



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 4



REGIONE
LAZIO



***Piano Integrato di Attività e
Organizzazione (P.I.A.O.)
2025 - 2027***

PREMESSA	3
INTRODUZIONE AL PIAO 2025-2027	4
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1. La ASL Roma 4: il contesto territoriale	5
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	9
2.1. Valore pubblico	9
2.1.1. Mission.....	9
2.1.2. Come operiamo	10
2.1.3. Prevenzione Collettiva e sanità Pubblica.....	11
2.1.4. Assistenza Territoriale	11
2.1.5. Assistenza Ospedaliera	12
2.1.6. Assistenza Territoriale	12
2.1.7. Creazione del Valore pubblico.....	13
2.2. Performance	13
2.2.1. Piano per la parità di genere e delle azioni positive.....	14
2.2.2. Performance e politiche di anticorruzione e trasparenza	24
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	24
2.3.1. Normativa di riferimento.....	24
2.3.2. Processo di adozione della sezione Anticorruzione del PIAO 2025-2027	25
2.3.3. RPCT e gli altri attori a livello aziendale.....	27
2.3.4. Mappatura dei processi, valutazioni e trattamento del rischio	29
2.3.5. Misure generali di prevenzione (c.d. obbligatorie)	40
2.3.6. Trasparenza ed accesso civico	75
2.3.7. Ulteriori contromisure specifiche di successo.....	82
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	102
3.1. Struttura organizzativa	102
3.1.1. Il personale	102
3.1.2. L'organizzazione	103
3.1.3. Struttura organizzativa	104
3.2. Organizzazione del lavoro agile	104
3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale	107
3.3.1. Metodologia	107
3.3.2. Consistenza del personale al 31/12/2023	107
3.3.3. Programmazione strategica delle risorse umane e strategie di copertura del fabbisogno	108
3.3.4. Formazione del personale	111
4. MONITORAGGIO	115



PREMESSA

Il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" all'articolo 6, prevede che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di 50 dipendenti adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Tale Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni inserendo un unico documento la performance, l'anticorruzione e trasparenza, l'organizzazione del lavoro compreso quello agile, la formazione del personale e il fabbisogno del personale.

Con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, emanato di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, n. 132 del 30/06/2022 è stato definito il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione" di cui all'articolo 6, comma 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Tale Regolamento definisce i contenuti del Piano e, al fine di adeguarlo alle esigenze delle diverse pubbliche amministrazioni, delinea le modalità semplificate per permetterne l'adozione. Il Piano prevede un modello standard contenente la scheda anagrafica dell'Amministrazione e 3 sezioni: (i) Valore pubblico, Performance e Anticorruzione (ii) Organizzazione e Capitale umano; (iii) Monitoraggio. Le tre sezioni, a loro volta, sono ripartite in sottosezioni di programmazione riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionale. Ciascuna sezione del Piano deve avere contenuto sintetico e descrittivo delle relative azioni programmate, secondo quanto stabilito dal citato decreto, per il periodo di applicazione del Piano stesso, con particolare riferimento, ove ve ne sia necessità, alla fissazione di obiettivi temporali intermedi. Sono esclusi dal Piano gli adempimenti di carattere finanziario non contenuti nell'elenco di cui all'articolo 6, comma 2, lettere da a) a g), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Il Piano, elaborato ai sensi del citato Decreto n. 132 del 30/06/2022, assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria che ne costituiscono il necessario presupposto. È adottato entro il 31 gennaio, ha durata triennale e viene aggiornato annualmente entro la predetta data. Il Piano è predisposto esclusivamente in formato digitale ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri e sul sito istituzionale dell'amministrazione.

INTRODUZIONE AL PIAO 2025-2027

Il presente PIAO viene adottato in via provvisoria e nelle more della definizione della composizione del nuovo organo di governo.

A seguito della D.G.R. Lazio del 2 maggio 2024, n. 309 recante “Commissariamento dell’ASL Roma 4 (art. 8, comma 7 bis della Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)”, è stata stabilita la decorrenza del commissariamento della ASL Roma 4 a partire dal 10 maggio 2024 e fino alla nomina del nuovo Direttore Generale, secondo la procedura prevista dall’art. 2 del D. Lgs. 171/2016 e s.m.i..

In data 09/05/2024 è venuto a cessare l’incarico di Direttore Generale della ASL Roma 4, Dott.ssa Cristina Matranga, nominata giusto Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00099 del 07/05/2021, senza che a tale data fosse giunta la nomina del Commissario Straordinario.

