disposta a firma della Direzione strategica una proposta di delibera per l'indizione di avviso/concorso e di approvazione del bando previa autorizzazione della Regione Lazio, pubblicato sul	U.O.C. Stato giuridico del Personale Direzione strategica		BASSO	Misure esistenti <ul style="list-style-type: none"> - Definizione di criteri generali ed inclusivi e di quelli specifici in base ai posti da bandire - Definizione di requisiti preferenziali per determinati servizi che devono valorizzare alcune competenze. - Utilizzo di bandi tipo.

	sito aziendale e/o sul B.U.R.L.				
	All'avvenuta scadenza dell'avviso la Direzione Generale provvede alla nomina della Commissione che è formalizzata mediante l'adozione di determina.	Direzione Generale		BASSO	
Espletamento della procedura	Acquisizione candidature cartacee attraverso Ufficio Protocollo	U.O.C. Stato giuridico del Personale		BASSO	
	Nomina della Commissione	DG (su proposta di: - DS - Regione		BASSO	
	Predisposizione della determina di presa d'atto della nomina della Commissione	U.O.C. Stato giuridico del Personale		BASSO	
	Istruttoria delle domande ed alla redazione del provvedimento di ammissione/esclusione dei candidati ed all'espletamento delle relative procedure	U.O.C. Stato giuridico del Personale	valutazione volta a individuare / favorire un candidato particolare	BASSO	Misure esistenti Formalizzazione della motivazione delle esclusioni
	Attività della Commissione per l'espletamento delle procedure di valutazione (etc.)	Commissione	valutazione volta a favorire/sfavorire un candidato particolare	MEDIO	Misure esistenti - Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità - Verifica sul rispetto degli atti e del verbale della Commissione prima dell'invio al DG per la firma

Approvazione atti della procedura e pubblicazione della graduatoria	Al termine della selezione, pubblicazione della graduatoria definitiva e predisposizione della deliberazione a firma della Direzione Strategica contenente l'approvazione degli atti e la nomina del vincitore.	U.O.C. Stato giuridico del personale		BASSO	
---	---	--------------------------------------	--	--------------	--

Inserimento in organico

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	INSERIMENTO IN ORGANICO			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Contrattualizzazione	Fascicolo del dipendente		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del momento in cui, a seguito dell'acquisizione e contrattualizzazione del personale, diventa parte dell'organico dell'azienda			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	U.O.C Stato giuridico del Personale			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Creazione anagrafica dipendente e ordine di servizio (di assegnazione)	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSA	
Consegna del badge aziendale e presa in servizio	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSA	
Costituzione e archivio del fascicolo dipendente e ricostruzione di carriera	U.O.C Stato giuridico del Personale U.O.C. Trattamento economico Alpi e Personale a Convenzione		BASSA	
Attribuzione fasce retributive al personale di comparto	U.O.C Stato giuridico del Personale U.O.C. Trattamento economico Alpi e Personale a Convenzione	Elemento discrezionale in capo al valutatore responsabile (potenziale)	BASSA	

Attribuzioni incarichi Dirigenziali di struttura semplice e incarichi professionali

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	ATTRIBUZIONI INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA SEMPLICE E INCARICHI PROFESSIONALI			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Regolamenti aziendali	Incarico conferito		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui l'azienda conferisce incarichi Dirigenziali di struttura semplice e incarichi professionali			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Redazione di 2 regolamenti: 1. graduazione incarichi dirigenziali 2. modalità di conferimento	Direzione strategica UOC Stato Giuridico del Personale		BASSA	
Definizione della micro-organizzazione – (Disegno degli incarichi dirigenziali di riferimento dentro ogni UO)	Direzione strategica		BASSA	
Provvedimenti di avvio del processo di selezione attraverso l'approvazione di Bando standard	UOC Stato Giuridico del Personale		BASSA	
Redazione e pubblicazione Bandi specifici per macrostrutture	UOC Stato Giuridico del Personale		BASSA	Misure esistenti Regolamento recante i criteri generali
Presentazione dei CV	Dirigenti	CV non veritiero	BASSA	
Valutazione comparativa dei CV per identificare profilo professionale idoneo allo svolgimento ruolo	Direttore struttura	Possibile scelta discrezionale volta a favorire un	MEDIO	Misure esistenti - Trasparenza interna, tramite la pubblicazione

		determinato soggetto		dell'avviso per la selezione degli incarichi; Formalizzazione dell'esito della valutazione comparativa
Proposta alla Direzione Aziendale di conferimento incarico da parte del responsabile della Struttura	Direttore struttura		BASSA	
Valutazione della Direzione Aziendale Delle proposte presentate dai Direttori di struttura	Direzione Aziendale	Possibile scelta discrezionale volta a favorire un determinato soggetto	MEDIO	Misure esistenti - Formalizzazione della motivazione della decisione difforme
Conferimento incarichi	UOC Stato Giuridico del Personale		BASSA	

Attribuzioni incarichi Dirigenziali di struttura complessa (non sanitaria) e semplice dipartimentale – UOSD

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	ATTRIBUZIONI INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA (NON SANITARIA) E SEMPLICE DIPARTIMENTALE - UOSD			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Regolamenti aziendali	Incarico conferito		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui l'azienda conferisce incarichi Dirigenziali di struttura complessa (non sanitaria) e semplice dipartimentale			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Approvazione atto autonomia aziendale (che prevede l'assetto organizzativo aziendale, in cui sono previste le strutture complesse)	Direzione strategica e approvato dalla regione		Bassa	
Redazione di 2 regolamenti 1. graduazione incarichi dirigenziali 2. modalità di conferimento	Direzione strategica UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Avvio delle selezioni per il conferimento degli incarichi (BANDI) sulla base del regolamento di conferimento di incarichi	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Nomina della Commissione	DG		Bassa	
Presentazione delle domande	Candidati		Bassa	
Valutazione comparativa dei CV ed eventuale colloquio	Commissione	Possibile valutazione discrezionale	MEDIA	Misure esistenti - Formalizzazione dell'esito della

				valutazione comparativa
Proposta alla Direzione Aziendale di conferimento incarico da parte della Commissione	Commissione		Bassa	
Valutazione da parte della Direzione Aziendale riguardo alle proposte presentate dai Direttori di struttura	Direzione Aziendale	Possibile scelta discrezionale volta a favorire un determinato soggetto	MEDIA	Misure esistenti - Formalizzazione della motivazione della decisione difforme
Conferimento incarichi	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	

Attribuzioni incarichi Dirigenziali di struttura complessa (sanitaria)

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	ATTRIBUZIONI INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA (SANITARIA)			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Regolamenti aziendali	Incarico conferito	Si segnala l'accordo che la Regione Lazio ha fatto con la Guardia di Finanza, al fine di ridurre l'esposizione al rischio in relazione alla Nomina della Commissione	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui l'azienda conferisce incarichi Dirigenziali di struttura complessa (sanitaria)			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	U.O.C Stato giuridico del Personale			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Se l'incarico non è ricoperto, viene richiesta l'autorizzazione alla Regione per poter assegnare l'incarico per la disciplina	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	
Decreto commissariale di indizione avviso pubblico (previa autorizzazione della regione)	Regione		BASSO	
Predisposizione documento da parte della direzione sanitaria indicante i requisiti oggettivi e soggettivi della struttura che verranno inseriti nel bando di concorso	Direzione sanitaria		BASSO	
Una volta ricevuti i requisiti oggettivi e soggettivi (del candidato) della struttura che bandisce la posizione – stesura del BANDO	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	
Predisposizione delibera e invio alla regione	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	

Publicazione del bando BUR + trasmissione e gazzetta ufficiale	Regione			
Ricezione delle domande per il tramite del Protocollo	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	
Convocazione della Guardia di finanza e pubblicizzazione della data di estrazione dei nominativi della commissione (può accedere chiunque)	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	
Nomina commissione attraverso l'estrazione dei nominativi in presenza della Guardia di Finanza. La Commissione si compone di n. 3 componenti estratti (più sostituti), cui si aggiunge, per esprimere la coerenza tra fabbisogno aziendali e valutazioni tecniche della commissione, il Direttore sanitario	DG			Misure esistenti - Accordo tra Regione Lazio e Guardia di Finanza al fine dell'estrazione dei Commissari dall'elenco nazionale dei direttori struttura complessa per disciplina presenti sul territorio nazionale (aggiornato ogni tre mesi dalla regione e che la regione manda al ministero della salute)
Ammissione / esclusione candidati (presa d'atto di nomina commissione)	Determina U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	
Convocazione della commissione	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	
Valutazione titoli	Commissione		BASSO	
Espletamento e valutazione delle prove (solo colloquio)	Commissione	Possibile discrezionalità	MEDIO	Misure esistenti - Utilizzo dei parametri regionali sui punteggi

Valutazione dei candidati e individuazione della terna dei candidati idonei (che hanno un punteggio più elevato)	Commissione + Direttore sanitario		MEDIO	
Trasmissione dei nominativi della terna DG	Commissione		MEDIO	
Colloqui ai 3 candidati e scelta del candidato idoneo.	DG		BASSO	Misure esistenti - Formalizzazione della motivazione (qualora si discostasse dalla graduatoria della commissione)
Predisposizione della lettera formale e invio al vincitore	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	
Stipula del contratto	U.O.C Stato giuridico del Personale		BASSO	

Attribuzioni incarichi di funzione di tipo organizzativo

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	ATTRIBUZIONI INCARICHI DI FUNZIONE DI TIPO ORGANIZZATIVO			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Regolamenti aziendali	Incarico conferito		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui l'azienda conferisce incarichi di funzione di tipo organizzativo			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Individuazione degli incarichi di funzione di tipo organizzativo	Direzione strategica		Bassa	
Redazione di 1 regolamento per conferimento incarichi di funzione	Direzione strategica UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Avvio delle selezioni per il conferimento degli incarichi (BANDI)	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Nomina della Commissione Interna se ci sono le professionalità o esterna	DG		Bassa	
Presentazione delle domande	Candidati		Bassa	
Selezione attraverso CV (criteri) e colloquio	Commissione	Possibile valutazione discrezionale	MEDIO	Misure esistenti - Regolamento recante i criteri guida per la valutazione
Proposta (di uno o più soggetti idonei) alla Direzione Aziendale	Commissione		Bassa	Misure esistenti

di conferimento incarico da parte della Commissione				- Formalizzazione dell'esito della valutazione comparativa
Valutazione e scelta della Direzione Aziendale tra le candidature proposte dalla Commissione	Direzione Aziendale		MEDIA	Misure esistenti - Formalizzazione della motivazione della decisione difforme
Conferimento incarichi	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	

Attribuzioni incarichi di funzione di coordinamento

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	ATTRIBUZIONI INCARICHI DI FUNZIONE DI COORDINAMENTO			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Regolamenti aziendali	Incarico conferito		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui l'azienda conferisce incarichi di funzione di coordinamento			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Individuazione degli incarichi di funzione di coordinamento	Direzione strategica		Bassa	
Redazione di 1 regolamento per conferimento incarichi di funzione	Direzione strategica UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Avvio delle selezioni per il conferimento degli incarichi (BANDI)	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Nomina della Commissione Interna se ci sono le professionalità o esterna	DG		Bassa	
Presentazione delle domande	Candidati		Bassa	
Selezione attraverso CV e Titoli (calcolo punteggio) e colloquio	Commissione	Possibile valutazione discrezionale	MEDIO	Misure esistenti - Formalizzazione del punteggio della valutazione comparativa
Redazione della graduatoria	Commissione		Bassa	

Conferimento incarichi	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
------------------------	--------------------------------------	--	--------------	--

Progressioni verticali

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	PROGRESSIONI VERTICALI			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Regolamenti aziendali	Inquadramento assegnato		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui l'azienda attribuisce le progressioni verticali			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Redazione di 1 regolamento per l'attribuzione delle progressioni verticali	Direzione strategica UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Individuazione del numero di posti e dei profili interessati in funzione del piano triennale	Direzione strategica U.O.C Stato giuridico del Personale	Modifica della % limite del piano per l'assunzione	Bassa	
Avvio delle selezioni per il riconoscimento delle progressioni verticali attraverso l'emanazione di un bando	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	Misure esistenti - Regolamento recante i criteri da seguire
Nomina della Commissione	DG		Bassa	
Presentazione delle domande	Candidati		Bassa	
Selezione attraverso: - Titoli e colloquio	Commissione	Discrezionalità	MEDIA	Misure esistenti - Formalizzazione dell'esito della valutazione comparativa

Definizione della graduatoria	Commissione		Bassa	
Adozione dell'atto e nuovo inquadramento del personale interessato	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	

Progressioni economiche orizzontali

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	PROGRESSIONI ECONOMICHE ORIZZONTALI			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Regolamenti aziendali	Inquadramento assegnato		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui l'azienda attribuisce le progressioni economiche orizzontali			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Redazione di 1 regolamento per l'attribuzione delle progressioni orizzontali previo confronto con i sindacati	Direzione strategica UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Individuazione del numero degli aventi diritto	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	Misure esistenti - Regolamento recante i criteri da seguire
Avvio delle selezioni per il riconoscimento delle progressioni orizzontali	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Selezione sulla base degli atti in possesso dell'amministrazione - Esperienza professionale - Risultato scheda di valorizzazione dell'anno precedente	UOC Stato Giuridico del Personale	Potenziale errata valorizzazione in sede di redazione della scheda di valutazione da parte del Responsabile	Bassa	Misure esistenti - Formalizzazione del punteggio (somma di punteggi derivanti da dati oggettivi) della valutazione comparativa

Definizione della graduatoria	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	
Adozione dell'atto e nuovo inquadramento economico del personale interessato	UOC Stato Giuridico del Personale		Bassa	

Conferimento Incarichi extraistituzionali

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	Conferimento Incarichi extraistituzionali				
	INPUT	OUTPUT		NOTE	
	Istanza dell'interessato	Rilascio autorizzazione o diniego			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Richiesta di autorizzazione incarico extraistituzionale al dirigente dell'ufficio di appartenenza - con richiesta nel modulo: Autocertificazione del professionista: non prendono parte a sperimentazioni per quella ditta farmaceutica/società	Personale				Misure esistenti: <i>Regolamento e Modello dichiarazione</i> L'autocertificazione del professionista deve contenere la dichiarazione di non prendono parte a sperimentazioni per quella ditta farmaceutica/società per cui si richiede l'incarico Controllo documentale 100% per verifica delle anomalie, in caso di anomalie
Verifica compatibilità e conflitto di interesse e rilascio parere (nulla osta contenente informazioni sul tipo di attività, numero di ore, etc)	Dirigente ufficio in cui opera il dipendente	Incarichi di consulenza a Medici presso ditte private/farmaceutiche che fanno sperimentazioni cliniche		MEDIO	CONTROLLO A CAMPIONE SU AUTODICHIARAZIONI

Acquisito il nulla osta, istruttoria relativa alla completezza e ammissibilità della domanda e Rilascio autorizzazione o diniego motivato	UOC Stato Giuridico del Personale				
Adempimenti in materia di anagrafe delle prestazioni e pubblicazione in amministrazione trasparente	UOC Stato Giuridico del Personale				Controllo ex post da GdF su PerlaPA per verifica incarichi non autorizzati ma fatti

Reclutamento - Specialistica ambulatoriale in convenzione

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	RECLUTAMENTO - SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN CONVENZIONE				
	INPUT	OUTPUT		NOTE	
	Vacanza della posizione	Specialista contrattualizzato			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui si reclutano medici specialisti in convenzione all'interno dell'azienda				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Reclutamento degli Specialisti in medicina convenzionata					
Publicazione con richiesta a firma della direzione strategica, delle ore/branca necessarie per garantire i servizi ambulatoriali.	Distretti /UOC interessati Direzione strategica			BASSO	
Procedura per l'individuazione degli specialisti per turni a tempo indeterminato mediante pubblicazione SENZA commissione (pubblicate 4 volte all'anno)	Comitato zonale			BASSO	
Redazione della graduatoria dei richiedenti senza procedura comparativa (valutazione dei soli titoli).	Comitato Zonale			BASSO	

L'Azienda avvia la procedura per l'individuazione degli specialisti per turni a tempo indeterminato mediante pubblicazione CON commissione.	Strutture richiedenti	Criteria troppo specifici (il rischio è in capo a soggetti richiedenti le professionalità in esame)		MEDIO	Segnalazione alla Direzione Aziendale nel caso in cui i criteri non siano conformi
Raccolta delle manifestazioni di interesse per l'individuazione dei candidati.	Comitato zonale			ATTIVITA' NON DI COMPETENZA	
Comunicazione dei 3 componenti della commissione così composta: 2 nominati dal comitato zonale e 1 nominato dall'azienda (dal DS – in genere Direttore UOC/Dipartimento che ha fatto richiesta)	Comitato zonale			BASSO	
Invio della lista all'azienda di coloro i quali hanno manifestato interesse Trasmissione nell'ordine della graduatoria (dei titoli)	Comitato Zonale			ATTIVITA' NON DI COMPETENZA	
L'Azienda svolgerà tutte le procedure di selezione e verifica delle caratteristiche degli aventi diritto tramite la commissione: la	Commissione nominata dalla Direzione Aziendale	Possibile connivenza della UOC con Commissione		MEDIO	Le attività di Segreteria sono svolte a rotazione La prova viene scelta nel giorno in cui i candidati sono convocati

UOC attività di segreteria					Ognuno prepara x domande (es. 5) che poi vengono scelte nel giorno della prova 3 buste estrazione
La commissione redige il verbale finale con la graduatoria definitiva	Commissione	Rischi procedure concorsuali		MEDIO	Attività di controllo della segreteria rispetto a quanto di diretta evidenza. Il rischio è riferibile solo ai componenti della Commissione.
Trasmissione degli esiti della Commissione al Comitato Zonale	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	
Comitato recepisce il verbale, scrive alla ASL e comunica all'azienda la designazione dello specialista al quale conferire l'incarico	Comitato Zonale			BASSA	
L'Azienda adotta il provvedimento (determinazione) di conferimento incarico indeterminato (come sotto) e contestuale comunicazione degli esiti al Comitato Zonale	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	
Reclutamento degli Specialisti a tempo determinato					
Laddove necessario, in caso di assenza per lungo periodo di uno specialista, vi è l'attivazione delle sostituzioni e degli incarichi provvisori (es.	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	Interpellanza della graduatoria degli specialisti di branca Rotazione degli operatori

cessazioni, turni vacanti) su indicazione della Direzione Sanitaria, ricorrendo alle vigenti Graduatorie del Comitato Zonale					
Interpello degli specialisti in base all'ordine delle Graduatorie del Comitato Zonale	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	
Predisposizione del contratto a tempo determinato	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	
Controlli periodici su dichiarazioni di incompatibilità o inammissibilità.	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	
Reclutamento Medici addetti alla Continuità assistenziale					
Segnalazione delle zone carenti, effettuate 2 volte l'anno alla regione Lazio (a marzo e settembre)	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione (a seguito di cessazioni o richieste di attivazione turni da parte della Direzione Strategica)			BASSA	
Individuazione dei titolari nella Continuità Assistenziale (guardia medica) a tempo indeterminato	Regione Lazio			BASSA	
Predisposizione della graduatoria di riferimento dei sostituiti di continuità	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	Criteri stabiliti dalla regione

Assistenziale (con priorità a medici iscritti nella graduatoria regionale ed in base alla Graduatoria aziendale di disponibilità) annualmente (e poi con revisione/integrazione semestrale) all'esito dell'indizione di apposito avviso. Attribuzione dei turni a tempo determinato					Controlli a campione sulle Autodichiarazioni Richiesta alle aziende SSR per verificare esperienza dei singoli ed incompatibilità (richieste alle aziende di certificare l'effettiva esperienza) (TRA AZIENDE DEL SSR)
Reclutamento Medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta					
Comunicazione zone carenti alla regione Lazio	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	
Pubblicazione dell'avviso Individuazione aventi diritto Comunicazione all'azienda	Regione			BASSA	
Affidamento degli incarichi su comunicazione della Regione Lazio; Per i pediatri, provvede ad eventuali sostituzioni nelle more dei predetti conferimenti, su parere del Comitato Aziendale dei PLS in riferimento alla zona carente venutasi a creare, gestendo le procedure selettive per l'interpellanza	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	Graduatorie regionali, zone carenti definite in base alle cessazioni

delle graduatorie regionali vigenti.					
Verifica dichiarazione incompatibilità	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	Richiesta alle aziende SSR per verificare esperienza dei singoli ed incompatibilità (richieste alle aziende di certificare l'effettiva esperienza) (TRA AZIENDE DEL SSR)
Rilevazione presenze, elaborazione cedolini, liquidazioni e rilevazioni contabili					
Per quanto riguarda la rilevazione delle presenze e del servizio, i Medici provvisori non dotati di badge (Specialisti Ambulatoriali a TD e Medici di Medicina dei servizi a TD, Guardia Medica) vengono autorizzati e inviati alla UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	Direttore del Distretto/UOC di afferenza			MEDIO	
Calcolo di quanto dovuto in applicazione degli ACN ed AIR di riferimento ed alla relativa liquidazione tramite cedolino stipendiale.	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	Potrebbe manifestarsi il rischio di gonfiare l'accessorio		MEDIO	Rotazione del personale addetto e accesso di tutto il personale al sistema Identificativo (chi immette i soldi in busta paga è rintracciabile)
Per i Medici di Assistenza Primaria e per i PLS l'elaborazione stipendiale	Distretti			MEDIO	

<p>avviene a livello Regionale sul Sistema in uso nella Regione Lazio (a cura dei competenti uffici del Distretto di afferenza l'inserimento delle competenze accessorie e/o trattenute, nell'ambito dei quali viene, altresì, svolto il controllo relativo agli orari di apertura degli studi convenzionati e gli adempimenti relativi alla scelta/revoca degli assistiti).</p>					
<p>Verifica dei cedolini stipendiali effettuando il controllo sulla corrispondenza dei netti con i file prodotti dal sistema aziendale per Specialisti, Medicina dei servizi e guardia medica ed acquisizione dei file stipendiali dal sistema regionale per la medicina generale e pediatria, provvedendo all'invio del file alla UOC Bilancio e Contabilità per l'invio successivo al Tesoriere.</p>	<p>U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione</p>			<p>BASSO</p>	
<p>In caso di errori - Comunicazione alla UOC Trattamento Economico su eventuali scarti e</p>	<p>UOC Bilancio</p>			<p>BASSO</p>	

periodicamente i file degli storni stipendiali.					
Contatto del personale interessato per fornire gli Iban corretti per la nuova emissione del mandato.	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSO	
Per tutte le categorie in questione avviene la trasmissione mensile con atto formale alla UOC Bilancio del riepilogo del conto terzi a seguito di verifiche dei tracciati. In caso di nuovo beneficiario viene trasmesso alla UOC Bilancio e Contabilità il modulo completo dei dati anagrafici per la creazione del nuovo codice beneficiario.	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	Potrebbe manifestarsi il rischio di non operare trattenute dovute per favorire il personale		BASSO	Attività a rotazione per inserimento trattenute
Pagamento delle imposte sulle retribuzioni relativamente a tutti i versamenti da effettuare con il mod. F24 (imposte, contributi). Verifica della rispondenza tra le trattenute e le imposte per il personale gestito su sistema informatico aziendale ed estrapola i dati relativi alla	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSO	Vi è un sistema automatizzato E compilazione modello F24 unico per tutte le categorie assoggettate

Medicina Generale e Pediatria che poi vengono elaborati unitamente al personale dipendente.					
Trasmissione dati di Ce (trimestralmente alla U.O.C. Bilancio e Contabilità che provvede ad inviarlo alla Regione), rettifica di eventuali disallineamenti (attraverso verifiche con i dati della UOC Bilancio) e rilevazione delle scritture di fine esercizio in contabilità (nel corso dell'anno successivo a quello di riferimento).	U.O.C. Trattamento economico del Personale, ALPI e personale a Convenzione UOC Bilancio				BASSO
Calcolo e liquidazione premio operosità e relativo accantonamento per specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi	U.O.C. Trattamento economico del Personale, ALPI e personale a Convenzione UOC Bilancio				BASSO
Rilascio certificazioni - compilazione e invio all'EMPAM ed agli altri Enti previdenziali di riferimento (ENPAP, ENPAB, ENPAV) dei Certificati storici di servizio, Riscatti e ricongiunzioni.	U.O.C. Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione				BASSO

Acquisizione di professionalità specifiche per progetti di ricerca

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	ACQUISIZIONE DI PROFESSIONALITÀ SPECIFICHE PER PROGETTI DI RICERCA				
	INPUT	OUTPUT			NOTE
	progetto che inizia / progetto in essere (necessità di adeguamento del numero di personale) finanziamento "ad hoc" 50% fisso del totale	Personale acquisito			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo di reclutamento, a tempo determinato, di personale per lo svolgimento di specifiche attività di ricerca del Dipartimento di Epidemiologia				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Direzione del Dipartimento di Epidemiologia				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ricezione finanziamento da Ente diverso dalla ASL Roma 1	DEP (per stesura accordo, determinazione di ratifica, definizione budget, rendicontazione) UOC Bilancio e Contabilità (per incasso ASL, reversale al DEP e liquidazione mandati DEP)	Rischio presente solo se il DEP è contestualmente l'organo di valutazione e colui che presenta il progetto		BASSA	Visione incassi per facilitare pagamenti
Individuazione delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività del progetto (se non messe a disposizione dal "finanziatore")	DEP	Costruzione di un profilo personalizzato		BASSA (anche se alta discrezionalità)	Misura adottata In fase di redazione del Bando si è adottato il criterio di prevedere la più

					ampia platea possibile limitando i criteri al solo titolo di laurea specifica prevista dal bando di ricerca e, solo ove esplicitamente richiesto dagli obiettivi progettuali, una determinata esperienza nel settore di ricerca
Individuato il profilo, predisposizione dell'Avviso	DEP	Costruzione di un profilo personalizzato		BASSA <i>(anche se alta discrezionalità)</i>	Costruzione di un bando con criteri ampi ---
Pubblicazione del Bando per 30 gg (portale internet del DEP, portale aziendale, bacheca aziendale, Università)	DEP	Tempistiche di pubblicazione del bando		BASSA	
Ricezione delle domande (tramite sistemi informativi)	DEP			BASSA	
Nomina Commissione interna - 1 Direttore unità che ospita progetto - 1 Dirigente (responsabile scientifico o già impiegato nell'attività istituzionale o in altra assimilabile)	(Direttore del DEP per convocazione)	Possibilità che in commissione ci possa essere uno dei componenti che abbia contiguità con Università (da cui spesso si attinge)		BASSA	

per macroarea ambientale/clinica/valutativa) - 1 Dirigente afferente alla stessa tipologia professionale - 1 persona della segreteria per il verbale e le procedure amministrative (controllo documenti, firme)					
Valutazione dei CV	Commissione	Possibilità che in commissione ci possa essere uno dei componenti che abbia contiguità con Università (da cui spesso si attinge)		BASSA	
Elenco delle persone ammesse al colloquio	Commissione	Possibilità che in commissione ci possa essere uno dei componenti che abbia contiguità con Università (da cui spesso si attinge)		BASSA	
Convocazione delle persone	DEP	-		BASSA	
Espletamento della procedura di selezione e definizione del punteggio	Commissione	Favorire un candidato (per elementi di cui sopra)		BASSA	Trasparenza del processo (pubblicazione delle domande)

Definizione della Graduatoria	Commissione	Favorire un candidato (per elementi di cui sopra)		BASSA	
Convocazione del vincitore per la sottoscrizione del contratto	DEP			BASSA	
Pubblicazione di una determina del direttore dipartimentale di ricostruzione di tutta la procedura e della graduatoria finale, comprensiva del contratto di collaborazione sottoscritto	DEP			BASSA	
Invio della determina alla UOC Stato Giuridico del Personale e al Trattamento economico per i successivi adempimenti <ul style="list-style-type: none"> - UOC Stato Giuridico del Personale per raccolta dati nuovo assunto - Trattamento economico: emissione busta paga) 	DEP			BASSA	
Creazione di una scheda con tutti i dati del nuovo assunto ai fini dell'espletamento di tutti gli adempimenti amministrativi (visite del Medico del Lavoro, Registrazione dati bancari, raccolta dati per CUD, INAIL)	UOC Stato Giuridico del Personale			BASSA	
Emissione del cedolino	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSA	

Prospetto riepilogativo con i fondi anticipati e individuazione delle voci (dal budget di progetto) per la definizione del rimborso da restituire alla ASL				BASSA	
--	--	--	--	--------------	--

Rilevazione presenze

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	RILEVAZIONE PRESENZE				
	INPUT	OUTPUT			NOTE
	Scadenza mensile	Calcolo effettuato			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Il processo viene svolto ai fini di rilevare la presenza in servizio dei dipendenti dell'Azienda, anche attraverso la gestione dei profili orari, la verifica delle timbrature anomale e il controllo dei cartellini presenze				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Stato Giuridico del Personale				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Creazione, nel Sistema Informativo Aziendale, del profilo giuridico del dipendente, in funzione del contratto (sia CCNL che contrattazione aziendale), contenente: <ul style="list-style-type: none"> - orari, - spettanze, - ferie, - indennità, - buoni pasto, etc; Su richiesta, inserimento aspettative e L.104	UOC Stato Giuridico del Personale, Ufficio Rilevazione Presenze			BASSO	(Misure presenti) Controlli incrociati ex post
Timbratura e/o richiesta di modifica dell'orario di lavoro (richiesta modifica sempre per tramite dirigente)	Personale	Errata timbratura		MEDIO	

Accesso al “portale del dipendente” per verifiche delle timbrature relative alle ore lavorate e acquisizione eventuali giustificativi	UO di assegnazione	Collusione del Dirigente/Coordinatore infermieristico o sanitario con il Dipendente al fine di favorire quest’ultimo		MEDIO	Informativa/sensibilizzazione ai direttori di UOC
Invio (<i>tramite sistema per il personale del comparto non sanitario; per email o cartaceo per il comparto sanitario</i>) alla UOC Stato Giuridico del Personale dei cartellini verificati e dei relativi giustificativi allegati	UOC di assegnazione	Collusione del Dirigente/Coordinatore infermieristico o sanitario con il Dipendente al fine di favorire quest’ultimo		MEDIO	INFORMATIZZAZIONE su liquidazioni straordinario: Applicazione del sistema informativo per il personale sanitario tempi: almeno sperimentazione fine anno? accesso ai report di controllo
Controllo delle timbrature attraverso: - Verifica timbrature anomale - Controlli su giustificativi di assenza per coerenza oraria - Verifica eccedenze orarie	UOC Stato Giuridico del Personale			BASSO	Processo informatizzato che consente di tracciare le modifiche
Modifiche al sistema ai fini della eventuale riconciliazione ore lavorate, autorizzazioni di assenza ed eccedenze orarie e archiviazione dei giustificativi	UOC Stato Giuridico del Personale			BASSO	Processo informatizzato che consente di tracciare le modifiche

Calcolo dei cartellini e storicizzazione e invio al sistema paghe	UOC Stato Giuridico del Personale			BASSO	Processo informatizzato che consente di tracciare le modifiche
---	-----------------------------------	--	--	--------------	---

Elaborazioni stipendiali

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	ELABORAZIONI STIPENDIALI				
	INPUT		OUTPUT		NOTE
	Calcolo del cartellino e storicizzazione		Pagamento effettuato		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Il processo viene svolto ai fini della elaborazione delle competenze mensili per l'elaborazione degli stipendi e delle ritenute contributive e previdenziali				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Completamento del profilo della posizione del dipendente nel sistema informativo aziendale già inserito dalla UOC Stato Giuridico del Personale e determinazione: - delle competenze fisse ed oneri riflessi	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione			BASSA	Segregazione delle funzioni (più persone che svolgono l'attività, consente diversi controlli da parte dei colleghi)
Inserimento dati relativi ad altre competenze accessorie e/o compensi e/o trattenute	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione	Inserimento manuale (non ricorrente) Possibilità di "manomissione" (comunque collegato ad atto autorizzativo)		MEDIA	controllo periodico (in genere) tramite codifiche Rotazione del personale addetto e tracciabilità dell'operatore che

					effettua l'inserimento
Acquisizione dati (da UOC Stato Giuridico) da altre gestioni e verifica relative anomalie (immissione nel sistema paghe)	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione				BASSA Controllo sistema/provvedimenti Modifiche da sistema / tracciabilità Controlli nel passaggio giuridico/economico
Elaborazione, tramite il Sistema Informativo Aziendale, stampa del cedolino di prova	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione				BASSA Utilizzo del sistema informativo, elaborazione automatizzata
Verifica di eventuali anomalie nella valorizzazione e conseguente eventuale modifica delle informazioni del Sistema informativo Aziendale (correzione delle anomalie)	UOC Trattamento Economico del Personale UOC Stato Giuridico del Personale				BASSA Doppio controllo
Per importi > 5.000 euro lordi, effettuazione delle verifiche di cui all'art 48bis co. 1 DPR 602/1973 e s.m.i. (DM 18/1/2008 n. 40)	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione				BASSA Ulteriore controllo
Consolidamento dei cedolini definitivi e storicizzazione dei dati	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione				BASSA Sistema informatizzato

Creazione del file per il pagamento ed invio alla UOC Bilancio	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione			BASSA	Sistema informatizzato
Pubblicazione cartellino e cedolini sul portale del dipendente	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione UOC Stato Giuridico del personale			BASSA	Sistema informatizzato
Predisposizione della lettera e invio file ai fini del pagamento	UOC Bilancio e Contabilità			BASSA	
Pagamento stipendi	Tesoreria			BASSA	
Estrazione complessiva di tutti i dati delle retribuzioni ai fini della corretta contabilizzazione in contabilità generale e analitica	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione			BASSA	Codice estrattore Reportistica automatica
- Contabilizzazione in contabilità generale - analitica	UOC Bilancio Controllo di gestione			BASSA	
Estrazione dei dati ai fini degli adempimenti fiscali (inclusa, annualmente la CU) e del flusso previdenziale - Uniemens	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione			BASSA	
Inserimento degli importi da pagare degli F24-EP sul portale dell'Agenzia delle Entrate	UOC Trattamento Economico ALPI e personale a convenzione			BASSA	
Pagamento automatizzato degli F24-EP	<i>(prelievo diretto dell'Agenzia delle Entrate a seguito degli importi inseriti a sistema)</i>			BASSA	

<p>Rilevazioni contabili di competenza attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la verifica di errori di configurazione, quadratura netti contabili netti cedolino nell'elaborazione della proposta di prima nota; - verifica della corretta acquisizione della prima nota in contabilità e quadratura in fase di regolarizzazione di mandato in uscita e invio alla tesoreria; - verifica della corretta chiusura dei conti di debito verso personale per esercizi precedenti 	<p>UOC Bilancio e Contabilità</p>			<p>BASSA</p>	
---	-----------------------------------	--	--	---------------------	--

Programmazione della formazione

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	PROGRAMMAZIONE FORMAZIONE				
	INPUT	OUTPUT		NOTE	
	Scadenza annuale	Piano annuale della formazione			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività di identificazione dei fabbisogni formativi del personale al fine di sviluppare proposte formative adeguate				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze				
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Analisi del fabbisogno	Definizione dei dossier formativi individuali e di equipe secondo modalità e format stabiliti dalla UOC Formazione	Dirigenti Operatori Rete dei Formatori	Attività volta a favorire/sfavorire un determinato soggetto, garantendogli l'accesso costante ai corsi di formazione o inibendone la partecipazione. Errore nel valutare sviluppo UO	BASSA	Misure esistenti: La creazione dei dossier avviene "a più mani", anche l'interessato può inserire "valutazioni" nel fascicolo Misura proposta: Tra i criteri di valutazione della dirigenza, ricomprendere anche la formazione dei propri collaboratori al fine di garantire l'equità di accesso
	Formulazione di ipotesi progettuali di massima entro il 30 ottobre di ogni anno anche destinate a medici di medicina generale e della continuità assistenziale e ai pediatri di libera scelta nei limiti delle	Dirigenti Direttori Distretti	Errore nel valutare lo sviluppo/ il fabbisogno formativo UO	BASSA	Misure esistenti: Verifica della pertinenza dell'intervento formativo con i fabbisogni (UOC

	risorse, previa analisi e messa a sistema da parte dei capi di dipartimento o distretto		Formulazione dell'ipotesi formativa non in funzione del fabbisogno ma in pensando al docente		formazione e Direzione Aziendale) Misura proposta: Verifica a cura del costituendo organismo paritetico per l'innovazione
	Indicazioni dalla Direzione Aziendale	Direzione Aziendale			
	Esame e istruttoria dei progetti di massima per loro inserimento nel Piano annuale di Formazione secondo i criteri previsti dal Regolamento	UOC Formazione	Favorire / sfavorire qualche struttura attraverso delle pressioni per inserire/eliminare determinati progetti formativi	BASSA	Misure esistenti: Verifica dell'aderenza dei progetti formativi con le priorità aziendali (utilizzo pratico in azienda e fabbisogni legati alle attività dell'azienda) Verifiche trimestrali sullo stato di attuazione del Piano ed eventuali correttivi ed integrazioni
Programmazione dell'offerta formativa	Predisposizione del Piano annuale di Formazione	UOC Formazione		BASSA	
	Adozione del Piano	Direzione Aziendale		BASSA	
	Trasmissione del Piano alla Regione Lazio per l'accreditamento ECM degli eventi formativi e pubblicizzazione (per il momento esclusivamente interna)	UOC Formazione		BASSA	
Monitoraggio	Redazione relazione annuale ed invio a Direzione Aziendale e all'ente accreditante	UOC Formazione		BASSA	

Erogazione della formazione

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE				
	INPUT	OUTPT		NOTE	
	Piano annuale della formazione	Formazione erogata			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta delle attività di progettazione operativa della formazione e della sua erogazione al personale dell'azienda				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze				
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Erogazione della formazione	Progettazione esecutiva dei singoli eventi formativi attraverso la definizione di un programma dettagliato, individuazione dei discenti e individuazione del docente	Responsabile scientifico con il supporto della UOC Formazione e della Rete dei referenti della formazione	Individuazione di un docente non adeguato/o attraverso motivi diversi dalla professionalità	BASSA	Misure proposte: Motivazione della eventuale non accettazione del progetto formativo
	Individuazione dei docenti (tramite avviso o affidamento diretto) e predisposizione lettera di incarico Incarico di docenza con specifica lettera di incarico	Responsabile scientifico corso UOC Formazione	Individuazione di un docente non adeguato/o attraverso motivi diversi dalla professionalità	BASSA	Misure proposte: - Albo docenti online (con il supporto di STI); - Proceduralizzare la selezione dei docenti privilegiando l'individuazione di docenti interni prima di rivolgersi all'esterno
	Verifiche sui docenti (se interno sui limiti orari e se esterno sulla motivazione) e sulla completezza della progettazione esecutiva	UOC Formazione		BASSA	Misura esistente: Acquisizione delle dichiarazioni dei docenti

					anche in merito a rapporti con imprese commerciali di ambito sanitario
	Attivazione dei singoli eventi mediante Determinazione	Direttore UOC Formazione	Attivazione corsi di formazione fuori piano non motivati da reali fabbisogni (es. per favorire un docente)	BASSO	Misura esistente: Delibera motivata dalla sopraggiunta necessità e relativo inserimento nel Piano
	Erogazione dei singoli eventi (compresa gestione presenze, assistenza, etc)	Docenti, eventuali tutor e segreteria organizzativa (UOC Formazione o affidata a terzi)	Firma presenza pur in assenza totale/parziale del discente	BASSO	Misura proposta: Informatizzazione del registro presenze (ad esempio, attraverso timbratura con codice del dipendente); (con il supporto di STI);
Valutazione degli interventi formativi	Compilazione schede di valutazione e di gradimento	Docenti, eventuali tutor e segreteria organizzativa (UOC Formazione o affidata a terzi)			
	Test di apprendimento (o simulazioni, esercitazioni, etc)	Docenti, eventuali tutor e segreteria organizzativa (UOC Formazione o affidata a terzi)	Erogazione ECM/attestato anche a chi non ha effettuato correttamente i test di apprendimento	BASSO	Misura proposta: Integrazione del regolamento per disciplinare meglio la valutazione di fine corso, al fine di specificare tutti i possibili casi di non erogazione ECM, nessuna attestazione di partecipazione al corso; Introdurre test di valutazione più impegnativi (al fine di evitare fenomeni legati a

					possibili assenze/scarsa attenzione) Collegare valutazione performance con valutazione dei corsi di formazione
	Compilazione modello sull'andamento del corso	Responsabile scientifico		BASSO	
	Valutazione di impatto sui corsi di maggiore impatto economico	UOC Formazione		BASSO	

Formazione esterna

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	FORMAZIONE ESTERNA				
	INPUT	OUTPUT		NOTE	
	Richiesta dell'interessato	Rimborso ottenuto o negato			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta di iniziative formative organizzate da altri soggetti, cui i dipendenti della ASL chiedono di ottenere il rimborso delle spese sostenute				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze				
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Istruttoria	Proposta motivata di concorso alle spese sostenute dal personale per la frequenza di iniziative di aggiornamento e formazione esterna (rientranti nella formazione obbligatoria e ore limitate per la formazione facoltativa) ai Direttori di Macroarea	Dirigente della struttura semplice o complessa a cui afferisce il beneficiario	Individuare sempre gli stessi discenti favorendo, di fatto qualcuno a discapito di altri, incrementandone il CV	BASSA	Misure esistenti: rotazione del personale selezionato per la frequenza ai corsi Misura proposta: Migliorare le regole di selezione introducendo criteri di merito collegati alla valutazione della performance
	Invio della proposta di rimborso su apposito modulo alla UOC Formazione	Direttori di Macroarea		BASSA	
	Invio all'UOC Formazione dell'attestato di frequenza e distinta analitica delle spese sostenute	Beneficiario		BASSA	
Liquidazione e rendicontazione	Verifica e liquidazione	UOC Formazione	Rimborsi non dovuti	BASSA	Misure esistenti: Controllo puntuale sui giustificativi presentati

	Rendicontazione annuale (entro 31 gennaio invio a UOC Formazione e al Dip. Sviluppo Organizzativo relazione sintetica su attività formazione esterna effettuata)	Dirigenti che hanno inviato proprio personale in formazione esterna		BASSA	
--	--	---	--	-------	--

Formazione interna per il personale (ECM) – DEP

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	FORMAZIONE INTERNA PER IL PERSONALE (ECM)			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Necessità della diffusione dei risultati delle ricerche del DEP	Formazione erogata		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	La formazione per il personale del DEP è gestita direttamente dal DEP in accordo con la UOC Formazione. È caratterizzata dalla necessità di diffusione dei risultati della ricerca epidemiologica e dall'aggiornamento sui progetti in essere. La partecipazione può essere prevalentemente interna, ma anche allargata in caso di richieste di partecipazione qualora il tema risultasse di particolare interesse e rilevanza. La formazione può avvenire anche all'interno di convegni nazionali, su richiesta dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, o degli Enti del SSR del Lazio o Nazionali in caso di specifiche professionalità/attività svolte dal DEP.			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dipartimento di Epidemiologia (DEP)			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Definizione del calendario eventi ad inizio anno, suddiviso per unità operative in modo tale da garantire ad ognuna un proprio spazio	DEP		BASSA	
Definizione titolo e predisposizione del materiale in base al progetto	DEP		BASSA	
Erogazione formazione da parte del docente interno o "esterno" (sempre facente parte del progetto, ad esempio in qualità di <i>Principal Investigator</i>)	DEP/docente "esterno"		BASSA	
Invio alla UOC Formazione dei fogli di raccolta firme dei partecipanti alle giornate formative al fine del	DEP	Firma presenza pur in assenza totale/parziale del discente	BASSA	

conteggio ore per il rilascio degli ECM per le professionalità che ne necessitano				
---	--	--	--	--

Formazione interna per sopraggiunto fabbisogno formativo

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	FORMAZIONE INTERNA PER SOPRAGGIUNTO FABBISOGNO FORMATIVO			
	INPUT	OUTPUT		
	Sopraggiunto fabbisogno formativo	Formazione erogata		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	La formazione per sopraggiunto fabbisogno formativo è quella programmata a seguito di formazione di particolari nuove figure/tematiche anche a seguito di contingenze specifiche (esempio arc gis / codificatore statistico) o per sviluppo e certificazione di competenze già acquisite (master in Epidemiologia Ph.D Epidemiologia Ambientale) per future partecipazioni a progetti di ricerca.			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dipartimento di Epidemiologia (DEP)			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Definizione del finanziamento attraverso voce di spesa inserita nel budget del progetto e valutazione del costo dell'evento formativo	DEP		BASSA	
Selezione del personale che deve prendere parte al progetto e necessita di un aggiornamento delle proprie competenze in quell'ambito	DEP	Individuare sempre gli stessi discenti favorendo, di fatto, qualcuno a discapito di altri, incrementandone il CV	BASSA	Misure esistenti: <ul style="list-style-type: none"> • Rotazione dei soggetti • Manifestazione di interesse alla partecipazione a corsi di formazione • Anzianità di servizio • Competenze già esistenti in settori affini a quelli proposti per la formazione
Erogazione formazione specifica del personale in Azienda o nella sede in cui si hanno quelle competenze	DEP	Favorire un ente esterno che eroga formazione	BASSA	Rotazione delle aziende

Formazione esterna (sui risultati della ricerca e su richieste specifiche)

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	FORMAZIONE ESTERNA (SUI RISULTATI DELLA RICERCA E SU RICHIESTE SPECIFICHE)			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Richiesta da parte del soggetto interessato	Formazione erogata		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	La formazione esterna sui risultati della ricerca, ad es. <ul style="list-style-type: none"> - Per pubblicazioni - Convegni - e/o Formazione mirata (es. Prevale) Può essere anche svolta su richiesta di specifici enti e si tiene presso gli enti/istituti interessati alle materie del DEP che ne hanno fatto richiesta.			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dipartimento di Epidemiologia (DEP)			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Richiesta da parte della Regione Lazio (o dell'ente interessato) al DEP di un corso di formazione sul tema individuato (progetto o attività Istituzionale)	Committente		BASSA	
Identificazione del/i docente/i interni al DEP deputati alla formazione (es. tra i PI per i progetti o tra i direttori di unità complesse per le attività istituzionali)	DEP/Committente		BASSA	
Erogazione formazione da parte del docente	DEP/Committente		BASSA	
In caso di formazione su commessa esterna, pagamento alla ASL e	Committente		BASSA	

rimborso spese al docente per la sua attività istituzionale				
---	--	--	--	--

Gestione delle relazioni sindacali – contrattazione

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	GESTIONE DELLE RELAZIONI SINDACALI – CONTRATTAZIONE				
	INPUT		OUTPUT		NOTE
	Presenza di un'esigenza specifica dell'amministrazione/sindacato nel voler affrontare una tema specifico (es. applicazione di un istituto, situazioni particolari, etc.)		Accordo sottoscritto		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo attraverso cui l'azienda procede alla definizione di accordi con le parti per la gestione del personale				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOS Relazioni Sindacali, Quiescenza e ALPI (UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione)				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Istruttoria dei documenti utili al confronto per la sintesi delle proposte sindacali per conciliarle rispetto alle esigenze organizzative dell'azienda - Verifica compatibilità della richiesta rispetto alle risorse a disposizione; - Verifica del rispetto delle disposizioni contrattuali.	UOS Relazioni Sindacali, Quiescenza e ALPI (UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione)	Errata / diversa determinazione degli istituti contrattuali demandati alla contrattazione integrativa	Diversa interpretazione norme (anche volta a favorire determinate categorie)	BASSA	MISURE ESISTENTI (Trasversale - interne all'ufficio) - Controllo dei riferimenti normativi e contrattuali con il coinvolgimento di più soggetti dell'Ufficio e soggetti esterni – altre amministrazioni che svolgono le medesime funzioni

					CONTROLLO ESTERNO Controllo del Collegio sindacale
Convocazione del tavolo tecnico (n° limitato persone) – via mail per l’esame delle proposte e di tutti gli aspetti della tematica	UOS Relazioni Sindacali, Quiescenza e ALPI (UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione)	Istanze specifiche rivolte ad alcune situazioni			BASSO
Definizione e condivisione delle idee, posizioni e possibilità per la predisposizione un possibile “accordo” (non necessariamente scritto) da portare al successivo tavolo di contrattazione	Tavolo Tecnico composto da: Relazioni Sindacali (e/o persone di altri uffici competenti per materia) + Rappresentanze Sindacali	Accordi con controparte tesi a concedere benefici non dovuti			BASSO Misura esistente Nuova discussione e approfondimento specifico del tavolo centrale negoziale unico deputato ad assumere decisioni
Convocazione delle delegazioni trattanti di parte pubblica e di parte sindacale per la discussione delle proposte di cui sopra	UOS Relazioni Sindacali, Quiescenza e ALPI (UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione)				BASSO
Avvio del tavolo centrale negoziale con le parti (eventualmente integrato con direttori di strutture che possono essere coinvolti per gli aspetti di competenza), finalizzato alla sottoscrizione dell’accordo, che può avvenire	Direzione Aziendale Rappresentanze Sindacali UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione				BASSO

in una o più sedute qualora le materie siano particolarmente complesse					
Sottoscrizione dell'accordo definitivo anche nel giro di pochi giorni	Direzione Aziendale Rappresentanze Sindacali	Accordi con controparte tesi a concedere benefici non dovuti		BASSO	CONTROLLO ESTERNO Controllo del Collegio sindacale
Pubblicazione dell'accordo nella sezione delle Relazioni Sindacali	UOS Relazioni Sindacali, Quiescenza e ALPI (UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione)			BASSO	
Laddove previsto, recepimento dell'accordo tramite atto deliberativo previo controllo del collegio sindacale (laddove previsto)	Direzione Aziendale su proposta delle Relazioni sindacali			BASSO	

Gestione dei procedimenti disciplinari

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	GESTIONE DEI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI				
	INPUT		OUTPUT		NOTE
	<ul style="list-style-type: none"> - impulso dei responsabili di struttura ai quali afferiscono i dipendenti che vengono segnalati per condotte penalmente rilevanti - impulso delle Direzioni - impulso della procura o d'ufficio (conoscenza diretta dell'UPD di condotte penalmente rilevanti) 		Provvedimento sanzionatorio o di archiviazione		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del complesso di attività volto a comprendere e definire eventuali risvolti disciplinari di condotte poste in essere dai dipendenti				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Ufficio Procedimenti Disciplinari				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Avvio del processo d'ufficio, nel caso si venga a conoscenza di un fatto, ad esempio: nel caso in cui in fase di istruttoria emergano notizie di illeciti disciplinari compiuti da terzi, oppure, per mezzo stampa	Tutte le strutture potenzialmente segnalanti	<p>Possibile mancata segnalazione (rischio in capo alle strutture)</p> <p>Esercizio discrezionale/arbitrario dei procedimenti disciplinari eventualmente attivati d'ufficio</p>		MEDIO	<p>Misura proposta</p> <p>Azioni di sensibilizzazione del personale dirigente ad oggetto la valutazione e la gestione delle condotte suscettibili di procedimenti disciplinari</p>

<p>Avvio del processo tramite la ricezione di una segnalazione con nota protocollata</p> <p>Se atti della procura: protocollo generale (AAGG e assegnato tramite protocollo a UPD)</p>	UPD	Mancata attivazione del procedimento nel rispetto di termini perentori previsti		BASSO	<p>Misura proposta</p> <p>Revisione dei regolamenti di disciplina per il comparto e la dirigenza</p>
<p>Istruttoria del caso attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convocazione e ascolto dei soggetti informati dei fatti - Acquisizione di ulteriore materiale (es. video) - Acquisizione documenti da parte dell'Ufficio - Consulenza di specialisti della materia interni per approfondimenti tecnici <p>NB: l'istruttoria può avvenire anche in momenti successivi, qualora sia necessario riesaminare il caso/i documenti</p>	UPD	<p>Omissione di controlli sulla documentazione volti a favorire determinati soggetti</p> <p>Omissione della richiesta di documentazione aggiuntiva, volta a favorire determinati soggetti</p> <p>Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati</p> <p>Irrogazione di sanzioni inadeguate o sproporzionate al fine di favorire ovvero</p>		<p>BASSO</p> <p>(Il rischio di disparità di trattamento è sconfessato dalla previsione all'interno dei regolamenti della precisa sanzione da irrogare rispetto alla fattispecie, nonché dalla tipizzazione di eventuali circostanze attenuanti o aggravanti)</p>	<p>Misure esistenti</p> <p>Coinvolgimento di più soggetti</p> <p>Attività di segreteria che favorisce il controllo sulle richieste di integrazione</p> <p>Astensione in caso di conflitto (in applicazione del Codice di Comportamento)</p> <p>Motivazione apposta a ciascun provvedimento disciplinare irrogato</p>

		danneggiare il soggetto sottoposto a procedimento disciplinare			
Ricevuta la segnalazione, entro 30 gg deve avvenire l'invio della contestazione di addebito all'interessato e la convocazione a difesa	UPD	Scadenza dei termini perentori ai fini della decadenza dell'azione disciplinare			Misure esistenti Decisioni assunte collegialmente Attività di segreteria che effettua il controllo dei termini di scadenza
L'audizione viene fissata (non prima di 20 gg) dalla data di ricezione, per dare la possibilità di preparare la difesa	UPD				
L'interessato ha due possibilità: - presentarsi all'audizione - o inviare delle memorie difensive direttamente o attraverso il proprio rappresentante, qualora non intenda presentarsi	Soggetto interessato CON Rappresentante SINDACALE o Avvocato				
Audizione (che può essere rinviata, solo una volta, in caso di: - Motivi di salute comunicati per mezzo scritto	UPD Soggetto interessato CON (eventuale) Rappresentante SINDACALE o Avvocato				

- O altri motivi gravi debitamente giustificati)					
In caso di invio di memorie: l'acquisizione viene presa in carico da UPD che valuta il tipo di istruttoria da effettuare	UPD			BASSO	
Eventuale richiesta di chiusura del provvedimento in via conciliativa - Accettazione o rifiuto entro 5/10 gg In caso di accettazione, emanazione del provvedimento concordato	Soggetto interessato O UPD			BASSO	
Integrazione dell'istruttoria del caso attraverso: - Convocazione e ascolto dei soggetti informati dei fatti - Acquisizione di ulteriore materiale (es. video) - Acquisizione documenti da parte dell'organizzazione - Consulenza di specialisti della materia interni per approfondimenti tecnici	UPD	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati Irrogazione di sanzioni inadeguate o sproporzionate al fine di favorire ovvero danneggiare il soggetto sottoposto a procedimento disciplinare		BASSO (Il rischio di disparità di trattamento è sconfessato dalla previsione all'interno dei regolamenti della precisa sanzione da irrogare rispetto alla fattispecie, nonché dalla tipizzazione di eventuali circostanze attenuanti o aggravanti)	Misure esistenti Il fascicolo istruttorio è reso accessibile all'interessato fin dall'avvio del processo di contestazione, con snellimento dei tempi e delle forme di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90

<p>Emissione provvedimento entro 120 gg dalla data di ricezione della contestazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irrogazione Sanzione (dalla censura al licenziamento) - Archiviazione (se non sussiste il fatto e comunicato solo all'interessato e a chi ha fatto la segnalazione) 	UPD	<p>Applicazione disomogenea delle sanzioni</p> <p>Scadenza dei termini perentori ai fini della decadenza dell'azione disciplinare</p>		BASSO	<p>Misure esistenti</p> <p>La sanzione applicata deve essere dettagliatamente motivata in coerenza con le disposizioni del regolamento</p> <p>Attività di segreteria che effettua il controllo dei termini di scadenza</p>
<p>Comunicazione del provvedimento all'interessato (personalmente o al proprio legale)</p>	UPD			BASSO	
<p>Comunicazione del provvedimento di irrogazione della sanzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al responsabile della struttura che ha segnalato la condotta - allo stato Giuridico del personale (per l'aggiornamento del fascicolo del dipendente) - al trattamento economico in caso di multa o sospensione 	UPD			BASSO	<p>Misure esistenti</p> <p>Pubblicazione in "Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti" di report riepilogativo sui procedimenti disciplinari attivati nei confronti del personale dipendente (Indicatore: Evidenza della pubblicazione)</p>

con privazione della retribuzione - alla Direzione Aziendale in caso di licenziamento					
Comunicazione di alcuni dati della procedura (segretati) alla Funzione Pubblica	UPD			BASSO	

Valutazione della performance organizzativa

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA				
	INPUT	OUTPUT		NOTE	
	Scadenza annuale	Misurazione e valutazione effettuata			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo volto alla definizione di obiettivi alle strutture aziendali e loro misurazione e valutazione				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione				
FASE	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ciclo di Gestione della Performance: Pianificazione strategica e programmazione operativa	A partire dal recepimento degli indirizzi istituzionali, nazionali, ministeriali e poi regionali, e passando per l'identificazione delle attività con rilevanza strategica aziendale, il servizio cura il coordinamento delle strutture interessate nella stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), a garanzia di un percorso volto all'assolvimento dei debiti informativi e allo sviluppo di coerenza tra i diversi ambiti di programmazione. Nell'ambito del PIAO, il servizio è poi direttamente responsabile della stesura della sezione performance che a partire dalle analisi di contesto aziendale, identifica gli	a. Regione Lazio b. Direzione Strategica, Collegio di Direzione, con supporto della UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione che elabora la proposta di Piano delle Performance c. UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione con il supporto della UOC Gestione flussi informativi sanitari e		BASSA	deliberazione e pubblicazione su amministrazione trasparente del PIAO e deliberazione del Ciclo della performance.

	<p>ambiti strategici a valenza pluriennale e li declina in obiettivi con un orizzonte temporale annuale definendo relativi indicatori e target di riferimento.</p> <p>Infine, in coerenza con quanto rappresentato nel PIAO, supporta la direzione strategica nella definizione delle schede di performance.</p>	<p>Analisi processi assistenziali</p>			
	<p>Processo di negoziazione al fine di identificare obiettivi, relativi indicatori e risultati attesi</p>	<p>a) Processo negoziale tra CdR di II livello e Direzione aziendale, con attività di supporto della UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione</p> <p>b) Processo negoziale tra Macro strutture (CDR II livello) e CdR di I livello con attività di supporto della UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione</p>		<p>BASSA</p>	
	<p>Negoziazione tra Macro struttura (CDR II livello) e UOC/UOSD (CDR I livello) al fine di identificare</p>	<p>Macrostrutture (CDR II livello) e UOC e UOSD (CDR I livello)</p>		<p>BASSA</p>	

	obiettivi, relativi indicatori e target (processo di budget)				
	Attività di verifica degli indicatori proposti e dei risultati attesi contenuti nella scheda, in ordine a: - compatibilità e congruità degli obiettivi - carattere di misurabilità e riproducibilità - coerenza con le strategie aziendali e con lo sviluppo di azioni di miglioramento continuo dei processi aziendali.	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione			BASSA
	Predisposizione atto deliberativo con allegate schede, parte integrante del Ciclo di Performance annuale	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione			BASSA
	Attività di informatizzazione delle schede di budget ai fini del monitoraggio	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione UOC Gestione flussi informativi sanitari e Analisi processi assistenziali			BASSA
Ciclo di Gestione della Performance: Misurazione e valutazione	a. produzione periodica di report volti a monitorare il grado di raggiungimento delle performance, al fine di rilevare gli eventuali scostamenti tra obiettivi	a. UOC Gestione flussi informativi sanitari e Analisi processi assistenziali, UOC Pianificazione			BASSA Aggiornamento del documento Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), validato dall'OIV.