Pertanto, a far data dal 10/05/2024 (giusta Deliberazione n. 436 del 10/05/2024), le funzioni di Direttore Generale f.f. della ASL Roma 4 sono state svolte dal Direttore Amministrativo, Dott. Roberto Di Cicco, anagraficamente più anziano di età rispetto al Direttore Sanitario, Dott.ssa Simona Ursino, ex art. 3, comma 6, D.lgs n. 502/1992 e s.m.i. e art. 8 L.R. Lazio 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.

Considerato, inoltre, che l’incarico di Direttore Amministrativo del Dott. Roberto Di Cicco è venuto a cessare in data 16/01/2025 (giusta Deliberazione n. 38 del 18/01/2022), venendo a cessare i presupposti di legge legittimanti lo svolgimento delle funzioni di Direttore Generale f.f.e che, ancora, a tale data non è giunta la nomina del Direttore Generale della ASL Roma 4.

Ritenuto di dover, comunque, garantire la continuità e il buon andamento dell’azione amministrativa, allo stato, le funzioni di Direttore Generale f.f. potevano che essere svolte dal Direttore Sanitario in carica, Dott.ssa Simona Ursino che, pertanto, a far data dal 17/01/2025 e fino alla nomina del Direttore Generale della ASL Roma 4, svolgerà le funzioni di Direttore Generale f.f.

Per tutto quanto sopra espresso, il presente PIAO sarà un piano di transizione, in attesa dell’insediamento del nuovo organo di governo che definirà le linee strategiche di azione della ASL Roma 4 per il triennio a venire.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	ASL Roma 4
Sede legale	Civitavecchia, via Terme di Traiano, 39/a
Codice Fiscale/P.IVA	04743741003
Direttore Generale ff	Simona Ursino
Sito web	www.aslroma4.it
Numero Telefono	06 96669 100
PEC	protocollo@pec.aslroma4.it

Scheda anagrafica Amministrazione

Il logo ufficiale è costituito dalla parte testuale «SISTEMA SANITARIO REGIONALE - ASL ROMA 4» e dal simbolo sottorappresentato.

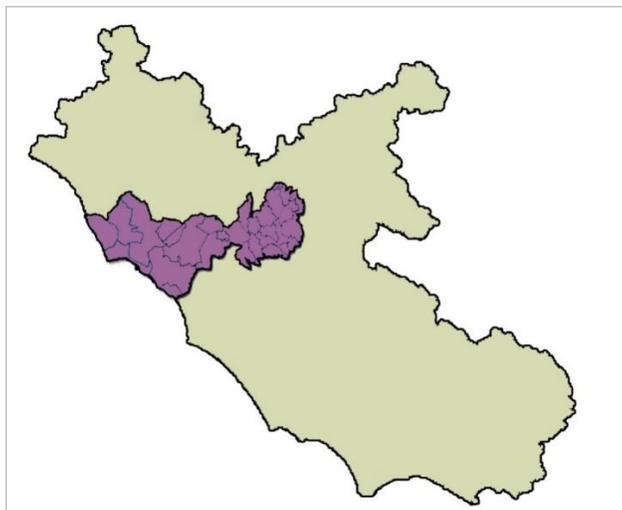


Logo

1.1. La ASL Roma 4: il contesto territoriale

La ASL ROMA 4 (in seguito denominata Azienda o Asl), istituita il 1° luglio 1994, con Leggi Regionali n. 18 e 19, del 16.06.1994, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda (Figura 2) si estende su un territorio di circa 1.317 Km² e comprende 28 Comuni. La popolazione residente è pari a 323.595 abitanti con una densità media di circa 246 abitanti per km². Il territorio della Asl si sviluppa entro un arco di oltre 160 Km, partendo da Nord-Est, ai confini di Roma, fino ad Ovest, ai margini costieri della provincia di Viterbo.



Il territorio aziendale

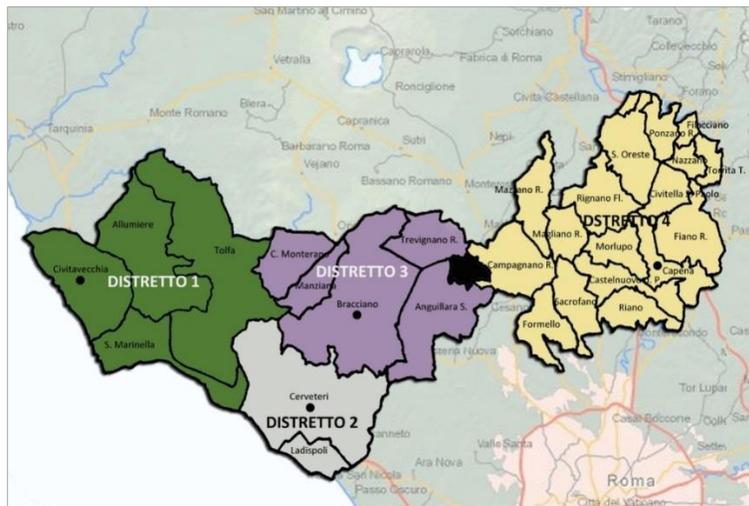
L'Azienda si articola in 4 Distretti (Figura 3):