	<p>negoziati e risultati conseguiti e porre quindi in essere azioni correttive</p> <p>b. Per gli indicatori che prevedono elaborazione di documenti e atti, raccolta di documentazione</p>	<p>Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione</p> <p>b. UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione</p>			<p>Ricorso a strumenti informatici che consentano il monitoraggio e la tracciabilità dei flussi informativi necessari alla misurazione. Pubblicazione su amministrazione trasparente della Relazione alla Performance.</p>
	<p>a. Verifica dei risultati da parte dei CdR con eventuale possibilità di richiesta motivata di rinegoziazione degli obiettivi o dei risultati attesi, per sopraggiunti motivi ostativi (interni e/o esterni)</p> <p>b. Attività di verifica e parere alla Direzione aziendale su eventuale rinegoziazione</p> <p>c. Accettazione della richiesta di rinegoziazione</p>	<p>a. CdR</p> <p>b. UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione</p> <p>c. Direzione aziendale</p>			<p>BASSA</p>
	<p>Comunicazione dei risultati annuali sulla base dei report forniti da UOC GFIS (Valutazione in I istanza) che viene trasmessa a OIV e Direzione Aziendale</p>	<p>UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione</p>			<p>BASSA</p>
	<p>Trasmissione valutazione in I istanza ai CdR con comunicazione dei</p>	<p>Direttore Generale</p>			<p>BASSA</p>

	termini per la presentazione eventuale di richiesta di integrazioni/osservazioni che verranno valutati in II istanza				
	Verifica e validazione della correttezza metodologica della valutazione attuata in prima istanza, con la possibilità di modificarla ed integrarla qualora si rilevassero anomalie significative, certificando così le valutazioni finali	OIV			
	Trasmissione dati alla UOS Relazioni Sindacali, Quiescenza e Alpi	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione			BASSA
	Ricezione di eventuali osservazioni/integrazioni al giudizio di I istanza	Macrostrutture (CDR II livello) e UOC e UOSD (CDR I livello)			BASSA
	Valutazione delle osservazioni/integrazioni al giudizio di I istanza anche attraverso il confronto con le strutture e con il supporto della UOC Gestione Flussi informativi e ogni altro servizio coinvolto	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione			BASSA
	Proposta valutazione II istanza e trasmissione al DG e all'OIV	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione			BASSA
	Verifica e validazione della correttezza metodologica della valutazione attuata in prima	OIV			BASSA

	istanza, con la possibilità di modificarla ed integrarla qualora si rilevassero anomalie significative, certificando così le valutazioni finali				
	Chiusura valutazione II istanza e trasmissione risultanze a Macrostrutture (CDR II livello) e UOC e UOSD (CDR I livello)	DG			BASSA
	Trasmissione dati alla UOS Relazioni Sindacali, Quiescenza e ALPI (UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione)	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione			BASSA
Relazione sulla Performance	<ul style="list-style-type: none"> a) Redazione della proposta di relazione sulla Performance b) Validazione Relazione performance e pubblicazione 	<ul style="list-style-type: none"> a) UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione b) Direzione aziendale 			BASSA

Valorizzazione della performance individuale

AREA DI RISCHIO	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE				
PROCESSO	Valorizzazione della performance individuale				
	INPUT		OUTPUT		NOTE
	Scadenza annuale		Misurazione e valutazione effettuata		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo volto alla definizione di obiettivi individuali e loro misurazione e valutazione				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Trattamento Economico Alpi e personale a Convenzione				
FASE	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Definizione e condivisione dello strumento di valorizzazione	Recepimento dello strumento definito nella contrattazione - scheda generale	UOC Trattamento Economico Alpi e personale a Convenzione		BASSO	
	Invio della scheda alle strutture complesse e semplici dipartimentali	UOC Trattamento Economico Alpi e personale a Convenzione		BASSO	
	Condivisione e contestualizzazione della scheda all'interno delle strutture (<i>a inizio di ciascun anno</i>)	Tutte le strutture (UOC e UOSD)		BASSO	
Redazione delle schede di valorizzazione individuale	Richiesta di redazione delle schede Responsabili UOC e UOSD, con indicazione dei termini per l'adempimento	UOC Trattamento Economico Alpi e personale a Convenzione		BASSO	
	Redazione, a cura dei Responsabili UOC e UOSD della scheda dei singoli dipendenti afferenti alla struttura, contenenti i descrittori	Responsabili delle strutture (UOC e UOSD)	Discrezionalità della valutazione	MEDIO	Misura proposta Incontri di Calibration

	comportamentali oggetto di valorizzazione				
	Controfirma dei singoli dipendenti per presa visione	Singoli dipendenti			BASSO
	Trasmissione delle schede controfirmate alla UOC richiedente	Responsabili delle strutture (UOC e UOSD)			BASSO
Acquisizione delle valutazioni e determinazione dei premi	Elaborazione delle schede (nel corso dell'anno in relazione al periodo di riferimento)	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSO
	Determinazione del premio individuale spettante	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSO
Erogazione del premio	Trasmissione degli importi individuali alla UOC Trattamento Economico	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSO
	Elaborazione dei singoli stipendi	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione			BASSO

Gestione del contenzioso seguito da professionisti esterni

AREA DI RISCHIO	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO				
PROCESSO	GESTIONE DEL CONTENZIOSO SEGUITO DA PROFESSIONISTI ESTERNI				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC AFFARI GENERALI				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
GESTIONE ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI per affidamento dell'incarico defensionale o consulenziale al professionista esterno, da parte della Direzione Aziendale,	UOC AFFARI GENERALI	1 Ripetitività dell'assegnazione incarico al medesimo soggetto; 2. eccessiva discrezionalità nell'individuazione dell'affidatario dell'incarico 2.condizionamento dell'esito della controversia a vantaggio della controparte ovvero selezionare professionisti compiacenti per la relativa gestione;		MEDIO	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale
Liquidazione compensi fatturati dai professionisti esterni	UOC AFFARI GENERALI	1 omissione di controllo sui requisiti per procedere alla liquidazione; 2.non corretta liquidazione per favorire soggetti particolari		BASSO	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale
GESTIONE RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI PER RESPONSABILITA' SANITARIA	UOC AFFARI GENERALI	favorire indebitamente il richiedente mediante una non corretta gestione della procedura;		MEDIO	MIS 1_Rispetto regolamento aziendale

<i>Programmazione dell'esame del caso</i>	UOC AFFARI GENERALI	anticipare o ritardare l'esame del caso dinanzi al CAVS per favorire o		MEDIO	MIS_1 Rispetto regolamento aziendale
<i>Gestione atti transattivi</i>	UOC AFFARI GENERALI	Proporre atti transattivi senza il rispetto della procedura aziendale, per l'esame degli effettivi vantaggi		MEDIO	MIS 1_Rispetto regolamento aziendale

GESTIONE istanze di patrocinio legale

AREA DI RISCHIO	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO				
PROCESSO	GESTIONE ISTANZE DI PATROCINIO LEGALE				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC AFFARI GENERALI				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
GESTIONE istanze di patrocinio legale	UOC AFFARI GENERALI	1. omettere di segnalare ipotesi di richiesta di assistenza legale ovvero favorire indebitamente il dipendente ovvero il professionista incaricato di gestire la controversia;		MEDIO	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale
Liquidazione rimborsi oneri legali a dipendenti	UOC AFFARI GENERALI	1. omissione di controllo sui requisiti per procedere alla corretta liquidazione; 2.mancato rispetto delle disposizioni aziendali per la determinazione dell'importo da riconoscere		BASSO	MIS 1. Verifica del rispetto del regolamento aziendale
Liquidazione diretta dei compensi fatturati dai professionisti esterni	UOC AFFARI GENERALI	1 omissione di controllo sui requisiti per procedere alla liquidazione 2.mancato rispetto delle disposizioni aziendali per la determinazione dell'importo da riconoscere		BASSO	MIS 1. Verifica del rispetto del regolamento aziendale

AREA TECNICO-PATRIMONIALE

Gestione delle spese Ciclo passivo – Registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE				
PROCESSO	GESTIONE DELLE SPESE CICLO PASSIVO – REGISTRAZIONE, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DELLE FATTURE				
	FASE	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Registrazione	Fattura passiva	Rilevazione contabile eseguita e fattura registrata		
	Liquidazione	Fattura registrata	Verifiche effettuate e fattura liquidata		
Pagamento	Comunicazione mensile pagamenti; Fattura liquidata	Verifiche pagamenti Regione; Mandati pagamento firmati dal Direttore			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Processo amministrativo contabile comprendente le fasi di registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Bilancio e Contabilità				
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Registrazione	Acquisizione delle fatture (per lo più elettroniche – SDIDAL portale regionale) dal sistema di interscambio	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
	Verifica correttezza requisiti formali (data, numero, dati soggetto cessionario o committente, informazioni sul bene/servizio in oggetto, corrispettivo e dati fiscali)	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	

	Rilevazioni contabili e invio al DEC competente tramite sistema informatico	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
Liquidazione	Controlli propedeutici alla liquidazione (verifica dati fattura, documentazione attestante regolare esecuzione, importi e quantità)	DEC	Liquidazione "non dovuta"	BASSA	
	Comunicazione formale esito controlli al RUP 2	DEC		BASSA	
	Verifica DURC e autorizzazione liquidazione	RUP 2	Omissione di controlli (es DURC)	BASSA	
	Per fatture non disciplinate nell'ambito Accordo pagamenti, verifica DURC e adempienza Agenzia Entrate – Riscossione e antiriciclaggio	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	Doppio controllo: - DURC - Equitalia
Pagamento	Per fatture disciplinate nell'ambito Accordo pagamenti, pagamenti della Regione e UOC Bilancio verifica corrispondenza importi pagati con quanto registrato in Co.Ge.	Regione UOC Bilancio e Contabilità	- Pagamento a IBAN non collegato a fornitore - pagamento non dovuto	BASSA	Delega su doppio controllo (Regione): - DURC - Equitalia
	Per fatture non in ambito Accordi Pagamenti, predisposizione mandato pagamento e trasmissione all'Istituto Tesoriere	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	Doppio controllo e segregazione delle funzioni: separazione tra chi indica iban su mandato di pagamento e chi manda in banca il mandato

Gestione delle entrate – ciclo attivo

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE			
PROCESSO	GESTIONE DELLE ENTRATE – CICLO ATTIVO			
	TIPOLOGIE	INPUT	OUTPUT	NOTE
	Gestione dei contributi per quota FSR indistinto e vincolato	Comunicazione regionale	Prospetto di riconciliazione e rilevazioni contabili eseguite	
	Gestione dei contributi extra FSR	Ricezione assegnazione del contributo e approvazione del progetto	Credito chiuso e rilevazioni contabili eseguite	Risorse erogate da soggetti pubblici/privati per finanziarie iniziative progettuali finalizzate non rientranti tra attività istituzionali o nei LEA
	Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria derivanti dalle attività del DIP	Accredito	Rilevazione quote inutilizzate	
	Ricavi e proventi da ticket	Incasso	Verifiche e rilevazioni contabili eseguite	
	Proventi da libera professione intramoenia	Prestazione del sanitario o atto di convenzione in caso di enti non convenzionati con il SSR	Emolumenti stipendiali pagati	Intramoenia intramuraria, Intramoenia allargata e Convenzioni stipulate con enti pubblici e/o privati non convenzionati con il SSR. Per l'intramoenia intramuraria gli incassi vengono gestiti tramite CUP e pertanto la rilevazione del ricavo avviene con modalità analoghe a quelle dei ricavi e proventi da ticket. Il dettaglio delle prestazioni è trasmesso mensilmente all'UOC Bilancio

				dalla UOC Personale a Convenzione e ALPI con supporto CUP.	
	Altre tipologie			Rimborso del personale comandato, gestione lasciti e donazioni, gestione attività commerciale, gestione ricavi da erogazione prestazioni sanitarie a cittadini stranieri	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Processo amministrativo contabile comprendente tutte le fasi relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie e alle componenti positive di reddito dell'attività istituzionale dell'Azienda				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Bilancio e Contabilità				
PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Gestione dei contributi per quota FSR indistinto e vincolato	Ricezione assegnazione del contributo regionale	Direzione strategica		BASSA	
	Emissione ordinativo di incasso, sottoscritto da Direttore Generale e Direttore UOC, e verifica accredito	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
	Rilevazioni contabili	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
	Rendicontazione relative all'utilizzo dei contributi da parte delle UOC destinatarie (solo per FSR vincolato)	UOC Pianificazione strategica e UOC destinatarie	Errori nelle scritture contabili	BASSA	
	Chiusura del credito e riconciliazione dello stesso	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
Gestione dei contributi extra FSR	Ricezione assegnazione del contributo e approvazione del progetto	Direzione strategica		BASSA	

	Rilevazione del credito e del ricavo e rendicontazione dei contributi sulla base della rendicontazione ricevuta dalle UOC destinarie (non nel caso di contributi da Roma Capitale)	UOC Bilancio e Contabilità e UOC destinarie del contributo	Mancata rilevazione del credito al fine di generare utilità personali	BASSA	Controllo di quanto speso/corrispondenza con quote ricevute
	Emissione fattura attiva in caso di contributi da Roma Capitale	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
	Accantonamento quote inutilizzate	UOC Bilancio e Contabilità	Eventuale errore scrittura contabile	BASSA	
	Emissione ordinativo di riscossione	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
	Chiusura del credito e rilevazioni contabili	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria derivanti dalle attività del DIP	Verifica incassi presso conto di tesoreria / conti correnti postali e CUP con relative rilevazioni contabili	UOC Bilancio e Contabilità	Sottrazione di somme dalle casse RECUP Collusione con bilancio per omissione di controlli	MEDIA	Controlli incrociati di I e II livello: - I livello corrispondenza incassi con attività prevista da RECUP - II livello, corrispondenza nelle scritture contabili)
	Comunicazione incassi annuali complessivi (distinti per tipologia e struttura di riferimento)	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
	Acquisizione e attribuzione del budget per l'esercizio	Dipartimento di Prevenzione			

	successivo, attraverso apposito atto deliberativo				
	Predisposizione rendicontazione attività suddivisa per servizi e struttura	Dipartimento di Prevenzione			
	Verifica corrispondenza tra rendicontazione DIP e rilevazioni contabili	UOC Bilancio e Contabilità	Eventuale collusione per omissione di controlli	BASSA	Controllo delle attività per le quali è stato ottenuto un incasso rispetto alle attività svolte Obbligo di inserimento in RECUP delle prestazioni erogate al fine di verificare la corrispondenza tra attività erogate ed incassi
	Eventuale riconciliazione discordanze	Dipartimento di Prevenzione			
	Rilevazione quote inutilizzate e accantonamento in apposito fondo (distinti per tipologia)	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	Rispetto a tutti gli incassi del DIP differenza tra ricavo e costo del servizio deve essere accantonato in un fondo e riutilizzati negli anni successivi per investire in prevenzione Delibera del DIP per utilizzo fondi

	Incasso prestazione erogata	CUP			
	Chiusura casse e verifica corrispondenze incassi e risultanze Recup Web	CUP	Sottrazione di somme dalle casse RECUP	MEDIA	
	Ricezione proposta storno e riepilogo entrate, verifica e inserimento buste in plico con sottoscrizione distinta di versamento	Responsabile casse CUP			
Ricavi e proventi da ticket	Ricezione e verifica corrispondenza tra documentazione e accredito su conto tesoreria e rilevazioni contabili	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
	Per le rilevazioni ticket farmacie convenzionate, rilevazione ricavo da dettaglio inviato da UOC Sviluppo del Piano e flussi produttivi e verifica corrispondenza tra rilevazioni e dati regionali sulla farmaceutica convenzionata	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	Controlli svolti dalla Farmaceutica Convenzionata
Proventi da libera professione intramoenia	Intramoenia intramuraria				
	Trasmissione mensile a UOC Bilancio e contabilità dettaglio prestazioni per rilevazioni contabili	UOC Personale a Convenzione e Alpi CUP	Sottrazione di somme dalle casse RECUP	MEDIA	Controlli incrociati di I e II livello: - I livello corrispondenza

					incassi con attività prevista da RECUP Il livello, corrispondenza nelle scritture contabili)
	Intramoenia allargata				
Erogazione prestazione, inserimento dati su CONSYS e versamento incassi presso Istituto Tesoriere (se incasso non è avvenuto con bonifico)	Dirigente sanitario	Medico eroga prestazioni sanitarie "fuori" dal sistema CONSYS/RECUP e non tracciate		ALTO	Obbligo di prenotazione tramite RECUP (che deve avere agende dello studio) Obbligo dell'utilizzo del POS Controlli ALPI
Ricezione distinta di versamento, verifica tra questa e dati CONSYS e controllo prestazioni erogate	UOC Personale a Convenzione e Alpi				Controlli ALPI
Se l'incasso è avvenuto con bonifico, verifica accredito su conto tesoreria	UOC Bilancio e Contabilità			BASSO	Elenco Alpi ed elenco sospesi in entrata
Per tutti gli incassi associazione tra sospesi in entrata e prestazioni erogate e liquidazione emolumenti stipendiali	UOC Personale a Convenzione e Alpi	Collusione del medico con il personale del Bilancio		BASSO	
Pagamento emolumenti stipendiali	UOC Trattamento economico del personale			BASSO	

	Regolarizzazione sospesi in entrata e accantonamento fondi di perequazione	UOC Bilancio e Contabilità		BASSO	
	Convenzioni stipulate con enti pubblici e/o privati non convenzionati con il SSR				
	Predisposto atto di convenzione, ricezione da parte della struttura del report riepilogativo delle prestazioni erogate e verifica di corrispondenza tra queste e le autorizzazioni rilasciate ai relativi medici	UOC Personale a Convenzione e Alpi		BASSO	
	Emissione fattura attiva	UOC Bilancio e Contabilità		BASSO	
	Verifica accredito su conto tesoreria ed emissione ordinativo di riscossione, con contestuali rilevazioni contabili	UOC Bilancio e Contabilità		BASSO	
	Liquidazione emolumenti stipendiali	UOC Personale a Convenzione e Alpi		BASSO	
	Pagamento emolumenti stipendiali	UOC Trattamento economico del personale		BASSO	
Altre tipologie	Rimborso del personale comandato	Trattamento economico e bilancio rileva l'incasso	Mancato recupero di un credito	BASSO	
	Gestione lasciti e donazioni	Accompagnata da comunicazione e delibera di accettazione	Utilizzo delle donazioni in modo diverso dalla destinazione che	BASSO	Controlli post sulle donazioni

			avrebbe voluto il donatore		
	Gestione attività commerciale	Es affitti sale, affitto bar, distributori, sperimentazioni cliniche, visite musei, etc.	Mancata fatturazione	BASSO	
	Gestione ricavi da erogazione prestazioni sanitarie a cittadini stranieri	Direttore amministrativo del presidio ospedaliero per rilevazione dati della persona	Mancato incasso	BASSO	

Verifiche di cassa

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE			
PROCESSO	VERIFICHE DI CASSA			
	INPUT	OUTPUT	NOTE	
	Scadenze	Verifiche effettuate	Le verifiche sono periodiche (trimestrali) e annuali	
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Bilancio e Contabilità			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Verifiche trimestrali Confronto tra quanto c'è in tesoreria e quello che risulta al Bilancio con necessaria riconciliazione	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
Verifiche annuali Confronto tra quanto c'è in tesoreria e quello che risulta al Bilancio	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	

Ciclo Patrimonio netto

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE			
PROCESSO	CICLO PATRIMONIO NETTO			
	TIPOLOGIE	INPUT	OUTPUT	NOTE
	Fondo di dotazione	Autorizzazione regionale	Rilevazione contabile effettuata	
	Finanziamenti	Contributi per investimenti o generati da storno di contributi di parte corrente finalizzati a specifiche attività di investimento	Rilevazione contabile effettuata e prospetto di riconciliazione tra valore residuo dei contributi e il valore netto contabile dei cespiti	Finanziamenti da investimenti riconducibili a finanziamenti: <ul style="list-style-type: none"> – per beni di prima dotazione – da Stato – da Regione – da altri soggetti pubblici/privati – per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio
	Donazioni e Riserve	Accettazione donazione mediante Delibera Direzione Generale	Rilevazione contabile effettuata e iscrizione del bene nel libro cespiti	Iscrizione del bene nel libro cespiti a cura della UOSD Patrimonio
	Contributi per ripiano perdite	Provvedimento regionale di assegnazione	Rilevazione contabile effettuata	
	Utili (perdite) portate a nuovo	Autorizzazione regionale	Rilevazione contabile effettuata	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Processo amministrativo contabile riguardante le rilevazioni contabili relative al ciclo patrimonio netto			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	UOC Bilancio e Contabilità			
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Rilevazioni contabili a seguito di autorizzazione regionale (Fondo di dotazione, Contributi per ripiano perdite,	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	

Utile o perdite portate a nuovo)				
Rilevazioni contabili a seguito di Finanziamenti	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	
Rilevazioni contabili a seguito di Donazioni e Riserve	UOC Bilancio e Contabilità		BASSA	

Gestione del patrimonio aziendale

AREA DI RISCHIO	GESTIONE DEL PATRIMONIO				
PROCESSO	GESTIONE DEL PATRIMONIO AZIENDALE - IMMOBILIZZAZIONI				
PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Manutenzione straordinaria/ordinaria dei beni con fondi aziendali <i>In caso di manutenzione finanziata con fondi esterni (progettazione e direzione lavori): Invio fabbisogno alla regione, definizione del progetto Progetto inviato alla regione, che approva Individuazione ditta (GARA) Svolgimento dei lavori</i>	Trasmissione richiesta intervento manutentivo	UO consegnataria			
	Autorizzazione richiesta a seguito di valutazione e verifica requisiti di capitalizzazione	Ing. Clinica STI Manutenzioni Progettazione e direzione lavori	Corretta individuazione intervento manutenzione straordinaria/ordinaria	MEDIO	
	Ricezione intervento manutentivo	UO consegnataria	Controllo inadeguato della richiesta Duplicazioni delle richieste alle ditte	MEDIO	Adeguamento numero/competenze personale Utilizzo piattaforma elettronica Referenti territoriali per assicurare il controllo di tutti gli interventi
	Comunicazione ricezione dell'intervento e liquidazione dello stesso	Ing. Clinica STI Manutenzioni Progettazione e direzione lavori Manutenzioni	Controlli inadeguati / omissione di controlli	MEDIO	

	Rilevazioni contabili (in caso di manutenzione straordinaria - capitalizzazione dei costi)	UOC Bilancio	Rischi contabili	BASSO	Controlli documentali
Gestione patrimonio immobiliare	Rilevazione fabbisogno di nuovi spazi	Dir. Sanitaria		BASSO	
	Valutazione iniziale dell'opportunità di locazione	Patrimonio Progettazione Manutenzioni	Non corretta procedura di identificazione degli spazi Mancata adeguata ed esauriente valutazione del mercato pubblico (istruttoria incompleta)	MEDIO	Valutazione della Commissione congruità Controllo esterno regione Lazio
	Identificazione degli immobili Prima immobili pubblici, poi privati	Patrimonio, Progettazione, Manutenzione		MEDIO	
	Valutazione di congruità (requisiti economici canone locazione rispetto al mercato)	Commissione di congruità (tecnici aziendali, membro giuridico, tecnico esterno)	Valutazione non congrua	MEDIO	Allo studio supporto dell'agenzia del demanio
	Presenza in carico dell'immobile Contratto e procedimenti contabili	Patrimonio	Valutazione manutenzioni non congrua (non corretta suddivisione carico tra proprietario-azienda)	BASSO	
	Messa in servizio dell'immobile (inserimento nel PES e nel programma di manutenzioni edili – vedi processo contratti)	Manutenzioni e progettazione lavori	Valutazione manutenzioni non congrua (non corretta suddivisione carico tra proprietario-azienda)	BASSO	
	Liquidazione canoni	Patrimonio Bilancio	Rispetto dei termini	BASSO	Verifiche periodiche budget e scostamenti

					+ controllo regionale su mancate liquidazioni
--	--	--	--	--	---

	Monitoraggio degli aspetti di natura economica	Patrimonio Avvocatura (in caso di criticità)	Valutazioni tecniche ed economiche inadeguate (es. interventi a carico del locatore eseguiti a spesa dell'Azienda)	BASSO	
	Monitoraggio stato immobile	Manutenzioni Patrimonio nel caso di immobili in affitto – comodato d'uso Avvocatura (in caso di criticità)	Valutazioni tecniche ed economiche inadeguate (es. interventi a carico del locatore eseguiti a spesa dell'Azienda)	BASSO	

	In caso direzione sanitaria/generale/amministrativa valuti inadeguatezza o non economicità del canone dell'immobile, preavviso per chiusura contratto	Patrimonio			

Valorizzazione patrimonio monumentale - Progetti ristrutturazione/conservazione – (raccordo con Soprintendenza)	Progetti ristrutturazione/conservazione	Patrimonio Progettazione lavori Manutenzioni Soprintendenza		BASSO	
Valorizzazione patrimonio monumentale	Valorizzazione del patrimonio aziendale ai fini dell'ampliamento della visibilità e immagine del patrimonio monumentale: - Visite guidate - Progetti culturali - Accesso alla Biblioteca Lancisiana per studi; - Prestiti opere d'arte	Patrimonio	Mancata previsione del canone/tariffa Prezzo/ agevolati Favorire determinati soggetti	BASSO	
Valorizzazione patrimonio monumentale – Concessioni d'uso delle sale storiche <i>Per es: per produzioni cinematografiche, convegni/eventi</i>	Richiesta del privato tramite l'apposita modulistica (<i>ogni sito ha il proprio modulo</i>) Esame della richiesta al fine di valutare la congruità rispetto ai valori aziendali	Privato Direzione Aziendale Patrimonio		BASSO	Pagamento anticipato su IBAN aziendale Revisione /Ampliamento regolamento d'uso spazi aziendali (ex RM E che si

	Presentazione offerta che, pur in presenza di canoni prestabiliti dall'apposito regolamento, può essere personalizzata tramite ad esempio: a. pacchetti b. rimborso spese (1/5) nel caso in cui l'evento coinvolga la direzione aziendale / azienda	Patrimonio	Pacchetti volti ad agevolare un particolare soggetto		sta perfezionando per RM1)
	Definizione del Contratto e richiesta di assicurazione/sicurezza dipendenti delle società coinvolte	Patrimonio			Previsione nel regolamento di esemplificazione pacchetti
	Esecuzione evento	Privato			
	Controllo in itinere ed ex post al fine di verificare il corretto ripristino dei luoghi	DEC Vigilanza Ufficio Patrimonio	Rischio omissione di controllo		
	Chiusura contratto e pagamento		Mancata fatturazione		
Gestione locazioni attive	Individuazione degli spazi da concedere in uso attraverso i seguenti criteri:	Patrimonio	Mancato utilizzo degli spazi (si configura anche come danno erariale)	MEDIO	

	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione storica - evitare di tenerli inutilizzati - es. spazi per distributori automatici 				
	Richiesta procedura di gara ad ABS per concessione (es. farmacia, bar, et)	Patrimonio			BASSO
	Gestione della gara	ABS			SI VEDA PROCESSO ACQUISTI
	Gestione contratto	Patrimonio con DEC del contratto			SI VEDA PROCESSO ACQUISTI
	Gestione controversie su eventuale alert della Ragioneria	Avvocatura Patrimonio DEC del contratto	Mancato/ritardato pagamento del canone Omissione di controllo Valutazione discrezionale su aspetti economici (es. rateizzazione)		MEDIO
Gestione beni mobili	Richiesta di acquisto del bene	Struttura interessata	Richiesta non necessaria/sovrastimata		BASSO
	Acquisto beni mobili (es. arredi/ dispositivi medici)	ABS INGEGNERIA CLINICA			SI VEDA PROCESSO ACQUISTI
	Inventariato e registrazione nel libro cespiti ed etichettatura (per IC ad esito positivo del collaudo)	Patrimonio INGEGNERIA CLINICA <i>(per apparecchiature)</i>	Scostamento tra quanto registrato e quanto realmente presente (es. sottrazione / smarrimento di un bene)		ALTO 1. Inventariato dei beni con ditta esterna: Gara già avviata 2. Controlli a campione
	Trasferimento del bene	Logistica			BASSO

		INGEGNERIA CLINICA (per apparecchiature)			
	Gestione del bene	UO competente	Incauto utilizzo (che genera costi a causa di richieste di manutenzioni straordinarie)	BASSO	
	Proposta di fuori uso tecnico / fine uso (per eventuale riutilizzo da parte di altre strutture)	Struttura interessata		BASSO	
	Valutazione della proposta di fuori uso/fine uso	STI INGEGNERIA CLINICA (per apparecchiature) Logistica	Mancata valutazione idoneità del bene alla dismissione	BASSO	Commissione per valutazione idoneità alla dismissione
	Verbale/nullaosta tecnico al fuori uso/fine uso	STI INGEGNERIA CLINICA (per apparecchiature) Logistica		BASSO	
	Provvedimento di dismissione e cancellazione dal libro cespiti o, in caso di fine uso, riassegnazione ad altra UO	Patrimonio Bilancio	Mancata cancellazione dal libro cespiti	ALTO	Tracciabilità Obbligo di comunicazione di variazione del bene (es. spostamento) Informative e responsabilizzazione
	Smaltimento	Logistica Ingegneria Clinica (per apparecchiature)		BASSO	

Affidamento di lavori, servizi e forniture e gestione del contratto

AREA DI RISCHIO	CONTRATTI PUBBLICI					
PROCESSO	AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E GESTIONE DEL CONTRATTO					
	INPUT	OUTPUT				
	Fabbisogno specifico	Bene/servizio acquisito Lavoro effettuato				
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo necessario all'acquisizione di beni, servizi e lavori					
RESPONSABILE DEL PROCESSO	ABS					
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Programmazione	Elaborazione piano fabbisogni tenuto conto del budget/ emissione della singola richiesta di acquisto	UUOO richiedenti	Fabbisogno non reali, non coerenti con le reali necessità ed eccedenti Fabbisogni sottostimati finalizzati all'affidamento diretto. Fabbisogno rilevato per le apparecchiature senza considerare i materiali di consumo.	Modulistica già esistente	ALTA	Misura di organizzazione (adottata): Supporto e coordinamento delle attività di programmazione del Servizio "Qualità appalti" ai responsabili della programmazione Misura di regolamentazione adottata: procedura di definizione del programma triennale tramite piattaforma

			Mancata coerenza complessità dell'acquisto – correttezza della procedura			<p>Misura di regolamentazione: Linee guida sulla programmazione (in fase di aggiornamento, sulla base del nuovo modulo applicativo). Tra i contenuti minimi si citano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formalizzazione iter richiesta - motivazione all'acquisto <p>Misura di trasparenza: Obbligo reportistica e raccolta dati (anche con il supporto del controllo di gestione) per tutti i contratti ai fini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migliore definizione fabbisogno - Migliore verifica esecuzione contratto
	Ricezione e validazione richiesta di acquisto	Centri ordinatori diretti di spesa				BASSA
Programmazione – Area del farmaco	Richiesta del fabbisogno attraverso il quale individuare: <ul style="list-style-type: none"> - il consumo storico; - un fabbisogno ad hoc. 	Farmaceutica ABS Ingegneria Clinica				

	Verifica della congruenza del fabbisogno, con particolare riferimento ai dispositivi medici (budget/storico)	Farmaceutica e strutture richiedenti				
	Invio del fabbisogno all'ABS per la predisposizione della gara	Farmaceutica				
	Nomina del RUP 1	ABS Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Manutenzioni In caso di gare particolarmente complesse o innovative Qualità Appalti			BASSA	
Progettazione della gara	Laddove necessario, effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato	ABS Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Manutenzioni	Eccessiva richiesta di informazioni e loro utilizzo distorto		BASSA	Misura di regolamentazione: Promuovere in Azienda l'utilizzo delle consultazioni preliminari, prevedendo una procedura che ne garantisca un uso uniforme e strutturato
	Predisposizione capitolato con: - caratteristiche tecniche minime;	UUOO richiedenti in collaborazione con: • ABS	"Bando fotografia"		ALTA	Misure di regolamentazione (adottata):

	<ul style="list-style-type: none"> - criteri di attribuzione del punteggio - definizione base di gara (prezzi) - eventuale suddivisione in lotti 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingegneria Clinica • Progettazione lavori • STI • Logistica • Manutenzioni • In caso di gare particolarmente complesse o innovative Qualità Appalti 	<p>Non considerare criticità rilevate nei precedenti bandi</p> <p>Rischi relativi ad errato dimensionamento correlati al fabbisogno non corretto</p> <p>Definizione base di gara “gonfiata” (in virtù di un fabbisogno errato)</p> <p>Specifiche indicate dai clinici volti a favorire taluni fornitori</p> <p>Incorretta definizione delle penali nel capitolato</p> <p>“fuga notizie” contenuti del bando</p> <p>Specifiche tecniche non corrette (eccessive o generiche)</p> <p>Definizione dei criteri per l’offerta</p>			<p>Formalizzazione di una procedura chiara al fine di rendere maggiormente trasparente il lavoro sul capitolato e le responsabilità connesse (es. obbligo di firma del Capitolato, maggiore trasparenza sulle persone che lavorano sul capitolato, confronto tra struttura e ABS)</p> <p>Istituzione del Gdl per l’elaborazione dei capitolati tecnici complessi e di rilevanza strategica (prot. 8466/2022)</p> <p>Misura di organizzazione (adottata)</p> <p>Per gare complesse/rilevanti: gestione da parte della Qualità Appalti in collaborazione con le altre strutture interessate;</p> <p>formazione di gruppi di lavoro su singole gare, formati da persone competenti per materia,</p>
--	---	---	--	--	--	--

			economicamente più vantaggiosa volti a favorire taluni operatori (vedi rischio criteri sopra			per gestione contratto, per conoscenza materia appalti Misura di disciplina del conflitto di interessi: Acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse ai componenti del GDL Misura di trasparenza: Trasparenza nella definizione dei criteri/punteggi e presenza sia di tecnici che di amministrativi per la loro migliore formulazione
	Adozione della determina a contrarre: - individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento; - individuazione degli elementi essenziali del contratto; - determinazione dell'importo del contratto;	ABS Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Manutenzioni Qualità appalti (in assistenza al RUP)	Rischi correlati alle fasi precedenti Improprio ricorso ad affidamenti diretti e procedure negoziate (deriva dal fatto che a monte sono stati individuate cifre/cifre non coerenti)			MEDIA Misura di trasparenza: Analisi di mercato e acquisizione più preventivi (almeno sopra i 40.000 Euro) fatte salve eccezioni Misura di rotazione: Rispetto del principio di

	<ul style="list-style-type: none"> - scelta della procedura di aggiudicazione; - elaborazione atti di gara; - acquisizione CIG. 	per acquisizione CIG				rotazione degli affidamenti; Misura di regolamentazione: Linea guida sul CIG
Selezione del contraente	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari (per es. richieste chiarimenti delle ditte)	ABS Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Manutenzioni in collaborazione con UUOO richiedenti Qualità Appalti	Pubblicazione in periodi o con scadenze particolari per non dare visibilità alla procedura			BASSA
	Nomina della commissione di gara	ABS Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Manutenzioni in collaborazione con UUOO richiedenti (in assenza di albo commissari suggeriscono)	Commissari in conflitto di interessi			MEDIA

		nominativi di esperti)				Sorteggio (solo se numero sufficiente) su albo interno
	Verifica dei requisiti minimi amministrativi di partecipazione	RUP	Discrezionalità nelle verifiche delle autodichiarazioni - requisiti generali			BASSA
	Gestione delle sedute di gara	RUP e Commissione Tecnica (offerta tecnica + economica)				BASSA
	Valutazione tecnica delle offerte	Commissione	Discrezionalità nelle valutazioni			MEDIA
	Valutazione offerte economiche	Commissione				BASSA
	Verifica delle anomalie dell'offerta	RUP con supporto commissione	Istruttoria non adeguata sulla			MEDIA
						<p><i>Le misure sono strettamente correlate alle fasi a monte e a valle del processo. In particolare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>corretta definizione dei criteri nel capitolato (ex ante)</i> - <i>controllo della correttezza procedurale/coerenza (ex post)</i> <p>Misure di controllo: Confronto a coppie</p> <p>Misure di organizzazione: - Numero di persone coinvolte nell'attività</p>

			valutazione dei giustificativi			- Formazione RUP - Utilizzo di check-list
	Proposta aggiudicazione	RUP (se ci sono offerte anomale) Commissione	Verifica non adeguata sul corretto operato della Commissione		BASSA	
	Delibera aggiudicazione e Nomina DEC	ABS Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Manutenzioni Logistica (<i>in alcuni casi</i>)	Verifica non adeguata sul corretto operato della Commissione e RUP		BASSA	
	Delibera aggiudicazione in caso di affidamenti diretti	Tutte le strutture			MEDIA	PER AFFIDAMENTI DIRETTI (<i>MISURE A MONTE</i>)
	Comunicazione dell'aggiudicazione	RUP 1			BASSA	
	Eventuale annullamento /revoca della gara	RUP ABS Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Manutenzioni	Annullamento artificioso della gara per sfavorire la ditta vincitrice		BASSA	Misura di trasparenza: Motivazione del provvedimento
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Acquisizione documenti ai fini della verifica dei requisiti (per la stipula del contratto)	Qualità appalti (controlli art. 94)	Incompletezza/discrezionalità della documentazione da sottoporre a verifica		MEDIA	Misura di regolamentazione: Linea guida (della Qualità appalti)
	Acquisizione degli esiti del primo controllo da qualità		Valutazione discrezionale su		MEDIA	Misura di trasparenza:

	appalti per la verifica e contestuale comunicazione esito controlli e attribuzione efficacia dell'aggiudicazione		alcuni requisiti per favorire il fornitore			Motivazione adeguata della valutazione discrezionale
	Stipula del contratto previa verifica della documentazione acquisita dall'Operatore Economico per la stipula	Qualità appalti	Ritardi nella stipula ai fini di far conseguire un vantaggio non dovuto a chi ha il contratto ancora attivo		MEDIA	Misura di organizzazione adottata: Introduzione della struttura "Qualità Appalti" Misura di regolamentazione: Introduzione della nuova procedura per accelerare stipula contratto
Esecuzione del contratto	Formalizzazione dell'avvio della fornitura tramite: - Verbale (in caso di servizi/lavori) a firma del DEC, RUP FASE ESECUZIONE e ditta; - Ordine di acquisto (in caso di forniture); - Collaudo (in caso di forniture dell'Ingegneria Clinica)	DEC su disposizione del RUP FASE ESECUZIONE	Ritardo dell'avvio del servizio per avvantaggiare vecchio fornitore Non tempestivo inserimento in anagrafica dei dati relativi alla ditta, al contratto e ai prodotti (con inserimento prezzo corretto della fornitura)		BASSA	Misure di organizzazione: Proceduralizzazione (documenti da richiedere alla ditta per velocizzare inserimento anagrafica) Per collaudo (pluralità di soggetti coinvolti)

			Collaudo non conforme volto a favorire ditta			
	Verifiche in corso di esecuzione anche tramite riunioni periodiche (frequenza varia a seconda della complessità del servizio)	Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Logistica Manutenzioni	Verifiche inadeguate rispetto al reale andamento del contratto e del rispetto di tutte le prescrizioni contrattuali Mancato controllo sulle prestazioni accessorie (che fanno parte del contratto)		MEDIA	Misure di organizzazione: Formazione/sensibilizzazione ai DEC per migliorare conoscenza su quello che devono gestire Invio tempestivo ai DEC di tutta la documentazione Incontri preliminari all'avvio del contratto che coinvolge RUP1, RUP2 e DEC
	Attestazione SAL da parte del DEC, relativa verifica ed effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione (RUP)	Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Logistica Manutenzioni	Non tempestivo inserimento dati (di conseguenza non consentono tempestiva fatturazione della ditta) Verifiche inadeguate volte a effettuare pagamento SAL anche non dovuto		MEDIA	Misure di organizzazione: Per appalti complessi: rete di supporto/assistenti al DEC (e relativa modulistica - check list per verifiche da fare) di soggetti con varie competenze ai fini del miglioramento del controllo e relativa attestazione Caricamento documenti su C4H
	Gestione subappalto		Mancata verifica corrispondenza		MEDIA	Misure di controllo:

			<p>percentuale subappalto DEC + RUP</p> <p>Mancata verifica sui requisiti</p> <p>Incompletezza (discrezionale) della documentazione da sottoporre a verifica</p> <p>Valutazione discrezionale su alcuni requisiti per favorire il fornitore (NB: come controlli aggiudicazione)</p> <p>Mancata formalizzazione provvedimento RUP2</p>		<p>Verifiche sul subappaltatore (Qualità appalti)</p> <p>Formalizzazione con provvedimento di autorizzazione RUP2</p> <p>Formazione/sensibilizzazione ai DEC per migliorare conoscenza su quello che devono gestire</p>
	Eventuali modifiche al contratto originario	<p>ABS</p> <p>Ingegneria Clinica</p> <p>Progettazione lavori</p> <p>STI</p> <p>Logistica</p> <p>Manutenzioni</p> <p>Qualità Appalti</p>	<p>Modifiche sostanziali (anche non sostanziali – difficoltà di interpretare correttamente servizi complementari) degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d’oneri</p>		<p>ALTA</p> <p>Misure di organizzazione adottate:</p> <p>Consulenza della struttura Qualità Appalti (anche a supporto delle strutture che non hanno amministrativi</p> <p>CIRCOLARI AZIENDALI</p>

			<p>introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio.</p> <p><i>Quinto d'obbligo</i></p> <p>(errati fabbisogni che possono portare a variazioni anche sostanziali)</p>			<p>Sopra 20% e per servizi complementari → intervento di più strutture (discrezionalità) e supporto della struttura Qualità Appalti nella individuazione corretta della giusta fattispecie (consentito o meno)</p> <p>Provvedimento formale di modifica o nuova gara e relative comunicazioni ad ANAC</p>
	Gestione dei miglioramenti tecnologici nel caso di variazioni minimali del prodotto	Ingegneria Clinica STI	<p>Modifica sostanziale del contratto attraverso miglioramento tecnologico (al fine di evitare nuova gara)</p> <p>Consegna apparecchiature sconto merce che necessitano dei consumabili da acquistare separatamente</p>			
	Gestione delle controversie Applicazione penali	Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI	Mancata applicazione delle		MEDIA	Misure di regolamentazione:

		Logistica Manutenzioni	penali (vedi anche sotto) ----- Costruzione della penale non sufficientemente dettagliata (nel capitolato)			Ai fini della corretta definizione delle penali, confronto tra professionalità diverse per costruzione dettagliate penali (coinvolgimento di persone che hanno gestito gare simili per migliore identificazione criticità) Analisi delle vecchie gare al fine di identificare le criticità passate e dettagliare meglio le penali
Rendicontazione e monitoraggio del contratto	Attività del DEC sul controllo del contratto	DEC	Mancata rilevazione dei comportamenti non conformi anche ai fini della mancata applicazione delle penali		MEDIA	
	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo) o, per Ingegneria Clinica nomina DEC per collaudo (istallazioni forniture di importo elevato o	Progettazione lavori Manutenzioni STI Ingegneria Clinica	(trasparenza nomina e competenza collaudatore)		MEDIA	Misure di trasparenza: - Definizione e aggiornamento dell'albo collaudatori aziendale

	tipologia/complessità apparecchiatura)					- Nomina tramite avviso pubblico
	Procedimento di verifica della corretta esecuzione del contratto nel rispetto delle condizioni contrattuali tramite attestazione di regolare esecuzione e chiusura del contratto tramite: Regolare esecuzione - Verbale di ultimazione prestazioni (tutti servizi) - Sottoscrizione RUP 2 e Ditta (Logistica) - Collaudo – in caso di lavori, in presenza della ditta	DEC del Contratto Sottoscrizione RUP 2 e	Omissione di controlli Collusione con la ditta			Misure di trasparenza: - Presenza di RUP ESECUZIONE e DEC - Relazione/reportistica sul contratto da parte del fornitore Tracciabilità contratto - contestazioni - verbali riunioni - eventuali modifiche - Utilizzo relazioni dei SAL
	In caso di assoluta necessità/urgenza, proroga finalizzata ad assicurare continuità del servizio fino ad espletamento nuova gara (contestuale all'indizione della nuova gara)	DEC del Contratto RUP 2 (struttura che gestisce il servizio)	Avvio ritardato di nuova gara – invio tardivo della richiesta di nuova indizione per favorire ditta Durata lavori artificialmente prolungata al fine di favorire i soggetti con contratto in chiusura ai fini della proroga			Misure di controllo: Monitoraggio delle tempistiche - formalizzazione scadenario (in capo al servizio) e supporto al monitoraggio da parte del nuovo servizio qualità appalti Linee guida della qualità appalti

	Eventuale rinnovo del contratto		Rinnovo "automatico" e non adeguatamente motivato		MEDIA	Misure di trasparenza: Adeguate valutazione e relativa formalizzazione della decisione di rinnovo
--	---------------------------------	--	---	--	--------------	--

Affidamento di lavori, servizi e forniture e gestione del contratto_PNRR

AREA DI RISCHIO	CONTRATTI PUBBLICI					
PROCESSO	AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E GESTIONE DEL CONTRATTO_PNRR					
	INPUT	OUTPUT				
	Fabbisogno specifico	Bene/servizio acquisito Lavoro effettuato				
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta del processo necessario all'acquisizione di beni, servizi e lavori finanziati con i fondi del PNRR					
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Le strutture del Dipartimento Tecnico Patrimoniale					
FASE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Programmazione	Elaborazione piano fabbisogni tenuto conto del budget/ emissione della singola richiesta di acquisto	Dip. tecnico	Fabbisogno non reali, non coerenti con le reali necessità ed eccedenti Fabbisogni sottostimati finalizzati all'affidamento diretto Fabbisogno rilevato per le apparecchiature senza considerare i	Modulistica già esistente	ALTA	Supporto e coordinamento delle attività di programmazione del Servizio "Qualità appalti" ai responsabili della programmazione Pianificazione interna

			materiali di consumo. Mancata coerenza complessità dell'acquisto – correttezza della procedura			
	Laddove necessario, effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato	ABS UOC Ingegneria Clinica MASI STIC PDL	Eccessiva richiesta di informazioni e loro utilizzo distorto			BASSA
Progettazione della gara	Predisposizione capitolato con: - caratteristiche tecniche minime; - criteri di attribuzione del punteggio - definizione base di gara (prezzi) - eventuale suddivisione in lotti	ABS UOC Ingegneria Clinica MASI STIC PDL	“Bando fotografia” Non considerare criticità rilevate nei precedenti bandi Rischi relativi ad errato dimensionamento correlati al fabbisogno non corretto Definizione base di gara “gonfiata” (in virtù di un fabbisogno errato)			ALTA Per gare complesse/rilevanti: - gestione da parte della Qualità Appalti in collaborazione con le altre strutture interessate; - formazione di gruppi di lavoro su singole gare, formati da persone competenti per materia, per gestione contratto, per conoscenza materia appalti

			<p>Specifiche indicate dai richiedenti a favorire taluni fornitori</p> <p>Incorretta definizione delle penali nel capitolato</p> <p>“fuga notizie” contenuti del bando</p> <p>Specifiche tecniche non corrette (eccessive o generiche)</p> <p>Definizione dei criteri per l’offerta economicamente più vantaggiosa volti a favorire taluni operatori</p>			<p>Trasparenza nella definizione dei criteri/punteggi e presenza sia di tecnici che di amministrativi per la loro migliore formulazione</p> <p>Monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell’intervento al fine di individuare eventuali anomalie che possono incidere sui tempi di attuazione dei programmi</p>
	<p>Adozione della determina a contrarre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuazione dello strumento/istituto per l’affidamento; - individuazione degli elementi essenziali del contratto; - determinazione dell’importo del contratto; - scelta della procedura di aggiudicazione; - elaborazione atti di gara; 	<p>ABS</p> <p>UOC Ingegneria Clinica</p> <p>MASI</p> <p>STIC</p> <p>PDL</p>	<p>Rischi correlati alle fasi precedenti</p> <p>Improprio ricorso ad affidamenti diretti e procedure negoziate (<i>deriva dal fatto che a monte sono stati individuate cifre/cifre non coerenti</i>)</p>		MEDIA	<p>Definizione di criteri chiari da seguire nell’affidamento dei contratti sopra soglia mediante procedure negoziate senza bando (casi di ammissibilità, modalità di selezione degli operatori economici da invitare alle procedure negoziate ecc.).</p>

	acquisizione CIG.					Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre motivazioni che hanno indotto al ricorso alla procedura negoziata
Selezione del contraente	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari (per es. richieste chiarimenti delle ditte)	ABS UOC Ingegneria Clinica UOC STI UOC MASI PDL	Pubblicazione in periodi o con scadenze particolari per non dare visibilità alla procedura		BASSA	Monitoraggio delle scadenze delle pubblicazioni al fine di evitare che le stesse ricadano in periodi particolari (es. agosto)
	Nomina della commissione di gara	ABS UOC Ingegneria Clinica UOC STI UOC MASI PDL	Nomina di commissari in conflitto di interessi		MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> Dichiarazione di conflitto di interesse Rotazione dei commissari
	Verifica dei requisiti minimi amministrativi di partecipazione	RUP di gara (RUP 1)	Discrezionalità nelle verifiche delle autodichiarazioni - requisiti generali		BASSA	Redazione e successiva verifica da parte dell'ufficio controlli
	Valutazione tecnica delle offerte	Commissione	Discrezionalità nelle valutazioni		MEDIA	<i>Redazione verbale oggetto di approvazione del RUP</i> <i>Corretta applicazione dell'istituto del "chiarimento"</i> <ul style="list-style-type: none"> <i>Verifiche della corretta attuazione</i>

						<i>del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese inserite negli elenchi.</i>	
	Valutazione offerte economiche	Commissione				BASSA	
	Verifica delle anomalie dell'offerta e eventuale attivazione sub procedimento a carico del RUP	RUP Commissione	Istruttoria non adeguata sulla valutazione dei giustificativi			MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione collegiale (da prediligere) • Formazione RUP • Utilizzo di Check list
	Proposta aggiudicazione	Commissione	Verifica non adeguata sul corretto operato della Commissione			BASSA	
	Delibera aggiudicazione e Nomina DEC	ABS Ingegneria Clinica Progettazione lavori STI Manutenzioni Logistica (<i>in alcuni casi</i>)	Verifica non adeguata sul corretto operato della Commissione e RUP			BASSA	
	Delibera aggiudicazione in caso di affidamenti diretti	Dip. Tecnico Dip. Amministrativo				MEDIA	

						<p>Misure di controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica della corretta attuazione del principio di rotazione • Aggiornamento tempestivo degli elenchi di O.E. interessati a partecipare alle procedure della ASL RM 1 • Creazione del software relativo al bando degli operatori
	Eventuale annullamento /revoca della gara	Dip. Tecnico Dip. Amministrativo	Annullamento artificioso della gara per sfavorire la ditta vincitrice		BASSA	Misura di trasparenza: Motivazione del provvedimento
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Acquisizione documenti ai fini della verifica dei requisiti (per la stipula del contratto)	Tutte le strutture con Q.A.	Incompletezza/discrezionalità della documentazione da sottoporre a verifica		MEDIA	
	Acquisizione degli esiti del primo controllo da qualità appalti per la verifica e contestuale comunicazione esito controlli e attribuzione efficacia dell'aggiudicazione	Tutte le strutture con Q.A.	Valutazione discrezionale su alcuni requisiti per favorire il fornitore		MEDIA	Misura di trasparenza: Motivazione adeguata della valutazione discrezionale Attuazione tramite Lean Contratti
	Stipula del contratto previa verifica della documentazione	Tutte le strutture con Q.A.	Ritardi nella stipula ai fini di far conseguire un vantaggio non		MEDIA	Attuazione tramite Lean Contratti

	acquisita dall'Operatore Economico per la stipula		dovuto a chi ha il contratto ancora attivo			
Esecuzione del contratto	<p>Formalizzazione dell'avvio della fornitura tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbale (in caso di servizi/lavori) a firma del DEC, RUP 2 e ditta; - Ordine di acquisto (in caso di forniture); - Collaudo - Liquidazione fattura 	Tutte le strutture a cui afferisce il RUP2 DEC CCS	<p>Ritardo dell'avvio del servizio per avvantaggiare vecchio fornitore</p> <p>Non tempestivo inserimento in anagrafica dei dai relativi alla ditta, al contratto e ai prodotti (con inserimento prezzo corretto della fornitura)</p> <p>Collaudo non conforme volto a favorire ditta</p>		BASSA	<ul style="list-style-type: none"> • Per collaudo (pluralità di soggetti coinvolti) • Rispetto della modulistica aziendale per tracciabilità • Rispetto della modulistica aziendale e acquisizione DEC
		UOC Bilancio e Contabilità	Ordine di acquisto			
	Verifiche in corso di esecuzione anche tramite riunioni periodiche (frequenza varia a seconda della complessità del servizio)	Tutte le strutture a cui afferisce il RUP2 DEC CCS	Verifiche inadeguate rispetto al reale andamento del contratto e del rispetto di tutte le prescrizioni contrattuali		MEDIA	<p>Misure di organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione/sensibilizzazione ai DEC per migliorare conoscenza su quello che devono gestire • Invio tempestivo ai DEC di tutta la documentazione

			Mancato controllo sulle prestazioni accessorie (che fanno parte del contratto)			<ul style="list-style-type: none"> Incontri preliminari all'avvio del contratto che coinvolge RUP1, RUP2 e DEC
	Attestazione SAL	Tutte le strutture a cui afferisce il RUP2 DEC CCS	Non tempestivo inserimento dati (di conseguenza non consentono tempestiva fatturazione della ditta) Verifiche inadeguate volte a effettuare pagamento SAL anche non dovuto		MEDIA	<p>Misure di organizzazione: Per appalti complessi: rete di supporto/assistenti al DEC (e relativa modulistica - check list per verifiche da fare) di soggetti con varie competenze ai fini del miglioramento del controllo e relativa attestazione</p> <p>Caricamento documenti su C4H</p>
	Esecuzione del contratto. Certificato di pagamento, DDT per le forniture, verbale di consegna e modulo di collaudo	Tutte le strutture a cui afferisce il RUP2 DEC CCS				
	Liquidazione e effettuazione pagamento	UOC Bilancio e Contabilità				
	Gestione subappalto	Tutte le strutture a cui afferisce il RUP2 DEC CCS	Mancata verifica corrispondenza percentuale subappalto DEC + RUP		MEDIA	<p>Misure di controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verifiche sul subappaltatore <p>Misure di organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formazione/sensibilizzazione ai DEC per migliorare

			<p>Mancata verifica sui requisiti</p> <p>Incompletezza (discrezionale) della documentazione da sottoporre a verifica</p> <p>Valutazione discrezionale su alcuni requisiti per favorire il fornitore (NB: come controlli aggiudicazione)</p> <p>Mancata formalizzazione provvedimento RUP2</p>		<p>conoscenza su quello che devono gestire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attenta valutazione delle attività/prestazioni maggiormente a rischio di infiltrazione criminale per le quali, ai sensi del comma 17 dell'art. 119, sarebbe sconsigliato il subappalto a cascata. <p>Misure di controllo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.
Eventuali modifiche al contratto originario	UOC Ingegneria Clinica	Modifiche sostanziali (anche non		ALTA	Supporto alla struttura ABS/Q.A.

		PDL UOC MASI	<p>sostanziali – difficoltà di interpretare correttamente servizi complementari) degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d’oneri introducendo elementi che, se previsti fin dall’inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio.</p> <p><i>Quinto d’obbligo</i></p> <p>(errati fabbisogni che possono portare a variazioni anche sostanziali)</p>			<p>Misure di trasparenza: Provvedimento formale di modifica o nuova gara e relative comunicazioni ad ANAC</p>
	Gestione dei miglioramenti tecnologici nel caso di variazioni minimali del prodotto	UOC Ingegneria Clinica UOC STIC	<p>Modifica sostanziale del contratto attraverso miglioramento tecnologico (al fine di evitare nuova gara)</p> <p>Consegna apparecchiature sconto merce che necessitano dei consumabili da</p>			

			acquistare separatamente			
	Gestione delle controversie Applicazione penali	RUP 2 DEC	Mancata applicazione delle penali (vedi anche sotto) Costruzione della penale non sufficientemente dettagliata (nel capitolato)		MEDIA	Misure di regolazione: <ul style="list-style-type: none"> • Ai fini della corretta definizione delle penali: confronto tra professionalità diverse anche attraverso il coinvolgimento di persone che hanno gestito gare simili per migliore identificazione criticità • Analisi delle vecchie gare al fine di identificare le criticità passate e dettagliare meglio le penali
Rendicontazione e monitoraggio del contratto	Attività del DEC sul controllo del contratto	DEC	Mancata rilevazione dei comportamenti non conformi anche ai fini della mancata applicazione delle penali		MEDIA	

	<p>Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo) o, per Ingegneria Clinica nomina DEC per collaudo (istallazioni forniture di importo elevato o tipologia/complessità apparecchiatura)</p>	<p>UOC MASI UOC PDL UOC Ingegneria Clinica</p>	<p>(trasparenza nomina e competenza collaudatore)</p>		<p>MEDIA</p>	<p>Misure di trasparenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione dell'albo collaudatori aziendale - Nomina tramite avviso pubblico
	<p>Procedimento di verifica della corretta esecuzione del contratto nel rispetto delle condizioni contrattuali tramite attestazione di regolare esecuzione e chiusura del contratto tramite:</p> <p>Regolare esecuzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbale di ultimazione prestazioni (tutti servizi) - Sottoscrizione RUP 2 e Ditta (Logistica) - Collaudo – in caso di lavori, in presenza della ditta 	<p>UOC MASI UOC PDL UOC Ingegneria Clinica ABS</p>	<p>Omissione di controlli</p> <p>Collusione con la ditta</p>		<p>ALTA</p>	<p>Misure trasparenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relazione/reportistica sul contratto da parte del fornitore • Tracciabilità contratto <ul style="list-style-type: none"> ○ contestazioni ○ verbali riunioni ○ eventuali modifiche ○ Utilizzo relazioni dei SAL <p>Misure di trasparenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione tempestiva da parte dei soggetti deputati alla gestione del contratto (RUP, DL e DEC) del ricorrere delle circostanze connesse al

						<p>riconoscimento del premio di accelerazione</p>
	<p>In caso di assoluta necessità/urgenza, proroga finalizzata ad assicurare continuità del servizio fino ad espletamento nuova gara (contestuale all'indizione della nuova gara)</p>		<p>Avvio ritardato di nuova gara – invio tardivo della richiesta di nuova indizione per favorire ditta</p> <p>Durata lavori artificiosamente prolungata al fine di favorire i soggetti con contratto in chiusura ai fini della proroga</p>			<p>Misure di controllo: Monitoraggio delle tempistiche - formalizzazione scadenario (in capo al servizio) e supporto al monitoraggio da parte di ABS</p>

ALTA

AREA MEDICINA LEGALE

Attività aziendale connessa alla Gestione stragiudiziale dei Sinistri

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO				
PROCESSO	ATTIVITÀ AZIENDALE CONNESSA ALLA GESTIONE STRAGIUDIZIALE SINISTRI				
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE	
PROCEDIMENTI / LINEE DI ATTIVITA' RICOMPRESE	- <i>Parere del CAVS</i>	- <i>Istanza di parte</i> - <i>Istanza di mediazione</i>	- <i>Definizione del sinistro</i>		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	<i>Si tratta della gestione di tutte le attività stragiudiziali previste per la gestione dei sinistri da responsabilità sanitaria e responsabilità civile di competenza del Comitato (danni alla persona)</i>				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Unità Operativa Affari Generali				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ricezione dell'istanza di risarcimento stragiudiziale	Unità Operativa Affari Generali			BASSO	Misura esistente: Riesame interno (in itinere) delle pratiche esaminate
Istanza di mediazione	Unità Operativa Affari Generali Avvocatura			BASSO	

Istruttoria documentale, con particolare riferimento alla raccolta di tutta la documentazione inerente il caso in esame e assegnazione alla Medicina Legale al termine dell'istruttoria	Unità Operativa Affari Generali Per le rispettive competenze Direzione Sanitaria di Presidio o di Distretto e Dipartimento Tecnico-Patrimoniale			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	Misura esistente: Regolamento revisionato per la gestione delle pratiche
Assegnazione della pratica al Medico Legale del Comitato	Medicina Legale	Accordi collusivi. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.		BASSO Ci sono dei margini di discrezionalità nella scelta, ma l'assegnazione viene fatta in funzione dei carichi di lavoro, posto lo stesso livello di competenze del personale a cui può essere assegnata la pratica	
Istruttoria di natura tecnico medico-legale (valutazione dal punto di vista medico della documentazione raccolta)	Medico Legale del Comitato			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Eventuali richieste di integrazioni documentali	CAVS (su richiesta del Medico Legale)			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Eventuale richiesta di visita medico legale anche attraverso il coinvolgimento di ulteriori specialisti	CAVS (su richiesta del Medico Legale)			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la	

				collegialità riduce esposizione al rischio	
Predisposizione della relazione medico legale	Medico Legale del Comitato			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Esame del caso da parte del Comitato anche in presenza del componente esterno del CAVS (loss adjuster), condivisione e assunzione del parere finale	CAVS			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Partecipazione agli incontri di mediazione e partecipazione all'eventuale CTM	Avvocatura Medicina Legale			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Eventuale trasmissione alla Direzione Aziendale della richiesta di autorizzazione alla transazione	Unità Operativa Affari Generali Avvocatura			BASSO	
Autorizzazione alla transazione	Direzione Aziendale			-	
Eventuale accordo transattivo stragiudiziale	CAVS (collaborazione loss adjuster per la quantificazione economica)			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Sottoscrizione dell'accordo	Direttore Generale			-	
Esecuzione dell'accordo (determina di liquidazione)	Unità Operativa Affari Generali			BASSO	

Eventuale trasmissione della reiezione del sinistro all'istante	Unità Operativa Affari Generali			BASSO	
--	------------------------------------	--	--	--------------	--

Attività aziendale connessa alla Gestione giudiziale dei Sinistri

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO				
PROCESSO	ATTIVITÀ AZIENDALE CONNESSA ALLA GESTIONE GIUDIZIALE SINISTRI				
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE	
PROCEDIMENTI / LINEE DI ATTIVITA' RICOMPRESE		Azione giudiziale	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusione dell'azione giudiziale - Transazione nel corso del procedimento giurisdizionale 		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta della gestione dei contenziosi in materia di responsabilità sanitaria e responsabilità civile di competenza del Comitato (danni alla persona)				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Avvocatura				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ricezione o notifica di atto giudiziario	Avvocatura			BASSO	Misura esistente: Riesame interno (in itinere) delle pratiche esaminate

Istruttoria documentale, con particolare riferimento alla raccolta di tutta la documentazione inerente il caso in esame	Avvocatura	Accordi collusivi. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.		MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	Misura esistente: Regolamento revisionato per la gestione delle pratiche
Assegnazione della pratica al Medico Legale dell'Avvocatura o del CAVS che si avvale del supporto di altri specialisti di branca	Avvocatura			BASSO Non c'è discrezionalità nella scelta, l'assegnazione viene fatta per "competenza" a meno che non ci siano indisponibilità	
Istruttoria di natura tecnica medico-legale (valutazione dal punto di vista medico della documentazione raccolta)	Medico Legale Specialista di branca			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Acquisizione della documentazione agli atti del fascicolo giudiziale	Avvocatura			BASSO (AUTOMATISMO)	
Predisposizione della relazione medico legale	Medico Legale Specialista di branca			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Partecipazione alla CTU	Medico Legale Specialista di branca			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di	

				discrezionalità, la collegialità riduce esposizione al rischio	
Eventuale accordo transattivo in corso di giudizio	CAVS (collaborazione loss adjuster per la quantificazione economica)			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità (interna ed esterna con il loss adjuster) riduce esposizione al rischio	
Valutazione dell'opportunità della proposizione dell'appello in caso di soccombenza	CAVS (collaborazione loss adjuster per la quantificazione economica)			MEDIO Pur in presenza di un certo livello di discrezionalità, la collegialità (interna ed esterna con il loss adjuster) riduce esposizione al rischio	
Eventuale trasmissione alla Direzione Aziendale della richiesta di autorizzazione alla transazione	Unità Operativa Affari Generali Avvocatura			BASSO	
Autorizzazione alla transazione	Direzione Aziendale			-	
Sottoscrizione dell'accordo	Direttore Generale			-	
Esecuzione dell'accordo (determina di liquidazione)	Unità Operativa Affari Generali			BASSO	
Pagamento vedi processi del bilancio					

Attività collegiale medico legale aziendale

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO			
PROCESSO	ATTIVITÀ COLLEGIALE MEDICO LEGALE AZIENDALE			
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE
PROCEDIMENTI RICOMPRESI	Accertamento idoneità lavorativa	Istanza del datore di lavoro <u>oppure</u> Istanza del dipendente per il tramite del datore di lavoro	Giudizio sull'idoneità	Le attività previste per la messa in atto del processo risultano particolarmente esposte ad un possibile rischio corruttivo, insito nella natura delle stesse attività. I risultati delle stesse, infatti, possono apportare un considerevole vantaggio al richiedente (anche di natura economica) per l'ottenimento dei quali si possono generare situazioni e/o fenomeni corruttivi che, a loro volta, potrebbero proliferare in un ambiente in cui è poco diffusa la cultura della legalità. Appare, tuttavia, altrettanto vero, che l'attività collegiale può sensibilmente ridurre la portata, specie in presenza di una maggiore condivisione interna.
	Riconoscimento infermità dipendente da causa di servizio	Istanza di parte per tramite del datore di lavoro	Giudizio medico legale	
	Pensione di reversibilità	Istanza di Parte all'INPS	Riconoscimento o meno del diritto	
	Assegno di incollocabilità	Istanza di Parte all'Ente dal quale si sono congedati	Riconoscimento o meno del diritto	
	Ricorsi avverso la non idoneità al porto d'armi	Istanza di parte	Giudizio sull'idoneità	
	Revisione porto d'armi	Richiesta dalla Questura	Giudizio sull'idoneità	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	<p>Si tratta della gestione di tutti i procedimenti ed attività previste per accertare lo stato (di salute, idoneità al lavoro etc.) del richiedente e formulare il relativo giudizio. In particolare, l'attività è sempre svolta in maniera collegiale. Il Collegio, istituito presso l'UOC Medicina Legale, è nominato tramite delibera del Direttore Generale ed è presieduto dal Direttore della Medicina Legale, il quale individua ulteriori due componenti (2 Medici della Medicina Legale). Il Collegio è obbligatoriamente integrato da membri esterni in alcuni casi specifici (esempio presenza componente INPS in alcuni casi o di militari, etc.) ed integrato, se ritenuto opportuno, da specialisti. Il Collegio ha il compito di svolgere l'istruttoria documentale, effettuare le visite mediche e/o ordinare, se necessario, accertamenti specialistici al fine di formulare un giudizio (vincolante) sulla richiesta dell'istante. Pur essendo materie diverse (e soggette a diversa normativa), la procedura messa in atto per la formulazione del giudizio è la medesima in tutti procedimenti di cui si compone il processo in esame.</p>			

RESPONSABILE DEL PROCESSO	Collegio Medico Legale				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ricezione dell'istanza	Collegio Medico Legale	1. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	eccessiva complessità della normativa; inadeguata diffusione della cultura della legalità	CRITICO	<p>MIS_1: Ridefinizione della procedura al fine di renderla maggiormente trasparente e tracciabile (protocollazione, iter della pratica, fascicolazione)</p> <p>MIS_2: Previsione di incontri periodici di condivisione dei casi, di formazione, di diffusione della cultura della legalità all'interno della struttura Formazione (condivisione casi)</p>
Istruttoria della richiesta, con particolare riferimento alla verifica della completezza e congruità della documentazione dal punto di vista medico.	Collegio Medico Legale	1. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati; 2. Smarrimento/manomissione della documentazione; 3. Corresponsione di tangenti o altre utilità per ottenere omissioni di controllo e "corsie preferenziali" nella trattazione delle proprie pratiche;			
Eventuali richieste di integrazione	Collegio Medico Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			
Identificazione del soggetto	Collegio Medico Legale	Omissione di controllo			
Effettuazione della visita medica	Collegio Medico Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			

Definizione del giudizio (vincolante)	Collegio Medico Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			
---------------------------------------	------------------------	---	--	--	--

Rilascio certificazioni (monocratiche)

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO			
PROCESSO	RILASCIO CERTIFICAZIONI (MONOCRATICHE)			
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE
PROCEDIMENTI RICOMPRESI	<i>Rilascio certificato alla guida di autoveicoli e motoveicoli</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (idoneità o non idoneità)</i>	<i>Le attività previste per la messa in atto del processo risultano particolarmente esposte ad un possibile rischio corruttivo, insito nella natura delle stesse attività. I risultati delle stesse, infatti, possono apportare un considerevole vantaggio al richiedente (anche di natura economica) per l'ottenimento dei quali si possono generare situazioni e/o fenomeni corruttivi che, a loro volta, potrebbero proliferare in un ambiente in cui è poco diffusa la cultura della legalità. Al contrario del precedente caso, tuttavia, l'attività non è svolta collegialmente, ma da un singolo soggetto. Risulta, dunque, un'area da presidiare con maggiore attenzione.</i>
	<i>Rilascio certificato alla guida dei natanti</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (idoneità o non idoneità)</i>	
	<i>Rilascio certificato al porto d'armi</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (idoneità o non idoneità)</i>	
	<i>Rilascio certificato all'adozione</i>	<i>Istanza per tramite del Tribunale per i Minorenni</i>	<i>Certificazione (idoneità o non idoneità)</i>	
	<i>Cessione del V dello stipendio</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (esito positivo o negativo)</i>	
	<i>Anticipo della liquidazione</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (esito positivo o negativo)</i>	
	<i>Esenzione all'uso delle cinture di sicurezza</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (esito positivo o negativo)</i>	
	<i>Ammissione al voto assistito e al diritto di voto</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (esito positivo o negativo)</i>	

	<i>Esonero dall'educazione fisica scolastica</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (esito positivo o negativo)</i>		
	<i>Permesso di parcheggio riservato ai portatori di handicap</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (esito positivo o negativo)</i>		
	<i>Astensione anticipata dal lavoro per maternità</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (esito positivo o negativo)</i>		
	<i>Idoneità temporanea o permanente alla guida di auto pubbliche</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione (esito positivo o negativo)</i>		
	<i>Accertamento sullo stato di malattia di familiari detenuti</i>	<i>Richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria</i>	<i>Parere del Medico Legale</i>		
	<i>Visite domiciliari per accertamenti sugli impedimenti a comparire in udienza</i>	<i>Richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria</i>	<i>Parere del Medico Legale</i>		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	<p><i>Si tratta della gestione di tutti i procedimenti ed attività previste per il rilascio di certificazioni di varia natura, previa valutazione medica atta ad accertare il possesso dei requisiti necessari per l'ottenimento della stessa. Si tratta di un'attività monocratica (svolta dal singolo Medico Legale), che ha il compito di svolgere l'istruttoria documentale, effettuare le visite mediche e/o ordinare, se necessario, accertamenti specialistici al fine di rilasciare la certificazione richiesta dell'istante con esito favorevole o meno. Pur essendo materie diverse (e soggette a diversa normativa), la procedura messa in atto per il rilascio della certificazione è la medesima in tutti procedimenti di cui si compone il processo in esame.</i></p>				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Medico Legale				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE

Prenotazione della richiesta (tramite CUP) o Presentazione a sportello	CUP - Medicina Legale	1. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati. 2. Un dipendente favorisce illecitamente individui, associazioni, organizzazioni o gruppi di interesse ai quali è direttamente o indirettamente collegato.	Mancanza controlli Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	CRITICO	MIS_3: Ridefinizione dei controlli (a campione) su: a. correttezza della procedura (attraverso il controllo incrociato dei pagamenti/appuntamenti/documento identità dell'istante); b. congruità del parere espresso (riesame del fascicolo). MIS_4: Ridefinizione ed omogeneizzazione della modulistica prevista per ciascun procedimento e sua diffusione sul portale dell'amministrazione e a sportello.
Ricezione contestuale dell'istanza	Medico Legale	1. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati. 2. Un dipendente favorisce illecitamente individui, associazioni, organizzazioni o gruppi di interesse ai quali è direttamente o indirettamente collegato.			
Identificazione soggetto	Medico Legale	Omissione di controllo			

Istruttoria della richiesta, con particolare riferimento alla verifica della completezza e congruità della documentazione dal punto di vista medico.	Medico Legale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati; 2. Smarrimento/manomissione della documentazione; 3. Corresponsione di tangenti o altre utilità per ottenere omissioni di controllo e "corsie preferenziali" nella trattazione delle proprie pratiche; 			
Effettuazione della visita medica	Medico Legale	Mancata effettuazione visita.			
Eventuale richiesta di visite specialistiche (obbligatorie in caso di richiesta certificato adozione)	Medico Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			
Rilascio certificazione (favorevole o sfavorevole)	Medico Legale	Rilascio del certificato in assenza dei requisiti			

Attività connesse alla partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri (CAVS)

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO				
PROCESSO	ATTIVITÀ CONNESSE ALLA PARTECIPAZIONE AL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CAVS)				
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE	
PROCEDIMENTI / LINEE DI ATTIVITA' RICOMPRESSE	<i>Rilascio parere medico legale</i>	<i>Istanza di parte</i>	<i>Certificazione rilasciata o negata</i>		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	<i>Si tratta della gestione di tutte le attività stragiudiziali previste per il rilascio dei pareri relativi a danni alla persona derivanti da responsabilità dell'azienda o dei singoli professionisti. Si tratta di un'attività collegiale svolta dal Comitato Valutazione Sinistri che si compone di personale della UOC Medicina Legale, UOC Affari Generali e Avvocatura.</i>				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	CAVS				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ricezione dell'istanza	Unità Operativa Affari Generali	Accordi collusivi. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.		CRITICO	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate
Istruttoria documentale, con particolare riferimento alla raccolta di tutta la documentazione inerente il caso in esame	Unità Operativa Affari Generali				

Assegnazione della pratica al Medico Legale	CAVS				
Istruttoria di natura tecnica medico-legale (valutazione della documentazione raccolta dal punto di vista medico)	Medico Legale				
Eventuali richieste di integrazioni documentali	Medico Legale				
Eventuali richieste di ulteriori visite mediche e/o coinvolgimento di specialisti	Medico Legale				
Predisposizione della relazione	Medico Legale				
Discussione della relazione con gli altri Medici Legali afferenti al Comitato	Comitato				
Condivisione del parere	Comitato				
Giudizio finale del Comitato	Comitato				

Autorizzazione al trapianto tra viventi

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO				
PROCESSO	AUTORIZZAZIONE AL TRAPIANTO TRA VIVENTI				
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE	
PROCEDIMENTI RICOMPRESI	Autorizzazione al trapianto tra viventi	Richiesta della Direzione Sanitaria dell'ospedale che ha l'autorizzazione ad effettuare il trapianto	Giudizio rilasciato	L'attività ha la finalità di esprimere un parere meramente sulla correttezza della procedura rispetto alle indicazioni della norma. Si tratta di un'attività che non comporta un rischio rilevante.	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Si tratta dell'espletamento dell'attività istruttoria finalizzata a valutare la correttezza della procedura seguita per l'esecuzione del trapianto				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Medico Legale				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Ricezione della relazione redatta dall'equipe	Medico Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	MARGINALE	
Istruttoria sulla relazione, volta a valutare la correttezza della procedura seguita	Medico Legale				
Relazione del Medico Legale	Medico Legale				
Giudizio finale del Medico Legale	Medico Legale				

Attività necroscopica

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO			
PROCESSO	ATTIVITÀ NECROSCOPICA			
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE
PROCEDIMENTI / LINEE DI ATTIVITA' RICOMPRESSE	Accertamento di morte	Istanza Agenzia funebre (incaricata dai familiari), talvolta familiari o Comune	Relazione necroscopica	
	Trattamento conservativo della salma	Istanza Agenzia funebre (incaricata dai familiari), talvolta familiari o Comune	Autorizzazione	
	Autorizzazione al trasporto di salme, ceneri e resti mortali	Istanza Agenzia funebre (incaricata dai familiari), talvolta familiari o Comune	Autorizzazione	
	Apposizione del Sigillo su feretri destinati all'estero	Istanza Agenzia funebre (incaricata dai familiari), talvolta familiari o Comune	Apposizione sigillo	
	Autorizzazione al trasporto estero di feretri	Istanza Agenzia funebre (incaricata dai familiari), talvolta familiari o Ambasciata	Autorizzazione	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	<p>Accertamento di morte - Si tratta della gestione delle attività previste ai fini dell'accertamento di un decesso. Nella prassi gli addetti di Agenzie Funebri (più raramente direttamente i familiari o il Comune), richiedono l'intervento del medico necroscopo ai fini del relativo accertamento da effettuarsi non prima delle 15 ore dal decesso e non oltre le 30. Il medico esegue l'accertamento e redige una relazione.</p> <p>Trattamento conservativo salma e autorizzazioni trasporto - Si tratta della gestione dei procedimenti per il rilascio di apposito decreto autorizzativo per il trasporto fuori dal Comune di Roma, per i trattamenti conservativi delle salme e apposizione del sigillo sui feretri</p>			
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Medico Legale			

ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Accertamento morte					
Ricezione istanza da parte del Comune/Agenzia Funebre/Familiari	Medicina Legale	1. Collusione con agenzie funebri; 2. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	Mancanza controlli Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	CRITICO	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere
Effettuazione dell'accertamento (dalle 15 alle 30 ore dal decesso)	Medico Legale	1. Mancata effettuazione dell'accertamento;			
Redazione della relazione necroscopica, contenente le generalità del deceduto, l'ora e le cause del decesso	Medico Legale	1. Collusione con agenzie funebri; 2. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati. 3. Falsa dichiarazione attestante l'accertamento (occultamento/manipolazione cause del decesso, scambio di cadaveri, etc.)			
Trattamento conservativo salma e autorizzazioni trasporto					
Ricezione istanza da parte dell'Agenzia Funebre	Medicina Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con	Mancanza controlli Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un		MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere
Istruttoria pratica (controllo documentale)	Medico Legale				

Effettuazione dell'iniezione conservativa	Medico Legale	l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
Autorizzazione/ apposizione sigillo	Medico Legale				
Redazione della dichiarazione finale contenente l'autorizzazione al trasposto	Medico Legale				
Autorizzazione seppellimento prodotti abortivi					
Ricezione istanza da parte dell'ospedale in cui è stato effettuato/avvenuto l'aborto	Medicina Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	Mancanza controlli Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere
Istruttoria pratica (controllo documentale)	Medico Legale				
Rilascio autorizzazione	Medico Legale				

Commissione medico-legale patenti di guida "Roma 1"

AREA DI RISCHIO	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO				
PROCESSO	COMMISSIONE MEDICO-LEGALE PATENTI DI GUIDA "ROMA 1"				
	DENOMINAZIONE	INPUT	OUTPUT	NOTE	
PROCEDIMENTI / LINEE DI ATTIVITA' RICOMPRESSE	<i>Commissione medico-legale patenti di guida "Roma 1"</i>	Istanza singolo o ente Motorizzazione o Prefettura o tramite Agenzia Auto	<i>Parere positivo o negativo</i>	<i>La Commissione Medico Legale Patenti di Guida "Roma 1" è stata oggetto di recente riorganizzazione a causa dei fatti corruttivi emersi nella primavera 2017.</i>	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	<i>Si tratta della gestione delle attività finalizzate alla prenotazione della visita presso la Commissione, verifica della documentazione amministrativa consegnata; visita preliminare, se la Commissione riterrà esaustiva la documentazione esibita, verranno espletate tutte le procedure previste e trasmesse le relative conclusioni all'ufficio della Direzione Generale Dipartimento Trasporti Terrestri per via telematica se il giudizio è favorevole; (in questo caso consegna un certificato di guida temporaneo). Se il giudizio è sfavorevole consegna certificato con la motivazione del parere sfavorevole. Analogo provvedimento sarà comunicato agli organi competenti per la sospensione della patente.</i>				
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Presidente della Commissione e Commissione				
ATTIVITÀ DEL PROCESSO	SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ	EVENTI RISCHIOSI	CAUSE DEL RISCHIO	ESPOSIZIONE AL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Presentazione a sportello	Medicina Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	Mancanza di controlli	CRITICO	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di

Ricezione contestuale istanza	Medicina Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			prenotazione e l'effettuazione della visita;
Identificazione del soggetto	Commissione	Omissione di controllo			b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente;
Istruttoria della richiesta, con particolare riferimento alla verifica della completezza e congruità della documentazione dal punto di vista amministrativo.	Medicina Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			c. Verifica di Il livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata)
Effettuazione della visita medica e contestuale controllo documentazione medica	Commissione	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica;
Eventuale richiesta di visite specialistiche	Commissione	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			e. consegna certificati su appuntamento;
Parere	Commissione	Richiesta e/o accettazione impropria			f. Rinomina della commissione e rotazione membri

		di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			
Comunicazione alla motorizzazione	Medicina Legale	Manomissioni nelle trascrizioni degli anni di sospensione o di rinnovo delle patenti			
Rilascio certificato	Medicina Legale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.			

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
DIREZIONE OSPEDALIERA	Gestione delle liste di attesa	Gestione delle liste di attesa (ricoveri ed interventi chirurgici)	Visita presso medico specialista (in regime istituzionale o libero-professionale) che, anche a seguito di eventuali ulteriori approfondimenti, fa emergere la necessità di un intervento chirurgico.	Misure di regolamentazione	MIS_1: Nuovo regolamento aziendale per la gestione delle liste d'attesa - Delibera Dirigenziale n. 10/2022	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di regolamentazione	MIS_2: Definizione, sulla base del regolamento aziendale, dei regolamenti specifici sulle liste d'attesa dei singoli reparti (contenente, tra gli altri elementi i criteri di priorità). Relativa acquisizione da parte della Direzione Sanitaria di Presidio.	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di controllo	MIS_3: Manutenzione, anche attraverso la pulizia, delle liste d'attesa (volta a ridurre il numero di persone in lista)	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Inserimento dell'utente in lista di attesa tramite sistema informatizzato specificando: •dati dell'utente; •regime (ordinario, day-surgery o ambulatoriale); •classe di priorità dell'intervento; •Istituzionale o ALPI	Misure di controllo	MIS_1.2: Introduzione, all'interno del regolamento, di una specifica disciplina inerente ai controlli specifici sul sistema informativo (es. motivazioni sospensive)	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di trasparenza	MIS_4: Informatizzazione sale operatorie (riclassificazione) e integrazione con software lista d'attesa (in corso)	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di controllo	MIS_5: Introduzione del RUA (Responsabile Unico Lista d'attesa – uno per ogni lista d'attesa) 2020. Effettuazione di monitoraggi periodici e produzione di reportistica. Ciò ai fini di una maggiore responsabilizzazione sulle scelte effettuate sulle liste di attesa.	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di trasparenza	MIS_2.1: Previsione, all'interno del regolamento, del rafforzamento dell'obbligo di esplicitazione della motivazione per la forzatura e previsione di monitoraggi sul rispetto del regolamento	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Programmazione della pre-ospedalizzazione dei pazienti	Misure di trasparenza	Nel campo note della scheda paziente va sempre riportata la motivazione per cui si debba chiamare al ricovero un paziente prima di chi lo precede	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
	A)Se il paziente approva la data del ricovero, viene fatta l'accettazione in ospedale nella data del ricovero ed esce dalla lista d'attesa (automaticamente in casi di regime ambulatoriale, attraverso digistat e automaticamente nel caso di regime ordinario diurno, attraverso ADT) per l'effettuazione dell'intervento (o rinvio)	Misure di regolamentazione	MIS_2: Definizione, sulla base del regolamento aziendale, dei regolamenti specifici sulle liste d'attesa dei singoli reparti (contenente, tra gli altri elementi i criteri di priorità). Relativa acquisizione da parte della Direzione Sanitaria di Presidio.	Medico specialista, primario e coordinatore del Reparto	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
	Attività Libero Professionale Intramuraria	Gestione ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria)	Verifica dell'attività istituzionale per il tramite dei dati forniti da UOC Flussi informativi	Misure di controllo	MIS_1: Analisi qualitative cadenzate, finalizzate al confronto dei volumi istituzionali e in libera professione per specialità	Ufficio ALPI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Gestione appuntamenti	Misure di trasparenza	MIS_2: Condivisione di criteri da rispettare per assegnare il medico al paziente che prenota (se lo stesso non richiede espressamente uno specifico medico). Tra i criteri di assegnazione del medico ad es. urgenza, disponibilità del paziente, vicinanza territoriale, tariffa, etc.	Ufficio ALPI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di organizzazione	MIS_3: Rotazione delle persone all'interno del CUP e presenza contemporanea di almeno 3 operatori	Ufficio ALPI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Richieste in forzatura	Misure di controllo	MIS_4: Centralizzazione degli inserimenti in forzatura e controlli (es. verifica dell'incidenza delle forzature sul singolo operatore)	Ufficio ALPI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Svolgimento ALPI secondo tempi e spazi prestabiliti.	Misure di controllo	MIS_5: Controlli finalizzati a confrontare i livelli di fatturazione medi rispetto al n. di ore e spazi autorizzati	Ufficio ALPI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Misure di controllo	MIS_6: Attivazione del Servizio Ispettivo anche finalizzato alla verifica degli incassi in regime intramoenia allargata	Ufficio ALPI	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024	
			Fatturazione (emessa dall'Azienda)	Misure di trasparenza	MIS_7: Informatizzazione (sistema informatico che registra gli incassi intramoenia + intramoenia allargata) e previsione dell'obbligo dell'utilizzo del POS per essere autorizzato a svolgere l'attività in intramoenia allargata.	Ufficio ALPI	31/12/2025	in corso di attuazione	
			Liquidazione e pagamento ai medici/soggetti che svolgono l'attività a supporto del medico	Misure di controllo	MIS_8: Controlli - (es. controllo trimestrale svolto dall'ALPI e Bilancio dei sospesi e congruenza dati con fatture; controllo mensile svolto dall'ALPI e Trattamento Economico).	Ufficio ALPI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
	Attività successive al decesso intraospedaliero	Attività successive al decesso intraospedaliero – Gestione strutture mortuarie	Decesso del paziente ed immediata comunicazione del personale di struttura ai congiunti.		Misure di regolamentazione	Nuovo regolamento di gestione dell'evento morte in ambito ospedaliero, con il fine di chiarire compiti e responsabilità e ridurre le possibili criticità e i rischi (di qualsiasi natura) insiti nella procedura stessa.	Personale di reparto e Personale addetto alle Camere Mortuarie	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Misure di trasparenza	MIS_1: Pubblicità in reparto sulla lista delle pompe funebri del territorio	Personale di reparto e Personale addetto alle Camere Mortuarie	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Misure di trasparenza	MIS_2: Informativa sulla libera scelta	Personale di reparto e Personale addetto alle Camere Mortuarie	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Misure di controllo	MIS_3: Verifica del rispetto del regolamento aziendale	Personale di reparto e Personale addetto alle Camere Mortuarie	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Misure di controllo	MIS_4: Verifica del rispetto del regolamento interno e Codice di comportamento specifico sulla disciplina	Area di Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliera	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
	Misure di trasparenza	Vestizione della salma e ricomposizione necessaria ai fini dell'espletamento delle esequie. Consegna ai congiunti di un duplice documento: lettera di condoglianze, nella quale ci sono le informazioni necessarie sulle più immediate formalità; dichiarazione attraverso cui i familiari designano l'impresa di onoranze funebri a cui si intende affidare le esequie	MIS_5: La presenza di questo duplice documento (previsto dal regolamento) è in sé stessa una misura per evitare comportamenti opportunistici. Controllo delle lettere firmate dalle famiglie	Personale di reparto e Personale addetto alle Camere Mortuarie	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI			
	CONTRATTI PUBBLICI	Acquisizione farmaci e dispositivi medici		Misure di regolamentazione	MIS_1: Definizione di una procedura con tempi certi e responsabilità chiare per la gestione del processo	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO ATTIVITA' NON ANCORA AVVIATE	
			(Programmazione) Richiesta del fabbisogno attraverso il quale individuare: - il consumo storico; - un fabbisogno ad hoc. Verifica della congruenza del fabbisogno, con particolare riferimento ai dispositivi medici (budget/storico)	Misure di controllo	MIS_2: Studio della fattibilità di un sistema di reportistica dei consumi per centro di costo correlati con i volumi di attività – produttività (ospedaliera e territoriale)	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO ATTIVITA' NON ANCORA AVVIATE	
				Misure di regolamentazione	MIS_3.1: Previsione, nella richiesta di acquisto di nuova attrezzatura, dell'obbligo contestuale della definizione della stima annuale dei materiali di consumo	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
				Misure di regolamentazione	MIS_3.2: Previsione, nella delibera di acquisto di nuova attrezzatura con fondi regionali, della fornitura – a titolo gratuito – del materiale di consumo per garantire il collaudo e l'utilizzo iniziale del bene	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
				Misure di controllo	MIS_4: Coinvolgimento in fase di acquisto della Commissione HTA (per la valutazione del costo/efficacia rispetto ai precedenti prodotti in uso)	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO	
			(Progettazione della gara) Predisposizione capitolato con: - caratteristiche tecniche minime; - criteri di attribuzione del punteggio - Definizione base di gara (prezzi) Eventuale suddivisione in lotti	Misure di regolamentazione	MIS_5: Definizione di una procedura volta a disciplinare le regole della predisposizione del capitolato e allegati tecnici	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2025	in corso di attuazione	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024		
			(Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto) Formalizzazione dell'aggiudicazione, nomina DEC e stipula del contratto	Misure di trasparenza	MIS_6: Definizione dei criteri per il ricorso al verbale di avvio del servizio (es. esigenze della struttura, vantaggi economici per l'azienda, etc.) e comunicazioni interne (ABS, Controllo di Gestione e AAGG)	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO		
			Esecuzione del contratto	Misure di regolamentazione	MIS_1: Definizione di una procedura con tempi certi e responsabilità chiare per la gestione del processo	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2025	in corso di attuazione		
				Misure di controllo	MIS_2: Studio della fattibilità di un sistema di reportistica dei consumi per centro di costo correlati con i volumi di attività – produttività (intese come migliore programmazione ed utilizzo delle informazioni derivanti dal sistema informativo)		31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO ATTIVITA' NON ANCORA AVVIATE		
			(Esecuzione del contratto) Gestione degli affiancamenti (miglioramenti tecnologici) nel caso di variazioni minimali del prodotto	Misure di regolamentazione	MIS_7: Regolamentazione dell'affiancamento (innovazioni tecnologiche di farmaci/macchinari e/o relativi beni di consumo) da prevedere nel capitolato	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO ATTIVITA' NON ANCORA AVVIATE		
			(Rendicontazione e monitoraggio del contratto) Procedimento di verifica della corretta esecuzione del contratto nel rispetto delle condizioni contrattuali	Misure di controllo	MIS_8: Gestione dei CIG derivati (vincolante) al fine di monitorare adeguatamente il consumo in relazione alla capienza dei CIG Master	Farmaceutica ospedaliera e territoriale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO ATTIVITA' NON ANCORA AVVIATE		
		GESTIONE CONTO DEPOSITO / VISIONE	Gara per la selezione delle ditte da cui rifornirsi	Misure di trasparenza	MIS_9: Introduzione dell'obbligo di inserire nel capitolato la percentuale del conto deposito e del relativo obbligo di informatizzazione del prodotto	Farmaceutica ospedaliera	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
			Utilizzo del bene	Misure di controllo	MIS_10: Obbligo della fustella sullo scarico del conto deposito	Farmaceutica ospedaliera	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
		Vigilanza farmacie, parafarmacie e depositi			(Programmazione dell'ispezione) Comunicazione all'amministrativo della UOSD Vigilanza di quale farmacia sarà oggetto di ispezione	Misure di regolamentazione	MIS_1: Timing della comunicazione: il Dirigente comunica all'amministrativo il nome della farmacia in cui verrà effettuata l'ispezione solo giorno prima della stessa ispezione	UOSD VIGILANZA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Solo il dirigente della UOSD Vigilanza comunica la sera prima (a fine lavoro) al farmacista nominato dall'ordine la farmacia in cui verrà effettuata l'ispezione.	Misure di regolamentazione	Nuova procedura che ha modificato il timing della comunicazione	UOSD VIGILANZA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					(Svolgimento delle attività del controllo) Svolgimento dell'ispezione e verifica degli elementi di natura amministrativa da parte dell'amministrativo (segretario della ASL)	Misure di organizzazione	MIS_3: Rotazione delle zone	UOSD VIGILANZA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
(Svolgimento delle attività del controllo) Svolgimento dell'ispezione e verifica di tutti gli altri elementi da parte dei farmacisti (es. controllo stupefacenti, registri vari, farmaci, ricette, spedizione ricette, laboratorio galenico, etc.)	Misure di organizzazione				MIS_3: Rotazione delle zone	UOSD VIGILANZA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
AREA DEL FARMACO			(Svolgimento delle attività del controllo) Compilazione del verbale e, in caso di esito negativo dei controlli: - irrogazione della sanzione amministrativa; - formalizzazione denuncia/querela da parte della Direzione Aziendale	Misure di trasparenza	MIS_4: Firme di tutti i presenti	UOSD VIGILANZA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di formazione	MIS_5: Formazione ai farmacisti della ASL Roma 1 sul verbale di ispezione e sulla corretta tenuta della farmacia	UOSD VIGILANZA	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO
		Vigilanza su ambulatori veterinari e case di cura accreditate e non	Svolgimento delle attività del controllo - A seguito del controllo, compilazione del verbale e, in caso di esito negativo: - irrogazione della sanzione amministrativa; - formalizzazione denuncia/querela da parte della Direzione Aziendale	Misure di controllo	MIS_6: Rispetto della procedura	UOSD VIGILANZA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di formazione	MIS_7: Corso di formazione ai direttori per la corretta tenuta dei registri	UOSD VIGILANZA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Attività istruttoria e controlli sulle variazioni societarie	istruttoria: Attività di istruttoria sulle variazioni societarie	Misure di controllo	MIS_8: Verifica avvenuta emissione della Determinazione Dirigenziale da parte di Roma Capitale	UOSD VIGILANZA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Controlli sulle prescrizioni a carico del SSN dei medici di	Estrazione dei dati dai seguenti sistemi informativi: A. FLUSSI INFORMATIVI TS (richiesta alla UOC Flussi informativi per la produzione di report, con riferimento alle ricette che sono state utilizzate nelle farmacie del territorio) B. DATA WAREHOUSE REGIONALE (accesso diretto tramite credenziali con riferimento alle ricette dei medici/utenti del territorio anche se utilizzate in farmacie fuori dal territorio della ASL Roma 1) C. DATABASE REGIONALE (DCR-Distinta contabile riepilogativa online) D. WEBCARE (piattaforma per inserimento dei piani terapeuticionline inseriti dagli specialisti o da farmaceutica in caso di fuori regione, utilizzato per categorie di farmaci particolari)	Misure di regolamentazione	MIS_1: Definizione di una procedura per la selezione del campione sul quale svolgere specifici approfondimenti su medici, farmacie, assistiti. Tra i possibili criteri di selezione: 1. spesa 2. ricorrenza classi di farmaco (iperprescrizione); 3. segnalazioni esterne	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024		
	CONTROLLI, VERIFICHE E ISPEZIONI	medicina generale e specialisti	Svolgimento dei controlli sui dati/report estratti al fine di verificare l'appropriatezza su certe classi di farmaci anche in relazione ai target definiti dalla Regione e, in caso di anomalie, approfondimenti specifici su farmaci e/o su medici	Misure di regolamentazione	MIS_2: Definizione di un regolamento e di linee di indirizzo condivise con DS e distretti da attuare in caso di anomalie prescrittive. Verifica dell'attuazione delle misure in caso di anomalie prescrittive.	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
			Selezione del campione attraverso: - il database DCR online (oppure è lo stesso DCR online ad evidenziare possibili anomalie); - datawarehouse regionale; - analisi su farmaci specifici che richiedono particolari controlli.	Misure di regolamentazione	MIS_3: Definizione di una procedura per la selezione del campione (definizione criteri)	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
			Controllo puntuale delle ricette e redazione del relativo verbale	Misure di regolamentazione	MIS_4: Oscuramento dati identificativi delle farmacie in esame per evitare condizionamenti	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO		
			Inserimento dell'eventuale addebito in DCR	Misure di controllo	MIS_5: Controllo incrociato degli importi stabiliti dalla Commissione (da inserire in DCR) e degli inserimenti effettuati tramite il report del sistema	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO		
		Gestione delle rettifiche contabili	Acquisizione mensile del tabulato ed invio alle farmacie previo controllo della UOSD secondo i criteri definiti nelle procedure	Misure di regolamentazione	MIS_6: Procedura per la definizione dei criteri per l'invio dei tabulati, per la gestione delle rettifiche contabili e dei contenziosi	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
			Se non contesta comunicazione alla farmacia ed inserimento delle rettifiche in DCR online	Misure di controllo	MIS_7: Reportistica e Controllo a campione degli inserimenti	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO		
			In caso di contestazione eventuale "conciliazione" con la singola farmacia interessata	Misure di regolamentazione	MIS_6: Procedura per la definizione dei criteri per l'invio dei tabulati, per la gestione delle rettifiche contabili e dei contenziosi	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
			Inserimento delle rettifiche concordate in DCR (per eventuale addebito/accredito)	Misure di controllo	MIS_8: Controllo incrociato degli inserimenti da effettuare in DCR e di quelli effettuati tramite il report del sistema	UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO da valutare		
					Pianificazione annuale/ pluriennale di servizio, e successiva trasmissione ai Dirigenti responsabili dell'attuazione	Misure di controllo	Verifica tramite audit del rispetto della procedura che prevede una pianificazione nel rispetto dei seguenti criteri: • Analisi del rischio • Sorteggio • Rispetto cronologico di arrivo	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Designazione del Responsabile del Procedimento per i controlli ad hoc, previo ricevimento e valutazione della segnalazione esterna pervenuta (l'assegnazione può anche avvenire in automatico, tramite segreteria di servizio, se il Direttore ha provveduto a delega generale per territorio o per materia)	Misure di controllo	Verifica tramite audit del rispetto delle competenze professionali degli incaricati nell'assegnazione	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Individuazione dei soggetti incaricati del/i controllo/i: • dirigente Responsabile del Procedimento stesso; • assegnazione alla P.O. dei Tecnici della Prevenzione	Misure di controllo	Verifica tramite audit del rispetto delle competenze professionali degli incaricati nell'assegnazione	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Programmazione operativa del procedimento (previa acquisizione dei documenti) attraverso l'individuazione dei soggetti preposti alla verifica: -dirigente delegato stesso; -altri soggetti a mezzo della PO.	Misure di controllo	Verifica tramite audit del rispetto della procedura	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		ATTIVITÀ DI CONTROLLO E VIGILANZA DEL DIP. PREV. E DELLE UOC DELL'AGR	Programmazione operativa dei controlli con l'indicazione di: • Tipo di controlli (es. ispezione, campionamento, verifica, audit, etc.); • Numero dei controlli; • <u>Soggetti su cui effettuare il controllo</u>	Misure di controllo	Verifica tramite audit del rispetto della procedura	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Individuazione dei Tecnici della Prevenzione incaricati del/i controllo/i	Misure di controllo	Verifica del rispetto della procedura codificata da parte del RUP	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Eventuale acquisizione di documenti (precedente alla fase di ispezione oppure da effettuare in loco)	Misure di controllo	Verifica del rispetto della procedura codificata da parte del RUP	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Esecuzione del/i controllo/i secondo le procedure in uso presso il Servizio e successivo invio del/i fascicolo/i al RdP, completo/i della documentazione acquisita, delle risultanze del/i controllo/i e degli eventuali atti sanzionatori comminati	Misure di controllo	Verifica tramite audit del rispetto della procedura	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Valutazione degli esiti del/i controllo/i e decisioni conseguenti: adozione dei provvedimenti ritenuti necessari (provvedimenti impositivi di adeguamento, di divieto, di sospensione attività, eventuali richieste documentali, ecc.), trasmissione in Procura degli atti prescrittivi SPRESAL	Misure di controllo	Verifica tramite audit	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Planificazione annuale verifiche relative al rinnovo quinquennale del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento e successiva indicazione dei Dirigenti responsabili dell'attuazione	Misure di trasparenza	• Rispetto cronologico delle date di accreditamento • Sorteggio pubblico delle strutture da sottoporre a verifica quinquennale del mantenimento del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento	UOC ACCREDITAMENTO RETE DI OFFERTA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Individuazione delle strutture da sottoporre a vigilanza	Misure di trasparenza	Rispetto cronologico delle strutture estratte nel sorteggio dedicato al rinnovo dell'accreditamento e non verificate in quanto eccedenti rispetto alla percentuale prevista	UOC ACCREDITAMENTO RETE DI OFFERTA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifiche su esposti provenienti da URP regionale o URP aziendale	Misure di controllo	Audit sulla applicazione di criteri oggettivi nelle verifiche	UOC ACCREDITAMENTO RETE DI OFFERTA	31/12/2025	in corso di attuazione
		Verifiche richieste da Autorità Giudiziaria o altre Istituzioni	Misure di controllo	Audit sulla applicazione di criteri oggettivi nelle verifiche	UOC ACCREDITAMENTO RETE DI OFFERTA	31/12/2025	in corso di attuazione	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE F ARFA			Controlli analitici su cartella clinica richiesti dalla Regione Lazio	Misure di controllo	nuova misura • Verifica tramite CHECK LIST del corretto rispetto delle procedure • Verifica della tempistica con cui viene rilasciata la cartella clinica • Rispetto del documento denominato "Raccomandazione di codifica della ASL Roma 1" per la corretta codifica	UOC ACCREDITAMENTO RETE DI OFFERTA	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
	Rilascio autorizzazioni, certificazioni sanitarie, riconoscimenti, certificazioni-attestazioni ufficiali	Rilascio autorizzazioni, certificazioni sanitarie, riconoscimenti, certificazioni-attestazioni ufficiali	Designazione del Responsabile del Procedimento con assegnazione della domanda pervenuta	Misure di controllo	• Formalizzazione delle deroghe e del meccanismo di assegnazione; • Verifica tramite audit del rispetto delle competenze professionali degli incaricati nell'assegnazione	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Individuazione dei soggetti incaricati del controllo: -dirigente Responsabile del Procedimento stesso; - assegnazione alla P.O. dei Tecnici della Prevenzione.	Misure di controllo	• Verifica tramite audit del rispetto delle procedure e delle competenze professionali degli incaricati nell'assegnazione; • Informativa preliminare al destinatario sul soggetto incaricato al controllo	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Individuazione dei Tecnici della Prevenzione incaricati del controllo	Misure di controllo	Verifica del rispetto della procedura codificata da parte del RUP	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Eventuale acquisizione di documenti integrativi	Misure di controllo	Verifica del rispetto della procedura codificata da parte del RUP / tecnico incaricato	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Esecuzione del controllo secondo le procedure in uso presso il Servizio e successivo invio del fascicolo al Responsabile del Procedimento, completo della documentazione acquisita e delle risultanze del controllo illustrate nella Relazione	Misure di controllo	• Verifica sul rispetto delle Linee guida per la definizione dei criteri attraverso i quali effettuare il controllo ove presenti; • Verifica sul rispetto delle Procedure operative standardizzate; • Coppia di operatori; • Audit interno;	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di trasparenza	• Tracciabilità degli accessi ai Servizi anche mediante creazione di apposito registro.	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Valutazione degli esiti del controllo e decisioni conseguenti: -espressione di parere negativo al rilascio dell'Atto richiesto; - espressione di parere positivo al rilascio dell'Atto richiesto.	Misure di controllo	• Audit interno; • Verifica sul rispetto delle Procedure operative standardizzate.	Dipartimento di Prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
	RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI		Elaborazione dei Piani di Committenza ed eventuale sottoscrizione ulteriori accordi secondo tali Piani concordati con la struttura	Misure di trasparenza	<p>Publicità dell'atto sul sito aziendale (news/eventi) – sezione accordi e piani di committenza</p> <p>Maggiore coinvolgimento soggetti interessati</p> <p>REALIZZAZIONE DI GIORNATE DIVULGATIVE</p>	<p>Parte autorizzativa: DIP. Prevenzione</p> <p>Parte accreditamento/accordo contrattuale: AGR</p>	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Ospitalità presso strutture residenziali accreditate per persone non autosufficienti, anche anziane	Assistente sociale fa colloquio con i parenti per compartecipazione spese	Misure di regolamentazione	Definizione e revisione della scheda per la rilevazione fragilità sociale (oggettivazione) al fine di assegnare correttamente la priorità sull'inserimento on struttura.	AREA GOVERNO DELLA RETE – COA (Centrale Operativa Aziendale) uoc COMMITTENZA/COT-A	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Paziente viene messo in lista d'attesa	Misure di trasparenza	<p>Lista di attesa unica aziendale (informatizzata) per RSA specifica per tipologia assistenziale. Da gestire secondo i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residenza (1/3); - Cronologico; - Genere; - Priorità (passaggio da estensiva/R1 a mantenimento); - Rivalutazione del bisogno assistenziale da parte del distretto territorialmente competente. 	AREA GOVERNO DELLA RETE – COA (Centrale Operativa Aziendale) uoc COMMITTENZA/COT-A	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
		Verifica congruità dati produzione e di fatturazione: 1. In caso di flussi istituzionali, download del report da sito regionale e verifica con la fattura; 2. In caso di flussi non istituzionali, verifica degli importi, tasso di occupazione delle strutture, controllo a campione dei fogli firma per le hospice	Misure di controllo	Controlli incrociati svolti all'interno della struttura	UOC Budget e Controllo Erogatori Privati	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Verifica dei flussi e liquidazione delle fatture delle strutture contrattualizzate	Recupero finanziario dall'esito dei controlli per importi comunicato dalla Regione	Misure di Controllo	Esiste una procedura interna per il corretto svolgimento dell'attività	UOC Budget e Controllo Erogatori Privati	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Presa in carico, inserimento e rinnovo del progetto terapeutico finalizzato all'erogazione di prestazioni assistenziali, riabilitative, di assistenza psichiatrica e/o socio-sanitaria presso strutture residenziali e semiresidenziali accreditate (ex art. 26) (intra ed extra regionali) di pazienti in età evolutiva (0-18 anni)	Inserimento in lista d'attesa unica aziendale per riabilitazione	Misure di trasparenza	MISURA ESISTENTE: Lista d'attesa unica costruita con criteri di priorità	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) / DSM	31/12/2025	in corso di attuazione
			Scorrimento della lista d'attesa in funzione dei posti che si rendono disponibili nella struttura accreditata	Misure di trasparenza	Tracciato in cartella clinica	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) / DSM	31/12/2025	in corso di attuazione
			Predisposizione ed invio di una relazione dettagliata in cui viene evidenziato il progresso del paziente e l'esigenza di prosecuzione della terapia	Misure di trasparenza	Tracciato in cartella clinica	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) / DSM	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Presa in carico ed inserimento, per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria da privato di pazienti in età evolutiva (0-18 anni) e minori o adulti con disabilità gravi e/o complesse e/o con disturbi psicopatologici, in presenza anche di	Accettazione richiesta presa in carico del paziente	Misure di trasparenza	Definizione di una lista / elenco di terapeuti della ASL per evitare di indirizzare all'esterno	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) DSM SERD	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO da valutare
			Definizione del progetto di trattamento assistenziale/riabilitativo e invio alla struttura	Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Criteri di comportamento su richieste (Vademecum – regole di comportamento per indirizzamento psichiatri- da segnalare ai direttori di Distretto)	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) DSM	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di trasparenza	Definizione di un avviso/manifestazione di interesse, finalizzato alla individuazione di un elenco di strutture che possono erogare pacchetti riabilitativi all'interno dei progetti terapeutici ai costi e tempi stabiliti dalla ASL	Dipartimento Salute Mentale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifica decreti autorizzativi/accreditamento struttura	Misure di controllo	Verifica dei costi delle strutture per l'individuazione di quelle con costi troppo elevati e contestuale interruzione dei rapporti con le strutture eccessivamente costose	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) DSM SERD	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Verifica eventuali compartecipazioni (verifica svolta di concerto con il Municipio) alla spesa	Misure di controllo	La prima verifica è espletata dalla UOSD Servizio Territoriale. Dopo la prima verifica, segue il controllo del Municipio senza il cui controllo, salvo emergenze, non vi è il nulla osta definitivo della UOSD.	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) DSM SERD	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		presenza di persone in difficili situazioni familiari; Interventi individualizzati (es. compagno adulto o simile)	Invio nota protocollata all'ente gestore da parte della UOC/UOS di competenza del Distretto contenente l'indicazione di: - Autorizzazione all'inserimento - Accordi tariffari - Modalità di attestazione del servizio e di fatturazione	Misure di trasparenza	Accordo a seguito della manifestazione di interesse come da misura di cui alla riga 2	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) DSM SERD	31/12/2025	in corso di attuazione
			Regolare svolgimento del servizio (progetto relativo a: prestazioni assistenziali, riabilitative, assistenza psichiatrica e/o socio-sanitaria)	Misure di controllo	Monitoraggio andamento progetto: relativamente alla parte esecutiva, il monitoraggio è svolto dal DEC; segue poi il monitoraggio del CCS su correttezza budget (per tutta la durata del processo) Verifica resoconto presenze mensili	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) DSM SERD	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
	Progetto terapeutico – erogazione provvidenze economiche	Compilazione del modulo (previsto da UOC Bilancio) con i dati dei pazienti/affidatari ai quali è stato approvato il progetto, con l'entità del sussidio/rimborso (in caso di tirocinio)	Misure di controllo	Controllo incrociato con ragioneria Valutazione della possibilità di effettuare la rotazione dei funzionari incaricati dello svolgimento dell'attività	Dipartimento di Salute Mentale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
		Emissione mandato pagamento	Misure di controllo	Controllo incrociato con UFD	Dipartimento di Salute Mentale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
		Proposta del paziente per l'avvio di un progetto personalizzato.	Misure di regolamentazione	Definizione e condivisione di una nuova procedura entro 31/12 D2: Misura esistente: UVMD	UOC Percorsi per cronicità/UOSD Residenza e Sostegno all'abitare	D 3: regolamento in corso di definizione 31/12/2025 D1-D2-D13-D14-D15: 31/12/2024	D. 3: in corso di attuazione D1-D2-D13-D14-D15: SI	
	Progetti personalizzati - Disabili Adulti	Presentazione documenti necessari per l'avvio del progetto personalizzato.	Misure di trasparenza	Definizione dei criteri di scelta con eventuale possibilità di creazione lista di attesa (da inserire all'interno della procedura)	UOC Percorsi per cronicità/UOSD Residenza e Sostegno all'abitare	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
		Controllo e verifica documenti	Misure di trasparenza	Misura esistente: la decisione è presa in equipe e dal Nucleo Centrale per la valutazione domande D2: Le decisioni vengono prese in equipe	UOC Percorsi per cronicità/UOSD Residenza e Sostegno all'abitare	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
		Il paziente presenta il Certificato del Centro di riferimento con il Codice della patologia	Misure di trasparenza	Informatizzazione della ricetta a livello Regionale tramite Tessera Sanitaria	Distretto – UOC Analisi dei Bisogni	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
DISTRETTI	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Buoni celiachia	Ricezione del certificato e verifiche: 1) Della identità del soggetto che presenta l'istanza; 2) Della documentazione per il rilascio dell'esenzione; 3) Della documentazione per il rilascio dell'esenzione	Misura di regolamentazione	PROCEDURA UNICA PER TUTTI I DISTRETTI: MODALITA' DI CONTROLLO	Distretto – UOC Analisi dei Bisogni	D1-D2-D13-D14-D15: 31/12/2024 D3: 31/12/2025	D.3: MISURA ATTUATA: NO D1-D2-D13-D14-D15: MISURA ATTUATA: SI
			Verifica e validazione (con cadenza mensile) dei prodotti erogati da farmacie e punti vendita convenzionati	Misure di controllo	Utilizzo di una piattaforma informatica regionale che effettua un controllo in automatico di tutte le transazioni registrate con individuazione di errori (riconciliazione)	Distretto – UOC Analisi dei Bisogni	D1 - D2; 31/12/2025 D3-D13-D14-D15: 31/12/2025	D.3: MISURA ATTUATA: NO D1-D2: MISURA ATTUATA:SI D13-D14-D15: MISURA ATTUATA: no riscontro da valutare
		Retribuzioni variabili dei medici di base	Bilanci di salute: visite di medici-pediatr ai proprio assistiti in specifici periodi della vita (invia ad ASL rendiconto con autocertificazione con data nascita bambino)	Misure di controllo	Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo	DIRETTORE DISTRETTO	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Prestazioni di particolare impegno (PIIP): prestazioni aggiuntive svolte al di fuori dello studio medico o in ambulatorio, per tali prestazioni è lo stesso medico di base che si autocertifica	Misure di controllo	Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo	DIRETTORE DISTRETTO	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			ADP-ADI (tramite PAI che stabilisce la frequenza): visite funzionali a verificare lo stato di salute del paziente tramite il servizio di assistenza domiciliare	Misure di controllo	Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo	DIRETTORE DISTRETTO	D1-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024 D2: i31/12/2025	D2: MISURA in corso di attuazione D1-D3-D13-D14-D15: MISURA ATTUATA: SI
			RSA (Residenza Sanitaria Assistita)- SIRA (SISTEMA INFORMATIVO PER REGISTRAZIONE PAGAMENTI)	Misure di controllo	Definizione di una procedura di gestione rimborsi e relativo controllo	DIRETTORE DISTRETTO	D1-D2 -D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	D3: MISURA ATTUATA: SI
		Accesso allo sportello	Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento		Codice di comportamento	Direzione Amministrativa Territoriale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Ricezione della documentazione presentata per il servizio richiesto dal paziente	Misure di organizzazione	Rotazione operatori	Direzione Amministrativa Territoriale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024		
				Misure di formazione	Incontri di sensibilizzazione (gruppo medicina di base)	Direzione Amministrativa Territoriale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
				Ricezione della segnalazione	Misure di regolamentazione	REGOLAMENTO APPROVATO Definire criteri per fisioterapia con direttori distretti e plenaria D2: ricezione attraverso posta elettronica o protocollo aziendale	CAD UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	D3: MISURA ATTUATA: SI	
				Verifica, tramite visita o valutazione infermieristica, delle condizioni del paziente in ospedale o a domicilio per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare	Misure di regolamentazione	Misura esistente: Definizione di criteri interni d2:misura esistente: UVM	CAD UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
			GESTIONE DEI RAPPORTI CON I PRIVATI ACCREDITATI	Assistenza domiciliare	Definizione del PAI (Progetto Assistenziale Individuale) specifico del paziente in cui vengono riportati: - necessità del paziente; - trattamenti specifici; - n° di giorni per l'assistenza domiciliare; - individuazione della necessità di eventuale materiale di protesica.	Misure di trasparenza	Lettera in cui si esplicitano al paziente le nuove modalità di scelta dell'erogatore Scheda di valutazione del paziente tramite l'utilizzo di SCALE INTERNAZIONALI che va inserito nel sistema Gara per costruire scheda per valutazione PAI D2: comunicazione in cui si esplicitano al paziente le modalità di scelta dell'erogatore; scheda di valutazione del paziente tramite l'utilizzo di scale internazionali	CAD UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
						Misure di controllo	CONTROLLI INCROCIATI PAI SU DISTRETTI		31/12/2025	no riscontro da valutare
					Invio telematico del PAI all'azienda accreditata che si occupa di svolgere l'attività di assistenza domiciliare tramite SIAT (regionale)	Misure di controllo	NEL SIAT Sistema informativo di invio agli erogatori del PAI (regionale) verifica e monitoraggio	CAD UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Scelta del soggetto erogatore della prestazione	Misure di trasparenza	MODULO CONSENSO E SCELTA DELL'EROGATORE	CAD UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
				Rendicontazione e liquidazione delle fatture emesse dai soggetti erogatori delle prestazioni. In particolare: A fronte del servizio erogato, si procede con l'ordine e l'abbinamento delle fatture emesse dai soggetti erogatori	Misure di trasparenza	Segregazione delle funzioni Tracciabilità del sistema Procedura uguale per tutti e rigida (es, non si accettano integrazione ex post nei fogli firma) – fine 2020 Studio fattibilità introduzione disposizione elettronico/strumenti di controllo - 2021 D2: Tracciabilità del sistema	CAD UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	D3: MISURA ATTUATA: SI	
			PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI	Fornitura protesica	Prescrizione di medico specialista di struttura pubblica (o accreditato) di ausilio protesico	Misure di controllo	Presenza di specialisti fisiatrici nei servizi di assistenza protesica che possano valutare la congruità delle prescrizioni ed eventuale coinvolgimento della Commissione Dispositivi Medici	UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Presentazione prescrizione e relativi documenti all'Ufficio Ausili e Protesi del Distretto di residenza.	Misure di trasparenza	Misura proposta: Protocollo informatico associato a san pro oppure protocollo ai distretti D2: protocollo informatico o procedura sanpro	UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Ritiro del presidio	Misure di controllo	Misura proposta: Prevedere l'obbligatorietà del collaudo	UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
					Collaudo	Misure di controllo	Misura proposta verifica stato attuazione decreto, problemi sull'attuazione omogeneizzazione della procedura D2:omogeneizzazione della procedura	UOC Percorsi	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
	DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO		Ordine e pre-liquidazione fattura con verifica della documentazione a supporto	Misure di trasparenza	Misura proposta Collegare SanPro con sistema pagamenti	DISTRETTI	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		EROGAZIONE RIMBORSI	Ricezione dell'istanza dal Protocollo informatico	Misure di trasparenza	Protocollo informatico in entrata	DISTRETTI	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifica documentazione (ISTRUTTORIA)	Misure di controllo	3 firme Procedura controlli (gruppo di lavori – distretti) Controllo a campione sulle pratiche	DISTRETTI	D1-D2-D3-D13-D14-D15: 31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Viene stabilito l'importo del rimborso	Misure di organizzazione	Scambio dei distretti (rotazione delle pratiche)	DISTRETTI	D1-D3-D13-D14-D15: 31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO da valutare
			Ricognizione, revisione e valutazione delle attività scientifiche e degli INPUT al fine di identificare nuove aree di ricerca			Regione Lazio		
			Analisi e selezione tematiche			Regione Lazio		

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
			Ricerca di fondi: - Applicazione a bandi pubblici e privati - Call for funding			Regione Lazio		
			Stipula della convenzione	Misure di regolamentazione	Previsione nella convenzione di apposita clausola che cristallizza la proprietà intellettuale condivisa tra il Dipartimento e il soggetto finanziatore esterno	DIPARTIMENTO DI EPIDEMIOLOGIA	31/12/2024	MISURA ATTAUTA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
	RICERCA	Progetti finanziati dall'esterno	Svolgimento dell'attività di ricerca			Regione Lazio		
			Svolgimento dell'attività di ricerca			Regione Lazio		
		Gestione del fabbisogno e del budget assunzionale	Analisi delle carenze della dotazione organica e programmazione strategica	Misure di controllo	Misure esistenti Verifica atta a definire se vi è coerenza tra le cessazioni e le carenze segnalate. Valutazioni della Direzione rispetto all'attivazione di nuovi servizi.	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Assunzioni e mobilità	Richiesta alla Regione per lo scorrimento delle graduatorie di concorso pubblico in corso di validità o all'indizione di procedure di mobilità nazionale		Misure esistenti Graduatoria Regionale	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Avvio del processo di selezione: In caso di infruttuoso esperimento delle suddette procedure viene disposta a firma della Direzione strategica una proposta di delibera per l'indizione di avviso/concorso e di approvazione del bando previa autorizzazione della Regione Lazio, pubblicato sul sito aziendale e/o sul B.U.R.L.	Misure di regolamentazione	Misure esistenti - Definizione di criteri generali ed inclusivi e di quelli specifici in base ai posti da bandire - Definizione di requisiti preferenziali per determinati servizi che devono valorizzare alcune competenze. - Utilizzo di bandi tipo.	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Istruttoria delle domande ed alla redazione del provvedimento di ammissione/esclusione dei candidati ed all'espletamento delle relative procedure	Misure di trasparenza	Misure esistenti Formalizzazione della motivazione delle esclusioni	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Espletamento della procedura: Attività della Commissione per l'espletamento delle procedure di valutazione (etc.)	Misure di controllo	Misure esistenti - Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità - Verifica sul rispetto degli atti e del verbale della Commissione prima dell'invio al DG per la firma	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Attribuzioni incarichi Dirigenziali di struttura semplice e incarichi professionali	Redazione e pubblicazione Bandi specifici per macrostrutture	Misure di regolamentazione	Misure esistenti: Regolamento recante i criteri generali	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Valutazione comparativa dei CV per identificare profilo professionale idoneo allo svolgimento ruolo	Misure di trasparenza	Misure esistenti - Trasparenza interna, tramite la pubblicazione dell'avviso per la selezione degli incarichi; - Formalizzazione dell'esito della valutazione comparativa	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Valutazione della Direzione Aziendale Delle proposte presentate dai Direttori di struttura	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Formalizzazione della motivazione della decisione difforme	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO da valutare
		Attribuzioni incarichi Dirigenziali di struttura complessa (non sanitaria) e semplice dipartimentale – UOSD	Valutazione comparativa dei CV ed eventuale colloquio	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Formalizzazione dell'esito della valutazione comparativa	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: SI
			Valutazione da parte della Direzione Aziendale riguardo alle proposte presentate dai Direttori di struttura	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Formalizzazione della motivazione della decisione difforme	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO da valutare
		Attribuzioni incarichi Dirigenziali di struttura complessa (sanitaria)	Nomina commissione attraverso l'estrazione dei nominativi in presenza della Guardia di Finanza. La Commissione si compone di n. 3 componenti estratti (più sostituti), cui si aggiunge, per esprimere la coerenza tra fabbisogno aziendali e valutazioni tecniche della commissione, il Direttore sanitario	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Accordo tra Regione Lazio e Guardia di Finanza al fine dell'estrazione dei Commissari dall'elenco nazionale dei direttori struttura complessa per disciplina presenti sul territorio nazionale (aggiornato ogni tre mesi dalla regione e che la regione manda al ministero della salute)	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Espletamento e valutazione delle prove (solo colloquio)	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Utilizzo dei parametri regionali sui punteggi	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Colloqui ai 3 candidati e scelta del candidato idoneo.	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Formalizzazione della motivazione (qualora si discostasse dalla graduatoria della commissione)	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Selezione attraverso CV (criteri) e colloquio	Misure di regolamentazione	Misure esistenti: Regolamento recante i criteri guida per la valutazione	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Attribuzioni incarichi di funzione di tipo organizzativo	Proposta (di uno o più soggetti idonei) alla Direzione Aziendale di conferimento incarico da parte della Commissione	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Formalizzazione dell'esito della valutazione comparativa	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Valutazione e scelta della Direzione Aziendale tra le candidature proposte dalla Commissione	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Formalizzazione della motivazione della decisione difforme	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2025	MISURA ATTUATA: NO da valutare
			Selezione attraverso CV e Titoli (calcolo punteggio) e colloquio	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Formalizzazione del punteggio della valutazione comparativa	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Progressioni verticali	Avvio delle selezioni per il riconoscimento delle progressioni verticali attraverso l'emanazione di un bando	Misure di regolamentazione	Misure esistenti: Regolamento recante i criteri da seguire	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Selezione attraverso titoli e colloquio	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Formalizzazione dell'esito della valutazione comparativa	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Progressioni economiche orizzontali	Individuazione del numero degli aventi diritto Selezione sulla base degli atti in possesso dell'amministrazione: - Esperienza professionale - Risultato scheda di valorizzazione dell'anno precedente <u>Definizione della graduatoria</u>	Misure di regolamentazione	Misure esistenti: Regolamento recante i criteri da seguire	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifica compatibilità e conflitto di interesse e rilascio parere (nulla osta contenente informazioni sul tipo di attività, numero di ore, etc) Adempimenti in materia di anagrafe delle prestazioni e pubblicazione in <u>amministrazione trasparente</u>	Misure di controllo	Controllo a campione su autodichiarazioni	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Conferimento Incarichi extraistituzionali	L'Azienda avvia la procedura per l'individuazione degli specialisti per turni a tempo indeterminato mediante pubblicazione CON commissione.	Misure di segnalazione	Segnalazione alla Direzione Aziendale nel caso in cui i criteri non siano conformi	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			L'Azienda svolgerà tutte le procedure di selezione e verifica delle caratteristiche degli aventi diritto tramite la commissione: la UOC attività di segreteria	Misure di controllo	Le attività di Segreteria sono svolte a rotazione La prova viene scelta nel giorno in cui i candidati sono convocati Ognuno prepara x domande (es. 5) che poi vengono scelte nel giorno della prova, 3 buste, estrazione	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Reclutamento - Specialistica ambulatoriale in convenzione	La commissione redige il verbale finale con la graduatoria definitiva	Misure di controllo	Attività di controllo della segreteria rispetto a quanto di diretta evidenza. Il rischio è riferibile solo ai componenti della Commissione.	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Laddove necessario, in caso di assenza per lungo periodo di uno specialista, vi è l'attivazione delle sostituzioni e degli incarichi provvisori (es. cessazioni, turni vacanti) su indicazione della Direzione Sanitaria, ricorrendo alle vigenti Graduatorie del Comitato Zonale	Misure di organizzazione	Interpellanza della graduatoria degli specialisti di branca; Rotazione degli operatori	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA:SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Reclutamento Medici addetti alla Continuità assistenziale	Predisposizione della graduatoria di riferimento dei sostituiti di continuità Assistenziale (con priorità a medici iscritti nella graduatoria regionale ed in base alla Graduatoria aziendale di disponibilità) annualmente (e poi con revisione/integrazione semestrale) all'esito dell'indizione di apposito avviso. Attribuzione dei turni a tempo determinato	Misure di controllo	<p>Criteria stabiliti dalla regione</p> <p>Controlli a campione sulle Autodichiarazioni</p> <p>Richiesta alle aziende SSR per verificare esperienza dei singoli ed incompatibilità (richieste alle aziende di certificare l'effettiva esperienza) (TRA AZIENDE DEL SSR)</p>	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Reclutamento Medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta	Affidamento degli incarichi su comunicazione della Regione Lazio; Per i pediatri, provvede ad eventuali sostituzioni nelle more dei predetti conferimenti, su parere del Comitato Aziendale dei PLS in riferimento alla zona carente venutasi a creare, gestendo le procedure selettive per l'interpellanza delle graduatorie regionali vigenti.		Graduatorie regionali, zone carenti definite in base alle cessazioni	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifica dichiarazione incompatibilità	Misure di controllo	Richiesta alle aziende SSR per verificare esperienza dei singoli ed incompatibilità (richieste alle aziende di certificare l'effettiva esperienza) (TRA AZIENDE DEL SSR)	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Rilevazione presenze, elaborazione cedolini, liquidazioni e rilevazioni contabili	Affidamento degli incarichi su comunicazione della Regione Lazio; Per i pediatri, provvede ad eventuali sostituzioni nelle more dei predetti conferimenti, su parere del Comitato Aziendale dei PLS in riferimento alla zona carente venutasi a creare, gestendo le procedure selettive per l'interpellanza delle graduatorie regionali vigenti.		Graduatorie regionali, zone carenti definite in base alle cessazioni	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifica dichiarazione incompatibilità	Misure di controllo	Richiesta alle aziende SSR per verificare esperienza dei singoli ed incompatibilità (richieste alle aziende di certificare l'effettiva esperienza) (TRA AZIENDE DEL SSR)	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Per tutte le categorie in questione avviene la trasmissione mensile con atto formale alla UOC Bilancio del riepilogo del conto terzi a seguito di verifiche dei traccati. In caso di nuovo beneficiario viene trasmesso alla UOC Bilancio e Contabilità il modulo completo dei dati anagrafici per la creazione del nuovo codice beneficiario.	Misure di organizzazione	Attività a rotazione per inserimento trattenute	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
AREA AMMINISTRATIVA			Pagamento delle imposte sulle retribuzioni relativamente a tutti i versamenti da effettuare con il mod. F24 (imposte, contributi). Verifica della rispondenza tra le trattenute e le imposte per il personale gestito su sistema informatico aziendale ed estrapola i dati relativi alla Medicina Generale e Pediatria che poi vengono elaborati unitamente al personale dipendente.	Misure di trasparenza	Vi è un sistema automatizzato E compilazione modello F24 unico per tutte le categorie assoggettate	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Ricezione finanziamento da Ente diverso dalla ASL Roma 1		Visione incassi per facilitare pagamenti	Direzione del Dipartimento di Epidemiologia	31/12/2025	MISURA ATTUATA : NO da revisionare
		Acquisizione di professionalità specifiche per progetti di ricerca	Individuazione delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività del progetto (se non messe a disposizione dal "finanziatore")	Misure di trasparenza	Costruzione di un bando con criteri ampi	Direzione del Dipartimento di Epidemiologia	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Individuato il profilo, predisposizione dell'Avviso	Misure di trasparenza	Costruzione di un bando con criteri ampi	Direzione del Dipartimento di Epidemiologia	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
		Espletamento della procedura di selezione e definizione del punteggio	Misure di trasparenza	Trasparenza del processo (pubblicazione delle domande)	Direzione del Dipartimento di Epidemiologia	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
			Creazione, nel Sistema Informativo Aziendale, del profilo giuridico del dipendente, in funzione del contratto (sia CCNL che contrattazione aziendale), contenente: - orari, - spettanze, - ferie, - indennità, - buoni pasto, etc; Su richiesta, inserimento aspettative e L.104	Misure di controllo	(Misure presenti) Controlli incrociati ex post	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Rilevazione presenze	Collusione del Dirigente/Coordinatore infermieristico o sanitario con il Dipendente al fine di favorire quest'ultimo	Misure di formazione	Informativa/sensibilizzazione ai direttori di UOC	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Collusione del Dirigente/Coordinatore infermieristico o sanitario con il Dipendente al fine di favorire quest'ultimo	Misure di trasparenza	INFORMATIZZAZIONE su liquidazioni straordinario: Applicazione del sistema informativo per il personale sanitario tempi: almeno sperimentazione fine anno? + accesso ai report di controllo	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Controllo delle timbrature attraverso: - Verifica timbrature anomale - Controlli su giustificativi di assenza per coerenza oraria - <u>Verifica eccedenze orarie</u> Modifiche al sistema ai fini della eventuale riconciliazione ore lavorate, autorizzazioni di assenza ed eccedenze orarie e archiviazione dei giustificativi	Misure di trasparenza	Processo informatizzato che consente di tracciare le modifiche	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Calcolo dei cartellini e storicizzazione e invio al sistema paghe	Misure di trasparenza	Processo informatizzato che consente di tracciare le modifiche	UOC Stato Giuridico del Personale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Elaborazioni stipendiali	Completamento del profilo della posizione del dipendente nel sistema informativo aziendale già inserito dalla UOC Stato Giuridico del Personale e determinazione: - delle competenze fisse ed oneri riflessi	Misure di organizzazione	Segregazione delle funzioni (più persone che svolgono l'attività, consente diversi controlli da parte dei colleghi)	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024
		Inserimento dati relativi ad altre competenze accessorie e/o compensi e/o trattenute		Misure di controllo	controllo periodico (in genere) tramite codifiche	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di organizzazione	Rotazione del personale addetto e tracciabilità dell'operatore che effettua l'inserimento	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Acquisizione dati (da UOC Stato Giuridico) da altre gestioni e verifica relative anomalie (immissione nel sistema paghe)		Misure di controllo	Controllo sistema/provvedimenti Modifiche da sistema / tracciabilità Controlli nel passaggio giuridico/economico	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Elaborazione, tramite il Sistema Informativo Aziendale, stampa del cedolino di prova		Misure di trasparenza	Utilizzo del sistema informativo, elaborazione automatizzata	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Verifica di eventuali anomalie nella valorizzazione e conseguente eventuale modifica delle informazioni del Sistema informativo Aziendale (correzione delle anomalie)		Misure di controllo	Doppio controllo	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Per importi > 5.000 euro lordi, effettuazione delle verifiche di cui all'art 48bis co. 1 DPR 602/1973 e s.m.i. (DM 18/1/2008 n. 40)		Misure di controllo	Ulteriore controllo	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Consolidamento dei cedolini definitivi e storicizzazione dei dati		Misure di trasparenza	Sistema informatizzato	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Creazione del file per il pagamento ed invio alla UOC Bilancio		Misure di trasparenza	Sistema informatizzato	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Pubblicazione cartellino e cedolini sul portale del dipendente	Misure di trasparenza	Sistema informatizzato	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE		Estrazione complessiva di tutti i dati delle retribuzioni ai fini della corretta contabilizzazione in contabilità generale e analitica		Codice estrattore; Reportistica automatica	UOC Trattamento Economico, ALPI e Personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Programmazione della formazione	Analisi del fabbisogno: Definizione dei dossier formativi individuali e di equipe secondo modalità e format stabiliti dalla UOC Formazione	Misure di formazione	Misure esistenti: La creazione dei dossier avviene "a più mani", anche l'interessato può inserire "valutazioni" nel fascicolo Misura proposta: Tra i criteri di valutazione della dirigenza, ricomprendere anche la formazione dei propri collaboratori al fine di garantire l'equità di accesso	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
			Analisi del fabbisogno: Formulazione di ipotesi progettuali di massima entro il 30 ottobre di ogni anno anche destinate a medici di medicina generale e della continuità assistenziale e ai pediatri di libera scelta nei limiti delle risorse, previa analisi e messa a sistema da parte dei capi di dipartimento o distretto	Misure di controllo	Misure esistenti: Verifica della pertinenza dell'intervento formativo con i fabbisogni (UOC formazione e Direzione Aziendale) Misura proposta: Verifica a cura del costituendo organismo paritetico per l'innovazione	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
			Analisi del fabbisogno: Esame e istruttoria dei progetti di massima per loro inserimento nel Piano annuale di Formazione secondo i criteri previsti dal Regolamento	Misure di controllo	Misure esistenti: Verifica dell'aderenza dei progetti formativi con le priorità aziendali (utilizzo pratico in azienda e fabbisogni legati alle attività dell'azienda) Verifiche trimestrali sullo stato di attuazione del Piano ed eventuali correttivi ed integrazioni	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
			Erogazione della formazione: Progettazione esecutiva dei singoli eventi formativi attraverso la definizione di un programma dettagliato, individuazione dei discenti e individuazione del docente	Misure di trasparenza	Misure proposte: Motivazione della eventuale non accettazione del progetto formativo	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
		Erogazione della formazione	Erogazione della formazione: Individuazione dei docenti (tramite avviso o affidamento diretto) e predisposizione lettera di incarico; Incarico di docenza con specifica lettera di incarico	Misure di trasparenza	Misure proposte: - Albo docenti online (con il supporto di STI);	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
				Misure di regolamentazione	- Proceduralizzare la selezione dei docenti privilegiando l'individuazione di docenti interni prima di rivolgersi all'esterno		31/12/2025	no riscontro da valutare
			Erogazione della formazione: Verifiche sui docenti (se interno sui limiti orari e se esterno sulla motivazione) e sulla completezza della progettazione esecutiva	Misure di disciplina del conflitto di interessi	Misura esistente: Acquisizione delle dichiarazioni dei docenti anche in merito a rapporti con imprese commerciali di ambito sanitario	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
			Erogazione della formazione: Attivazione dei singoli eventi mediante Determinazione	Misure di trasparenza	Misura esistente: Delibera motivata dalla sopraggiunta necessità e relativo inserimento nel Piano	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
			Erogazione della formazione: Erogazione dei singoli eventi (compresa gestione presenze, assistenza, etc)	Misure di trasparenza	Misura proposta: Informatizzazione del registro presenze (ad esempio, attraverso timbratura con codice del dipendente); (con il supporto di STI);	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
			Valutazione degli interventi formativi: Test di apprendimento (o simulazioni, esercitazioni, etc)	Misure di regolamentazione	Misura proposta: Integrazione del regolamento per disciplinare meglio la valutazione di fine corso, al fine di specificare tutti i possibili casi di non erogazione ECM, nessuna attestazione di partecipazione al corso; Introdurre test di valutazione più impegnativi (al fine di evitare fenomeni legati a possibili assenze/scarsa attenzione) Collegare valutazione performance con valutazione dei corsi di formazione	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Formazione esterna	Proposta motivata di concorso alle spese sostenute dal personale per la frequenza di iniziative di aggiornamento e formazione esterna (rientranti nella formazione obbligatoria e ore limitate per la formazione facoltativa) ai Direttori di Macroarea	Misure di regolamentazione	Misure esistenti: rotazione del personale selezionato per la frequenza ai corsi Misura proposta: Migliorare le regole di selezione introducendo criteri di merito collegati alla valutazione della performance	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
			Verifica e liquidazione	Misure di controllo	Misure esistenti: Controllo puntuale sui giustificativi presentati	UOC Formazione e Sviluppo delle competenze	31/12/2025	no riscontro da valutare
		Formazione interna per sopraggiunto fabbisogno formativo	Selezione del personale che deve prendere parte al progetto e necessita di un aggiornamento delle proprie competenze in quell'ambito	Misure di trasparenza	Misure esistenti: • Rotazione dei soggetti • Manifestazione di interesse alla partecipazione a corsi di formazione • Anzianità di servizio • Competenze già esistenti in settori affini a quelli proposti per la formazione	Dipartimento di Epidemiologia (DEP)	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Erogazione formazione specifica del personale in Azienda o nella sede in cui si hanno quelle competenze	Misure di organizzazione	Rotazione delle aziende	Dipartimento di Epidemiologia (DEP)	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Gestione delle relazioni sindacali – contrattazione	Istruttoria dei documenti utili al confronto per la sintesi delle proposte sindacali per conciliarle rispetto alle esigenze organizzative dell'azienda - Verifica compatibilità della richiesta rispetto alle risorse a disposizione; - Verifica del rispetto delle disposizioni contrattuali	Misure di controllo	MISURE ESISTENTI (Trasversale - interne all'ufficio) - Controllo dei riferimenti normativi e contrattuali con il coinvolgimento di più soggetti dell'Ufficio e soggetti esterni – altre amministrazioni che svolgono le medesime funzioni CONTROLLO ESTERNO Controllo del Collegio sindacale	UOC Trattamento Economico Alpi e personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Definizione e condivisione delle idee, posizioni e possibilità per la predisposizione un possibile "accordo" (non necessariamente scritto) da portare al successivo tavolo di contrattazione	Misure di trasparenza	Misura esistente Nuova discussione e approfondimento specifico del tavolo centrale negoziale unico deputato ad assumere decisioni	UOC Trattamento Economico Alpi e personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Sottoscrizione dell'accordo definitivo anche nel giro di pochi giorni	Misure di controllo	CONTROLLO ESTERNO Controllo del Collegio sindacale	UOC Trattamento Economico Alpi e personale a Convenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Avvio del processo d'ufficio, nel caso si venga a conoscenza di un fatto, ad esempio: nel caso in cui in fase di istruttoria emergano notizie di illeciti disciplinari compiuti da terzi, oppure, per mezzo stampa	Misure di formazione	Misura proposta: Azioni di sensibilizzazione del personale dirigente ad oggetto la valutazione e la gestione delle condotte suscettibili di procedimenti disciplinari	Ufficio Procedimenti Disciplinari	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Avvio del processo tramite la ricezione di una segnalazione con nota protocollata Se atti della procura: protocollo generale (AAGG e assegnato tramite protocollo a UPD)	Misure di regolamentazione	Misura proposta: Revisione dei regolamenti di disciplina per il comparto e la dirigenza	Ufficio Procedimenti Disciplinari	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Gestione dei procedimenti disciplinari	Istruttoria del caso attraverso: - Convocazione e ascolto dei soggetti informati dei fatti - Acquisizione di ulteriore materiale (es. video) - Acquisizione documenti da parte dell'Ufficio - Consulenza di specialisti della materia interni per approfondimenti tecnici NB: l'istruttoria può avvenire anche in momenti successivi, qualora sia necessario riesaminare il caso/i documenti	Misure di trasparenza	Misure esistenti: Coinvolgimento di più soggetti; Attività di segreteria che favorisce il controllo sulle richieste di integrazione; Astensione in caso di conflitto (in applicazione del Codice di Comportamento); Motivazione apposta a ciascun provvedimento disciplinare irrogato.	Ufficio Procedimenti Disciplinari	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
	Ricevuta la segnalazione, entro 30 gg deve avvenire l'invio della contestazione di addebito all'interessato e la convocazione a difesa		Misure di controllo	Misure esistenti: Decisioni assunte collegialmente, Attività di segreteria che effettua il controllo dei termini di scadenza.	Ufficio Procedimenti Disciplinari	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
	Integrazione dell'istruttoria del caso attraverso: - Convocazione e ascolto dei soggetti informati dei fatti - Acquisizione di ulteriore materiale (es. video) - Acquisizione documenti da parte dell'organizzazione - Consulenza di specialisti della materia interni per approfondimenti tecnici		Misure di trasparenza	Misure esistenti Il fascicolo istruttorio è reso accessibile all'interessato fin dall'avvio del processo di contestazione, con snellimento dei tempi e delle forme di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90	Ufficio Procedimenti Disciplinari	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
	Emissione provvedimento entro 120 gg dalla data di ricezione della contestazione di: - Irrogazione Sanzione (dalla censura al licenziamento) - Archiviazione (se non sussiste il fatto e comunicato solo all'interessato e a chi ha fatto la segnalazione)		Misure di trasparenza	Misure esistenti: La sanzione applicata deve essere dettagliatamente motivata in coerenza con le disposizioni del regolamento, Attività di segreteria che effettua il controllo dei termini di scadenza.	Ufficio Procedimenti Disciplinari	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
	Comunicazione del provvedimento di irrogazione della sanzione: - al responsabile della struttura che ha segnalato la condotta - allo stato Giuridico del personale (per l'aggiornamento del fascicolo del dipendente) - al trattamento economico in caso di multa o sospensione con privazione della retribuzione - alla Direzione Aziendale in caso di licenziamento		Misure di trasparenza	Misure esistenti: Pubblicazione in "Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti" di report riepilogativo sui procedimenti disciplinari attivati nei confronti del personale dipendente (Indicatore: Evidenza della pubblicazione)	Ufficio Procedimenti Disciplinari	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Valutazione della performance organizzativa	A partire dal recepimento degli indirizzi istituzionali, nazionali, ministeriali e poi regionali, e passando per l'identificazione delle attività con rilevanza strategica aziendale, il servizio cura il coordinamento delle strutture interessate nella stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), a garanzia di un percorso volto all'assolvimento dei debiti informativi e allo sviluppo di coerenza tra i diversi ambiti di programmazione. Nell'ambito del PIAO, il servizio è poi direttamente responsabile della stesura della sezione performance che a partire dalle analisi di contesto aziendale, identifica gli ambiti strategici a valenza pluriennale e li declina in obiettivi con un orizzonte temporale annuale definendo relativi indicatori e target di riferimento. Infine, in coerenza con quanto rappresentato nel PIAO, supporta la <u>direzione strategica nella definizione</u>	Misure di trasparenza	deliberazione e pubblicazione su amministrazione trasparente del PIAO e deliberazione del Ciclo della performance.	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			a. produzione periodica di report volti a monitorare il grado di raggiungimento delle performance, al fine di rilevare gli eventuali scostamenti tra obiettivi negoziati e risultati conseguiti e porre quindi in essere azioni correttive b. Per gli indicatori che prevedono elaborazione di documenti e atti, raccolta di documentazione	Misure di trasparenza	Aggiornamento del documento Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), validato dall'OIV. Ricorso a strumenti informatici che consentano il monitoraggio e la tracciabilità dei flussi informativi necessari alla misurazione. Pubblicazione su amministrazione trasparente della Relazione alla Performance.	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione	31/12/2024	in corso di attuazione
			Valorizzazione della performance individuale	Redazione delle schede di valorizzazione individuale: Redazione, a cura dei Responsabili UOC e UOSD della scheda dei singoli dipendenti afferenti alla struttura, contenenti i descrittori comportamentali oggetto di valorizzazione	Misure di trasparenza	Misura proposta Incontri di Calibration	UOC Trattamento Economico Alpi e personale a Convenzione	31/12/2024

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Gestione del contenzioso seguito da professionisti esterni	GESTIONE ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI per affidamento dell'incarico defensionale o attività stragiudiziale al professionista esterno, da parte della Direzione Aziendale,	Misure di controllo	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale Delibera 692 del 08.09.2015	UOC AFFARI GENERALI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Liquidazione compensi fatturati dai professionisti esterni	Misure di controllo	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale Delibera 692 del 08.09.2015	UOC AFFARI GENERALI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Gestione richieste risarcimento danni per responsabilità sanitaria	Misure di controllo	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale Delibera 692 del 08.09.2015	UOC AFFARI GENERALI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		CAVS	Programmazione dell'esame del caso	Misure di controllo	MIS_1 Rispetto del Regolamento CAVS Delibera aziendale 243 del 02/03/2022	UOC AFFARI GENERALI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Gestione atti transattivi	Misure di controllo	MIS_1 Rispetto del Regolamento CAVS Delibera aziendale 243 del 02/03/2022	UOC AFFARI GENERALI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Gestione istanze di patrocinio legale	istanze di patrocinio legale	Misure di controllo/regolazione/trasparenza	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale MIS 2_Redazione nuovo regolamento MIS 3_Pubblicazione modulista per poter presentare istanza di patrocinio legale su siti aziendali	UOC AFFARI GENERALI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Liquidazione rimborsi oneri legali a dipendenti	Misure di controllo/regolazione	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale MIS 2_Redazione nuovo regolamento	UOC AFFARI GENERALI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Liquidazione diretta dei compensi fatturati dai professionisti esterni	Misure di controllo/regolazione	MIS 1_Verifica del rispetto del regolamento aziendale MIS 2_Redazione nuovo regolamento	UOC AFFARI GENERALI	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Gestione delle spese Ciclo passivo – Registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture	Liquidazione: Per fatture non disciplinate nell'ambito Accordo pagamenti, verifica DURC e adempienza Agenzia Entrate – Riscossione e antiriciclaggio	Misure di controllo	Doppio controllo: - DURC - Equitalia	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Pagamento: Per fatture non in ambito Accordi Pagamenti, predisposizione mandato pagamento e trasmissione all'Istituto Tesoriere	Misure di controllo	Doppio controllo e segregazione delle funzioni: separazione tra chi indica iban su mandato di pagamento e chi manda in banca il mandato	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
Gestione dei contributi extra FSR - Rilevazione del credito e del ricavo e rendicontazione dei contributi sulla base della rendicontazione ricevuta dalle UOC destinatarie (non nel caso di contributi da Roma Capitale)	Misure di controllo		Controllo di quanto speso/corrispondenza con quote ricevute	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria derivanti dalle attività del DIP - Verifica incassi presso conto di tesoreria / conti correnti postali e CUP con relative rilevazioni contabili	Misure di controllo		Controlli incrociati di I e II livello: - I livello corrispondenza incassi con attività prevista da RECUP - II livello, corrispondenza nelle scritture contabili)	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria derivanti dalle attività del DIP - Verifica corrispondenza tra rendicontazione DIP e rilevazioni contabili	Misure di controllo		Controllo delle attività per le quali è stato ottenuto un incasso rispetto alle attività svolte Obbligo di inserimento in RECUP delle prestazioni erogate al fine di verificare la corrispondenza tra attività erogate ed incassi	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI		
Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria derivanti dalle attività del DIP - Rilevazione quote inutilizzate e accantonamento in apposito fondo (distinti per tipologia)	Misure di controllo	Rispetto a tutti gli incassi del DIP differenza tra ricavo e costo del servizio deve essere accantonato in un fondo e riutilizzati negli anni successivi per investire in prevenzione Delibera del DIP per utilizzo fondi	Dipartimento di prevenzione	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI			

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Gestione delle entrate – ciclo attivo	Ricavi e proventi da ticket - Per le rilevazioni ticket farmacie convenzionate, rilevazione ricavo da dettaglio inviato da UOC Sviluppo del Piano e flussi produttivi e verifica corrispondenza tra rilevazioni e dati regionali sulla farmaceutica convenzionata	Misure di controllo	Controlli svolti dalla Farmaceutica Convenzionata	UOSD Farmaceutica convenzionata	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Proventi da libera professione intramoenia - Trasmissione mensile a UOC Bilancio e contabilità dettaglio prestazioni per rilevazioni contabili	Misure di controllo	Controlli incrociati di I e II livello: - I livello corrispondenza incassi con attività prevista da RECUP II livello, corrispondenza nelle scritture contabili)	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Proventi da libera professione intramoenia allargata -Erogazione prestazione, inserimento dati su CONSYS e versamento incassi presso Istituto Tesoriere (se incasso non è avvenuto con bonifico)	Misure di controllo	Obbligo di prenotazione tramite RECUP (che deve avere agende dello studio) Obbligo dell'utilizzo del POS Controlli ALPI	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Proventi da libera professione intramoenia allargata - Ricezione distinta di versamento, verifica tra questa e dati CONSYS e controllo prestazioni erogate	Misure di controllo	Controlli ALPI	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Proventi da libera professione intramoenia allargata -Se l'incasso è avvenuto con bonifico, verifica accredito su conto tesoreria	Misure di controllo	Elenco Alpi ed elenco sospesi in entrata	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Altre tipologie - Gestione lasciti e donazioni	Misure di controllo	Controlli post sulle donazioni	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Gestione del patrimonio aziendale	GESTIONE DEL PATRIMONIO AZIENDALE - IMMOBILIZZAZIONI	Autorizzazione richiesta a seguito di valutazione e verifica requisiti di capitalizzazione		Adeguamento numero/competenze personale Utilizzo piattaforma elettronica Referenti territoriali per assicurare il controllo di tutti gli interventi	UOC Ing. Clinica UOC Sistemi e Tecnologie Informatiche;
	Rilevazioni contabili (in caso di manutenzione straordinaria - capitalizzazione dei costi)	Misure di controllo			Controlli documentali	UOC Bilancio e Contabilità	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
	Valutazione iniziale dell'opportunità di locazione	Misure di controllo			Valutazione della Commissione congruità Controllo esterno regione Lazio	UOC Patrimonio;	31/12/2025	da valutare
	Valutazione di congruità (requisiti economici canone locazione rispetto al mercato)				Allo studio supporto dell'agenzia del demanio	UOC Patrimonio;	31/12/2025	da valutare
	Liquidazione canoni	Misure di controllo			Verifiche periodiche budget e scostamenti + controllo regionale su mancate liquidazioni	UOC Patrimonio	31/12/2025	no riscontro da valutare
	Esame della richiesta al fine di valutare la congruità rispetto ai valori aziendali	Misure di regolamentazione			Pagamento anticipato su IBAN aziendale Revisione /Ampliamento regolamento d'uso spazi aziendali (ex RM E che si sta perfezionando per RM1) Previsione nel regolamento di esemplificazione pacchetti	UOC Patrimonio	31/12/2025	no riscontro da valutare
	Presentazione offerta che, pur in presenza di canoni prestabiliti dall'apposito regolamento, può essere personalizzata tramite ad esempio: a. pacchetti b. rimborso spese (1/5) nel caso in cui l'evento coinvolga la direzione aziendale / azienda	Misure di regolamentazione	Pagamento anticipato su IBAN aziendale Revisione /Ampliamento regolamento d'uso spazi aziendali (ex RM E che si sta perfezionando per RM1) Previsione nel regolamento di esemplificazione pacchetti	UOC Patrimonio	31/12/2025	no riscontro da valutare		

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024		
AREA TECNICO-PATRIMONIAL E			Controllo in itinere ed ex post al fine di verificare il corretto ripristino dei luoghi	Misure di regolamentazione	Pagamento anticipato su IBAN aziendale Revisione /Ampliamento regolamento d'uso spazi aziendali (ex RM E che si sta perfezionando per RM1) Previsione nel regolamento di esemplificazione pacchetti	UOC Patrimonio	31/12/2025	no riscontro da valutare		
			Chiusura contratto e pagamento	Misure di regolamentazione	Pagamento anticipato su IBAN aziendale Revisione /Ampliamento regolamento d'uso spazi aziendali (ex RM E che si sta perfezionando per RM1) Previsione nel regolamento di esemplificazione pacchetti	UOC Patrimonio	31/12/2025	no riscontro da valutare		
			Inventariato e registrazione nel libro cespiti ed etichettatura (per IC ad esito positivo del collaudo)	Misure di controllo	1. Inventariato dei beni con ditta esterna: Gara già avviata 2. Controlli a campione	UOC Patrimonio INGEGNERIA CLINICA (per apparecchiature)	31/12/2025	no riscontro da valutare		
			Valutazione della proposta di fuori uso/fine uso	Misure di controllo	Commissione per valutazione idoneità alla dismissione	UOC STI INGEGNERIA CLINICA (per apparecchiature)	31/12/2025	no riscontro da valutare		
			Provvedimento di dismissione e cancellazione dal libro cespiti o, in caso di fine uso, riassegnazione ad altra UO	Misure di trasparenza	Tracciabilità Obbligo di comunicazione di variazione del bene (es. spostamento) Informative e responsabilizzazione	UOC Patrimonio UOC Bilancio	31/12/2025	no riscontro da valutare		
				Programmazione -Elaborazione piano fabbisogni tenuto conto del budget/ emissione della singola richiesta di acquisto	Misure di organizzazione	Supporto e coordinamento delle attività di programmazione del Servizio "Qualità appalti" ai responsabili della programmazione	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
					Misure di regolamentazione	- Procedura di definizione del programma triennale tramite piattaforma - Linee guida sulla programmazione (in fase di aggiornamento, sulla base del nuovo modulo applicativo). Tra i contenuti minimi si citano: - Formalizzazione iter richiesta - Motivazione all'acquisto	UOC Q.A.	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
					Misure di trasparenza	Obbligo reportistica e raccolta dati (anche con il supporto del controllo di gestione) per tutti i contratti ai fini di: -Migliore definizione fabbisogno -Migliore verifica esecuzione contratto	UPC Q.A.	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
				Progettazione della gara: Laddove necessario, effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato	Misure di regolamentazione	Promuovere in Azienda l'utilizzo delle consultazioni preliminari, prevedendo una procedura che ne garantisca un uso uniforme e strutturato	UOC ABS/UOC Q.A.	31/12/2025	IN CORSO DI ATTUAZIONE	
				Progettazione della gara: Predisposizione capitolato con: - caratteristiche tecniche minime; - criteri di attribuzione del punteggio - definizione base di gara (prezzi) - eventuale suddivisione in lotti	Misure di organizzazione	Per gare complesse/rilevanti: gestione da parte della Qualità Appalti in collaborazione con le altre strutture interessate; formazione di gruppi di lavoro su singole gare, formati da persone competenti per materia, per gestione contratto, per conoscenza materia appalti	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
					Misure di disciplina del conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse ai componenti del GDL	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
					Misure di trasparenza	Trasparenza nella definizione dei criteri/punteggi e presenza sia di tecnici che di amministrativi per la loro migliore formulazione	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
	CONTRATTI PUBBLICI	Affidamento di lavori, servizi e forniture e gestione del contratto	Progettazione della gara: Adozione della determina a contrarre: - individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento; - individuazione degli elementi essenziali del contratto; - determinazione dell'importo del contratto; - scelta della procedura di aggiudicazione; - elaborazione atti di gara; - acquisizione CIG.	Misure di trasparenza	Analisi di mercato e acquisizione più preventivi (almeno sopra i 40.000 Euro) fatte salve eccezioni	UOC ABS/Q.A.	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di organizzazione	Rispetto del principio di rotazione degli affidamenti;	UOC Ing. Clinica UOC Sistemi e Tecnologie Informatiche; UOC Manutenzioni Progettazione e direzione lavori	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di regolamentazione	Linea guida sul CIG	UOC ABS/Q.A.	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Selezione del contraente: Nomina della commissione di gara	Misure di disciplina del conflitto di interessi	- Dichiarazione di conflitto di interesse (invio elenco ditte) - Nomina di commissari che non hanno partecipato al procedimento (da valutare per singola procedura);	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di organizzazione	- Rotazione dei commissari - Sorteggio (solo se numero sufficiente) su albo interno Le misure sono strettamente correlate alle fasi a monte e a valle del processo. In particolare: - corretta definizione dei criteri nel capitolato (ex ante) - controllo della correttezza procedurale/coerenza (ex post) Confronto a coppie	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Selezione del contraente: Valutazione tecnica delle offerte	Misure di controllo	Numero di persone coinvolte nell'attività Formazione RUP Utilizzo di check-list	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Eventuale annullamento /revoca della gara	Misure di trasparenza	Motivazione del provvedimento	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Acquisizione documenti ai fini della verifica dei requisiti (per la stipula del contratto)	Misure di regolamentazione	Linea guida (della Qualità appalti)	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Acquisizione degli esiti del primo controllo da qualità appalti per la verifica e contestuale comunicazione esito controlli e attribuzione efficacia dell'aggiudicazione	Misure di trasparenza	Motivazione adeguata della valutazione discrezionale	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Stipula del contratto previa verifica della documentazione acquisita dall'Operatore Economico per la stipula	Misure di organizzazione	Introduzione della struttura "Qualità Appalti"	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di regolamentazione	Introduzione della nuova procedura per accelerare stipula contratto	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
			Esecuzione del contratto: Formalizzazione dell'avvio della fornitura tramite: -Verbale (in caso di servizi/lavori) a firma del DEC, RUP FASE ESECUZIONE e ditta; -Ordine di acquisto (in caso di forniture); -Collaudo (in caso di forniture dell'Ingegneria Clinica)	Misure di organizzazione	- Proceduralizzazione (documenti da richiedere alla ditta per velocizzare inserimento anagrafica) - Per collaudo (pluralità di soggetti coinvolti)	UOC ABS	31/12/2025	IN CORSO DI ATTUAZIONE
			Esecuzione del contratto: Verifiche in corso di esecuzione anche tramite riunioni periodiche (frequenza varia a seconda della complessità del servizio)	Misure di organizzazione	- Formazione/sensibilizzazione ai DEC per migliorare conoscenza su quello che devono gestire - Invio tempestivo ai DEC di tutta la documentazione - Incontri preliminari all'avvio del contrario che coinvolge RUP1, RUP2 e DEC	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Esecuzione del contratto: Attestazione SAL da parte del DEC, relativa verifica ed effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione (RUP)	Misure di organizzazione	Per appalti complessi: rete di supporto/assistenti al DEC (e relativa modulistica - check list per verifiche da fare) di soggetti con varie competenze ai fini del miglioramento del controllo e relativa attestazione Caricamento documenti su C4H	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Esecuzione del contratto: Gestione subappalto	Misure di controllo	Verifiche sul subappaltatore (Qualità appalti) Formalizzazione con provvedimento di autorizzazione RUP2 Formazione/sensibilizzazione ai DEC per migliorare conoscenza su quello che devono gestire	UOC ABS UOC DI APPARTENENZA DEI RUP 2	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Esecuzione del contratto: Eventuali modifiche al contratto originario	Misure di organizzazione	Consulenza della struttura Qualità Appalti (anche a supporto delle strutture che non hanno amministrativi CIRCOLARI AZIENDALI Sopra 20% e per servizi complementari > intervento di più strutture (discrezionalità) e supporto della struttura Qualità Appalti nella individuazione corretta della giusta fattispecie (consentito o meno) Provvedimento formale di modifica o nuova gara e relative comunicazioni ad ANAC	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Esecuzione del contratto: Gestione delle controversie Applicazione penali	Misure di regolamentazione	Ai fini della corretta definizione delle penali, confronto tra professionalità diverse per costruzione dettagliate penali (coinvolgimento di persone che hanno gestito gare simili per migliore identificazione criticità) Analisi delle vecchie gare al fine di identificare le criticità passate e dettagliare meglio le penali	UOC ABS UOC DI APPARTENENZA DEI RUP 2 E DEI DEC	31/12/2025	da valutare
			Rendicontazione e monitoraggio del contratto: Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo) o, per Ingegneria Clinica nomina DEC per collaudo (istallazioni forniture di importo elevato o tipologia/complessità apparecchiatura)	Misure di trasparenza	Definizione e aggiornamento Albo collaudatori aziendale Nomina tramite avviso pubblico	UOC ABS	31/12/2025	misura da attuare
			Rendicontazione e monitoraggio del contratto: Procedimento di verifica della corretta esecuzione del contratto nel rispetto delle condizioni contrattuali tramite attestazione di regolare esecuzione e chiusura del contratto tramite: Regolare esecuzione - Verbale di ultimazione prestazioni (tutti servizi) - Sottoscrizione RUP 2 e Ditta (Logistica) - Collaudo – in caso di lavori, in presenza della ditta	Misure di trasparenza	Presenza di RUP ESECUZIONE e DEC - Relazione/reportistica sul contratto da parte del fornitore Tracciabilità contratto - contestazioni - verbali riunioni - eventuali modifiche - Utilizzo relazioni dei SAL	UOC ABS UOC DI APPARTENENZA DEI RUP 2 E DEI DEC	31/12/2025	da valutare

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
			In caso di assoluta necessità/urgenza, proroga finalizzata ad assicurare continuità del servizio fino ad espletamento nuova gara (contestuale all'indizione della nuova gara)	Misure di regolamentazione	Monitoraggio delle tempistiche - formalizzazione scadenziario (in capo al servizio) e supporto al monitoraggio da parte del nuovo servizio qualità appalti Linee guida della qualità appalti	UOC Q.A.	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Rendicontazione e monitoraggio del contratto: Eventuale rinnovo del contratto	Misure di trasparenza	Adeguate valutazione e relativa formalizzazione della decisione di rinnovo	UOC ABS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Attività aziendale connessa alla Gestione stragiudiziale dei Sinistri	Ricezione dell'istanza di risarcimento stragiudiziale	Misure di controllo	Riesame interno (in itinere) delle pratiche esaminate	Affari Generali	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Istruttoria documentale, con particolare riferimento alla raccolta di tutta la documentazione inerente il caso in esame e assegnazione alla Medicina Legale al termine dell'istruttoria	Misure di regolamentazione	Regolamento CAVS - Delibera Dirigenziale n. 243 del 02/03/2022	Affari Generali	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Attività aziendale connessa alla Gestione giudiziale dei Sinistri	Ricezione o notifica di atto giudiziario	Misure di controllo	Riesame interno (in itinere) delle pratiche esaminate	Avvocatura	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Istruttoria documentale, con particolare riferimento alla raccolta di tutta la documentazione inerente il caso in esame	Misura di regolamentazione	Regolamento revisionato per la gestione delle pratiche	Avvocatura	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Attività collegiale medico legale aziendale	Istruttoria della richiesta, con particolare riferimento alla verifica della completezza e congruità della documentazione dal punto di vista medico.	Misure di regolamentazione	MIS_1: Ridefinizione della procedura al fine di renderla maggiormente trasparente e tracciabile (protocollo, iter della pratica, fascicolazione)	Collegio Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di formazione	MIS_2: Previsione di incontri periodici di condivisione dei casi, di formazione, di diffusione della cultura della legalità all'interno della struttura Formazione (condivisione casi)	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Eventuali richieste di integrazione	Misure di regolamentazione	MIS_1: Ridefinizione della procedura al fine di renderla maggiormente trasparente e tracciabile (protocollo, iter della pratica, fascicolazione)	Collegio Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di formazione	MIS_2: Previsione di incontri periodici di condivisione dei casi, di formazione, di diffusione della cultura della legalità all'interno della struttura Formazione (condivisione casi)	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Identificazione del soggetto	Misure di regolamentazione	MIS_1: Ridefinizione della procedura al fine di renderla maggiormente trasparente e tracciabile (protocollo, iter della pratica, fascicolazione)	Collegio Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di formazione	MIS_2: Previsione di incontri periodici di condivisione dei casi, di formazione, di diffusione della cultura della legalità all'interno della struttura Formazione (condivisione casi)	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Effettuazione della visita medica	Misure di regolamentazione	MIS_1: Ridefinizione della procedura al fine di renderla maggiormente trasparente e tracciabile (protocollo, iter della pratica, fascicolazione)	Collegio Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di formazione	MIS_2: Previsione di incontri periodici di condivisione dei casi, di formazione, di diffusione della cultura della legalità all'interno della struttura Formazione (condivisione casi)	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Definizione del giudizio (vincolante)	Misure di regolamentazione	MIS_1: Ridefinizione della procedura al fine di renderla maggiormente trasparente e tracciabile (protocollo, iter della pratica, fascicolazione)	Collegio Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di formazione	MIS_2: Previsione di incontri periodici di condivisione dei casi, di formazione, di diffusione della cultura della legalità all'interno della struttura Formazione (condivisione casi)	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Rilascio certificazioni (monocratiche)	Prenotazione della richiesta (tramite CUP) o Presentazione a sportello	Misure di controllo	MIS_3: Ridefinizione dei controlli (a campione) su: a. correttezza della procedura (attraverso il controllo incrociato dei pagamenti/appuntamenti/documento identità dell'istante); b. congruità del parere espresso (riesame del fascicolo).	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di regolamentazione	MIS_4: Ridefinizione ed omogeneizzazione della modulistica prevista per ciascun procedimento e sua diffusione sul portale dell'amministrazione e a sportello.	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Ricezione contestuale dell'istanza	Misure di controllo	MIS_3: Ridefinizione dei controlli (a campione) su: a. correttezza della procedura (attraverso il controllo incrociato dei pagamenti/appuntamenti/documento identità dell'istante); b. congruità del parere espresso (riesame del fascicolo).	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di regolamentazione	MIS_4: Ridefinizione ed omogeneizzazione della modulistica prevista per ciascun procedimento e sua diffusione sul portale dell'amministrazione e a sportello.	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Identificazione soggetto	Misure di controllo	MIS_3: Ridefinizione dei controlli (a campione) su: a. correttezza della procedura (attraverso il controllo incrociato dei pagamenti/appuntamenti/documento identità dell'istante); b. congruità del parere espresso (riesame del fascicolo).	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di regolamentazione	MIS_4: Ridefinizione ed omogeneizzazione della modulistica prevista per ciascun procedimento e sua diffusione sul portale dell'amministrazione e a sportello.	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Istruttoria della richiesta, con particolare riferimento alla verifica della completezza e congruità della documentazione dal punto di vista medico.	Misure di controllo	MIS_3: Ridefinizione dei controlli (a campione) su: a. correttezza della procedura (attraverso il controllo incrociato dei pagamenti/appuntamenti/documento identità dell'istante); b. congruità del parere espresso (riesame del fascicolo).	Medico Legale	31/12/2025	no riscontro da valutare
				Misure di regolamentazione	MIS_4: Ridefinizione ed omogeneizzazione della modulistica prevista per ciascun procedimento e sua diffusione sul portale dell'amministrazione e a sportello.		01/01/2026	no riscontro da valutare
			Effettuazione della visita medica	Misure di controllo	MIS_3: Ridefinizione dei controlli (a campione) su: a. correttezza della procedura (attraverso il controllo incrociato dei pagamenti/appuntamenti/documento identità dell'istante); b. congruità del parere espresso (riesame del fascicolo).	Medico Legale	02/01/2026	no riscontro da valutare
				Misure di regolamentazione	MIS_4: Ridefinizione ed omogeneizzazione della modulistica prevista per ciascun procedimento e sua diffusione sul portale dell'amministrazione e a sportello.		03/01/2026	no riscontro da valutare
			Eventuale richiesta di visite specialistiche (obbligatorie in caso di richiesta certificato adozione)	Misure di controllo	MIS_3: Ridefinizione dei controlli (a campione) su: a. correttezza della procedura (attraverso il controllo incrociato dei pagamenti/appuntamenti/documento identità dell'istante); b. congruità del parere espresso (riesame del fascicolo).	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di regolamentazione	MIS_4: Ridefinizione ed omogeneizzazione della modulistica prevista per ciascun procedimento e sua diffusione sul portale dell'amministrazione e a sportello.		31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Rilascio certificazione (favorevole o sfavorevole)	Misure di controllo	MIS_3: Ridefinizione dei controlli (a campione) su: a. correttezza della procedura (attraverso il controllo incrociato dei pagamenti/appuntamenti/documento identità dell'istante); b. congruità del parere espresso (riesame del fascicolo).	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
				Misure di regolamentazione	MIS_4: Ridefinizione ed omogeneizzazione della modulistica prevista per ciascun procedimento e sua diffusione sul portale dell'amministrazione e a sportello.		31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Attività connesse alla partecipazione al Comitato Valutazione	Ricezione dell'istanza	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Istruttoria documentale, con particolare riferimento alla raccolta di tutta la documentazione inerente il caso in esame	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Assegnazione della pratica al Medico Legale	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Istruttoria di natura tecnica medico-legale (valutazione della documentazione raccolta dal punto di vista medico)	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Eventuali richieste di integrazioni documentali	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
AREA MEDICINA LEGALE	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO	Sinistri (CAVS)	Eventuali richieste di ulteriori visite mediche e/o coinvolgimento di specialisti	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Predisposizione della relazione	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Discussione della relazione con gli altri Medici Legali afferenti al Comitato	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Condivisione del parere	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Giudizio finale del Comitato	Misure di controllo	MIS_5: Riesame interno delle pratiche esaminate	CAVS	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Autorizzazione al trapianto tra viventi	Ricezione della relazione redatta dall'equipe	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Istruttoria sulla relazione, volta a valutare la correttezza della procedura seguita	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Relazione del Medico Legale	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Giudizio finale del Medico Legale	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
		Attività necroscopica	Accertamento morte: Ricezione istanza da parte del Comune/Agenzia Funebre/Familiari	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Accertamento morte: Effettuazione dell'accertamento (dalle 15 alle 30 ore dal decesso)	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Accertamento morte: Redazione della relazione necroscopica, contenente le generalità del deceduto, l'ora e le cause del decesso	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Trattamento conservativo salma e autorizzazioni trasporto: Ricezione istanza da parte dell'Agenzia Funebre	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Trattamento conservativo salma e autorizzazioni trasporto: Istruttoria pratica (controllo documentale)	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Trattamento conservativo salma e autorizzazioni trasporto: Effettuazione dell'iniezione conservativa	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Trattamento conservativo salma e autorizzazioni trasporto: Autorizzazione/ apposizione sigillo	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Trattamento conservativo salma e autorizzazioni trasporto: Redazione della dichiarazione finale contenente l'autorizzazione al trasporto	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Autorizzazione seppellimento prodotti abortivi: Ricezione istanza da parte dell'ospedale in cui è stato effettuato/avvenuto l'aborto	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Autorizzazione seppellimento prodotti abortivi: Istruttoria pratica (controllo documentale)	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Autorizzazione seppellimento prodotti abortivi: Rilascio autorizzazione	Misure di controllo	MIS_6: Miglioramento dei controlli in essere	Medico Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
		Commissione medico-legale patenti di guida "Roma 1"	Presentazione a sportello	Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
	Ricezione contestuale istanza		Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2025	no riscontro da valutare	
	Identificazione del soggetto		Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
	Istruttoria della richiesta, con particolare riferimento alla verifica della completezza e congruità della documentazione dal punto di vista amministrativo.		Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	
	Effettuazione della visita medica e contestuale controllo documentazione medica		Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI	

ALLEGATO 2 (sez. 2.3) - REGISTRO PROCESSI E MISURE (con esito monitoraggio)

AREA	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITÀ DEL PROCESSO	TIPOLOGIA DI MISURE	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE	ESITO MONITORAGGIO 2024
			Eventuale richiesta di visite specialistiche	Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Parere	Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2024	MISURA ATTUATA: SI
			Comunicazione alla motorizzazione	Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2025	no riscontro da valutare
			Rilascio certificato	Misure di controllo	MIS_7: Inserimento di una pluralità di controlli a campione, in particolare: a. incrocio tra la data di prenotazione e l'effettuazione della visita; b. incrocio tra lista prenotati e lista cartacea consegnata al presidente; c. Verifica di II livello sulla reale completezza della documentazione (richiesta vs consegnata) d. firma del certificato solo in presenza di tutto il fascicolo a disposizione per nuova verifica; e. consegna certificati su appuntamento; f. Rinomina della commissione e rotazione membri	Medicina Legale	31/12/2025	no riscontro da valutare

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale		RPCT
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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)		UOC 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)		UOC Affari Generali
			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)		RPCT UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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)		UOC Affari Generali
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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		Ufficio Procedimenti Disciplinari -UOC Stato Giuridico del Personale
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	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		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016		NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)			NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		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)		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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)		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		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).		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [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 appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di 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 l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) 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		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		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)		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA	
		Art. 14, c. 1, lett. d), 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)		NON DI COMPETENZA	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA	

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	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 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).		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [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 appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di 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 l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) 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		NON DI COMPETENZA
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno		NON DI COMPETENZA	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		NON DI COMPETENZA	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		NON DI COMPETENZA	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		NON DI COMPETENZA	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		NON DI COMPETENZA	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		NON DI COMPETENZA	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [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 appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		NON DI COMPETENZA	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di 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 €)	Nessuno		NON DI COMPETENZA		

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		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).		NON DI COMPETENZA
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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 partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	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 Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini
Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini	
Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono 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 Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini UOC Sistemi e Tecnologie Informatiche e di Comunicazione
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		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 Affari Generali UOC Progettazione e Direzione lavori UOC Stato Giuridico del Personale UOC Formazione e Sviluppo delle competenze UOC Sicurezza, Prevenzione e Risk Management Segreteria Collegio Sindacale
				Per ciascun titolare di incarico:			

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Affari Generali UOC Progettazione e Direzione lavori UOC Stato Giuridico del Personale UOC Formazione e Sviluppo delle competenze UOC Sicurezza, Prevenzione e Risk Management Segreteria Collegio Sindacale
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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 Affari Generali UOC Progettazione e Direzione lavori UOC Stato Giuridico del Personale UOC Formazione e Sviluppo delle competenze UOC Sicurezza, Prevenzione e Risk Management Segreteria Collegio Sindacale
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		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 Affari Generali UOC Progettazione e Direzione lavori UOC Stato Giuridico del Personale UOC Formazione e Sviluppo delle competenze UOC Sicurezza, Prevenzione e Risk Management Segreteria Collegio Sindacale
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		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 Affari Generali UOC Progettazione e Direzione lavori UOC Stato Giuridico del Personale UOC Formazione e Sviluppo delle competenze UOC Sicurezza, Prevenzione e Risk Management Segreteria Collegio Sindacale

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo		UOC Affari Generali UOC Stato Giuridico del Personale
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:			UOC Affari Generali UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Affari Generali UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Affari Generali UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		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 Trattamento Economico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Trattamento Economico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, 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 Affari Generali UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		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 Affari Generali UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		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).		OBLIGO SOSPESO
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [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 appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		OBLIGO SOSPESO
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) 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		OBLIGO SOSPESO
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		UOC Affari Generali UOC Stato Giuridico del Personale		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		UOC Affari Generali UOC Stato Giuridico del Personale		

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1	
Personale		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		UOC Affari Generali UOC Trattamento Economico del Personale	
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali Responsabili di Dipartimento e di Strutture semplici o complesse)				Per ciascun titolare di incarico:			
			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli 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)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		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 Stato Giuridico del Personale UOC Trattamento Economico del Personale
			Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale UOC Trattamento Economico del Personale
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, 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 Stato Giuridico del Personale UOC Trattamento Economico del Personale
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		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 Stato Giuridico del Personale UOC Trattamento Economico del Personale
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		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).		OBBLIGO SOSPESO
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)]	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		OBBLIGO SOSPESO
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) 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			OBBLIGO SOSPESO		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale		

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		UOC Trattamento Economico del Personale
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo		UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale		UOC Stato Giuridico del Personale
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	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 Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		UOC Trattamento Economico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		UOC Trattamento Economico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [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 appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		OBBLIGO SOSPESO
		3) 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).		OBBLIGO SOSPESO		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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)		RPCT
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	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 Stato Giuridico del Personale
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i 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 organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Trattamento Economico del Personale

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Trattamento Economico del Personale
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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 Stato Giuridico del Personale
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, 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 Trattamento Economico del Personale
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	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 Stato Giuridico del Personale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	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 predispongono, 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 Stato Giuridico del Personale UOC Trattamento Economico del Personale
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale UOC Affari Generali
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale UOC Affari Generali
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Trattamento Economico del Personale UOC Affari Generali
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Stato Giuridico del Personale
	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e 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)		UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Performance	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Trattamento Economico del Personale
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Trattamento Economico del Personale
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOS Relazioni Sindacali, Quiescienza e ALPI
				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 Trattamento Economico del Personale
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOS Relazioni Sindacali, Quiescienza e ALPI
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
				Per ciascuno degli enti:			
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		FATTISPECIE NON PRESENTE
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		FATTISPECIE NON PRESENTE
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		FATTISPECIE NON PRESENTE
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		FATTISPECIE NON PRESENTE
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		FATTISPECIE NON PRESENTE
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		FATTISPECIE NON PRESENTE
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		FATTISPECIE NON PRESENTE
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		NON DI COMPETENZA

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1	
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		NON DI COMPETENZA	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA	
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Affari Generali
					Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		NON DI COMPETENZA		
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA		
	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Affari Generali		

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Affari Generali
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Affari Generali
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
				Per ciascuno degli enti:			
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
				Per ciascuna tipologia di procedimento:			

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		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)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento	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)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	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)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		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)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		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)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
				Per i procedimenti ad istanza di parte:			UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		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)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
Monitoraggio tempi procedimentali		Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	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 precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini e Avvocatura in collaborazione con tutte le UOC - UOSD del : Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo Dipartimento Amministrativo Dipartimento Tecnico Patrimoniale Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Area Governo della Rete Dipartimento Interaziendale Medicina Legale Area del Farmaco
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	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)		UOC Affari Generali
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	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)		UOC Affari Generali
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2017
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative			
<p>All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023</p> <p>ATTI E DOCUMENTI DA PUBBLICARE IN "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"</p> <p>Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti</p>							

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		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		UOSD Qualità Appalti
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)		Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 <i>Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo</i> (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)		Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
		Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione		Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
		Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali		<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico		<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale		UOSD Qualità Appalti
Fase	PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI						

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Bandi di gara e contratti	Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio		1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)		Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
	Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici 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)		Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti <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	Tempestivo Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	L'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 201/2022	UOSD Qualità Appalti

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica		Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (art. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
		Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico		Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
	Esecutiva	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati 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> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato		Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023		Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo		UOSD Qualità Appalti
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, 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)		UOC Bilancio e Contabilità
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti 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)	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)		UOC Bilancio e Contabilità
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		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)		UOC Bilancio e Contabilità

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	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 Bilancio Contabilità
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		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 Bilancio Contabilità
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	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 Bilancio Contabilità
				Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	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)	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio Contabilità
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOSD Patrimonio
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOSD Patrimonio
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	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.		UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione RPCT
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione
				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		UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione
				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)		UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione
	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)		Collegio Sindacale
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Affari Generali	
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini UOC Comunicazione e Relazioni istituzionali

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Servizi erogati	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	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		Avvocatura UOC Affari Generali
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		Avvocatura UOC Affari Generali
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		Avvocatura UOC Affari Generali
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari e Analisi Processi Assistenziali
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	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		UOC Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i Cittadini
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	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)		NON DI COMPETENZA
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)		UOC Bilancio e Contabilità
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	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 Bilancio e Contabilità
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
				Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		UOC Bilancio e Contabilità
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di 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)		UOC Bilancio e Contabilità
Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reattive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA	

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché 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)		NON DI COMPETENZA
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotipi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		UOC-UOSD dell'Area Governo della Rete
				Accordi interscambi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		UOC-UOSD dell'Area Governo della Rete
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON DI COMPETENZA
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	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
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo		RPCT
			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
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	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
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	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
	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo		RPCT	
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni 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		UOC Affari Generali
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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		UOC Affari Generali
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	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		UOC Affari Generali
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	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.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo		UOC Sistemi e Tecnologie Informatiche e di Comunicazione

ALLEGATO 3 - Estratto della Tabella relativa alla sezione "Amministrazione Trasparente" con l'Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e l'individuazione dei responsabili della pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ASL ROMA 1
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	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 e Tecnologie Informatiche e di Comunicazione
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	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 e Tecnologie Informatiche e di Comunicazione
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto 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		tutte le UOC-UOSD

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

In riferimento a quanto riportato al punto 1 della nuova Direttiva Ministeriale del 14.01.2025, per ciò che concerne la Formazione sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D.lgs. 81/08, art.37) e attenendosi al set di informazioni riportate al punto 6, si rappresenta quanto segue:

Tabella n.1: Formazione obbligatoria valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico D.M. 14.01.2025.

MATERIA-AMBITO DI FORMAZIONE	DESTINATARI	MODALITA' EROGAZIONE	risorse	NUMERO ORE	PIANIFICAZIONE
Formazione obbligatoria anticorruzione – corso base e avanzato	Tutti i dipendenti - Neo assunti	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue*	TRIENNIO 2025-2027
Attività di informazione e di comunicazione delle amministrazioni (legge n. 150 del 2000, art. 4)	Personale addetto Informazione-comunicazione	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue*	TRIENNIO 2025-2027
Formazione in materia di prevenzione della sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. n. 81 del 2008, art. 37)	Tutti i dipendenti - Neo assunti - tirocinanti	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue*	TRIENNIO 2025-2027
Prevenzione dei rischi corruttivi, etica, integrità. Codici di comportamento.	Tutti i dipendenti - Neo assunti	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue*	TRIENNIO 2025-2027
Contratti pubblici	Ruoli amministrativo	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue	TRIENNIO 2025-2027
Lavoro agile promozione e opportunità	Ruoli amministrativo	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue	TRIENNIO 2025-2027
Competenze trasversali nella strategia del PNRR	Tutti i dipendenti - Neo assunti	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue*	TRIENNIO 2025-2027
D.lgs. n. 36/2023 in materia di appalti	Ruoli amministrativo-UO ABS	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue*	TRIENNIO 2025-2027
Transizione digitale/tecnologie emergenti/ transizione ecologica	Tutti i dipendenti - Neo assunti	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue	TRIENNIO 2025-2027
Formazione sui temi della leadership, sulle competenze manageriali e sulle soft skills	Dirigenti-FO-Coordinatori	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue*	TRIENNIO 2025-2027
Contrasto alla violenza contro donne	Tutti i dipendenti - Neo assunti	webinar	piattaforma aziendale	minimo 12 ore annue*	TRIENNIO 2025-2027

*In questa tabella il numero di ore per ogni corso è orientativo. Gli operatori potranno selezionare i corsi da svolgere tenendo conto del fabbisogno formativo nel rispetto delle **40 ore stabilite dal D.M.**

Tabella n. 2: Corsi di formazione e aggiornamento antincendio

Tipologia Corsi	Area di competenza	Obbligatorietà della formazione	Destinatari (target)	Modalità di erogazione	Numero di ore	Risorse attivabili	Tempi di erogazione
Formazione Antincendio Rischio Medio	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Addetti Antincendio rischio medio Formati: 24 Da formare: 151	In presenza	8 ore	Comando VV.FF.	In corso di erogazione
Formazione Antincendio Rischio Alto	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Addetti Antincendio rischio alto Formati: 404 Da formare: 493	In presenza	16 ore	Comando VV.FF.	In corso di erogazione
Aggiornamento Antincendio Rischio Medio	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Addetti Antincendio rischio medio Da aggiornare: 32	In presenza	5 ore	Comando VV.FF.	In corso di erogazione
Aggiornamento Antincendio Rischio Alto	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Addetti Antincendio rischio alto Da aggiornare: 34	In presenza	8 ore	Comando VV.FF.	In corso di erogazione

*I numeri riportati nelle tabelle risalgono all'ultima rilevazione del 24/01/2025.

Tabella n. 3a: Corsi di Formazione

Tipologia Corsi	Area di competenza	Obbligatorietà della formazione	Destinatari (target)	Modalità di erogazione	Numero di ore	Risorse attivabili	Tempi di erogazione
Modulo A Formazione Generale	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Lavoratori Asl Roma 1 Formati: 5227 Da formare: 952	Online	4 ore	Piattaforma aziendale SGSL-SQRM	In corso di erogazione
Protocollo Lavoratori Rischio Basso	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Profilo amministrativo e tecnico Formati: 766 Da formare: 48	FAD Asincrona	4 ore	Piattaforma aziendale SGSL-SQRM	In corso di erogazione
Protocollo Lavoratori Rischio Alto	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Profilo sanitario (personale interno e esterno) Formati: 4004 Da formare: 1802	In presenza	12 ore	Hospital Consulting S.p.a.	In corso di erogazione
Protocollo RLS	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	RLS Formati: 15 Da formare: 3	In presenza	32 ore	Formazione con personale interno	In programma per il 2025
Protocollo Dirigenti	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Dirigenti Formati: 108 Da formare: 4	In presenza	16 ore	Formazione con personale interno	In programma per il 2025
Protocollo Preposti	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Preposti Formati: 149 Da formare: 64	FAD Sincrona	8 ore	Società formativa esterna	In programma per il 2025
Protocollo Radioesposti	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Radioesposti Formati: 457 Da formare: 45	In presenza	4, 6, 8 ore in base al rischio.	Società formativa esterna	In programma per il 2025
Protocollo Primo Soccorso	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Addetti Primo Soccorso Formati: 102 Da formare: 104	In presenza	12, 16 ore in base al rischio	Formazione con personale interno	In programma per il 2025

*I numeri riportati nelle tabelle risalgono all'ultima rilevazione del 24/01/2025.

Tabella n.3b: Corsi di Aggiornamento

Tipologia Corsi	Area di competenza	Obbligatorietà della formazione	Destinatari (target)	Modalità di erogazione	Numero di ore	Risorse attivabili	Tempi di erogazione
Protocollo Lavoratori Rischio Basso	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Profilo amministrativo e tecnico <i>Da aggiornare: 12</i>	FAD Asincrona	4 ore	Piattaforma aziendale SGSL-SQRM	In corso di erogazione
Protocollo Lavoratori Rischio Alto	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Profilo sanitario <i>Da aggiornare: 151</i>	FAD Sincrona	6 ore	Società formativa esterna	In programma per il 2025
Protocollo RLS	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	RLS <i>Da aggiornare: 14</i>	In presenza	8 ore	Formazione con personale interno	In programma per il 2025
Protocollo Dirigenti	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Dirigenti <i>Da aggiornare: 31</i>	In presenza	6 ore	Formazione con personale interno	In programma per il 2025
Protocollo Preposti	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Preposti <i>Da aggiornare: 149</i>	FAD Sincrona	6 ore	Società formativa esterna	In programma per il 2025
Protocollo Primo Soccorso	Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Obbligatorio ai sensi del D.Lgs. 81/08	Addetti Primo Soccorso <i>Da aggiornare: 102</i>	In presenza	4, 6 ore in base al rischio	Formazione con personale interno	In programma per il 2025

*I numeri riportati nelle tabelle risalgono all'ultima rilevazione del 24/01/2025.