- **Distretto 1** costituito dai Comuni di: Civitavecchia, Allumiere, Tolfa, Santa Marinella.
- **Distretto 2** costituito dai Comuni di: Ladispoli e Cerveteri.
- **Distretto 3** costituito dai Comuni di: Bracciano, Anguillara Sabazia, Trevignano Romano, Manziana, Canale Monterano.
- **Distretto 4** costituito dai Comuni di: Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina.

Il Distretto 1 è ad Ovest dell'Azienda e comprende la città di Civitavecchia, mentre il Distretto 2 si sviluppa a Sud, lungo il litorale tirrenico. Il Distretto 3 si estende intorno al lago di Bracciano e il Distretto 4, con i suoi 17 Comuni, è il più esteso e popoloso della Roma 4 e si colloca a Est/Nord-Est dell'Azienda. Le sedi dei quattro Distretti sono nell'ordine: Civitavecchia, Cerveteri, Bracciano e Capena.

Alla popolazione residente sono da aggiungersi le migliaia di persone che soggiornano nel territorio durante il periodo estivo, gli oltre 12.000 croceristi che in media vi giungono quotidianamente, senza dimenticare e le centinaia di detenuti ristretti nei due penitenziari di Civitavecchia, che contribuiscono ad aumentare il bacino di utenza delle strutture sanitarie ubicate sul territorio dell'Azienda.

Questo territorio, dal punto di vista orografico, presenta delle varietà: da un ambiente tipicamente montano ad un ambiente collinare, lacustre e marino. Le attività produttive incidenti sui bisogni di salute della popolazione assistita sono caratterizzate da estrema diversità, vedendo il territorio aree ad altissimo insediamento industriale con la presenza della più importante centrale termoelettrica del Centro Italia, il più importante sistema portuale passeggeri del Mediterraneo, la presenza di aree ex industriali ad alta contaminazione, attività zootecniche con il più vasto allevamento brado d'Italia, attività artigianali con l'utilizzazione di tecnologie avanzate e attività turistico terziarie ed agricole.



I Distretti

Inoltre, nel territorio dell'Azienda insistono, al momento, discariche per il conferimento dei rifiuti e un numero importante di insediamenti militari anche di grande importanza strategica, dove stabilmente ruotano 1.500/1.800 militari, che fanno aumentare la popolazione residente e le esigenze territoriali. Inoltre, il territorio ha una vocazione turistica con presenza di molti stranieri oltre che di usufruttori giornalieri e del fine settimana.

Anche gli aspetti della logistica, al di là degli aspetti di criticità relativi alla viabilità e al traffico veicolare, pur in un quadro di miglioramento generale del sistema viario "su gomma" a livello provinciale, mostra evidenti limiti strutturali verso le confinanti e limitrofe Provincia di Viterbo e Provincia di Rieti. Si registra, al riguardo, l'incremento dei flussi e le direttrici di comunicazione "romanocentriche", favorendo la rilevante mobilità passiva verso i grandi nosocomi romani. Questo risulta particolarmente evidente nella Media Valle del Tevere e Nordorientale romano.

Da sottolineare che il 20,5% della popolazione risulta avere più di 65 anni. Il territorio, inoltre, secondo fonti ISTAT, presenta un'importante presenza di insediamenti sul territorio di nuclei di popolazione immigrata, comunitaria ed extra comunitaria, particolarmente consistente nei distretti 2 e 4. Inoltre, è



ragionevole immaginare che l'immigrazione sommersa sia ancora largamente rappresentata in tutta la ASL ed il fenomeno sia destinato ad aumentare.

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. Valore pubblico

2.1.1. Mission

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, mediante la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati patologici della popolazione residente e/o presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale. Per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantisce i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre a tale obiettivo anche attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e promuove specifiche attività su base sperimentale in modo da favorire una maggiore economicità ed efficienza dei servizi erogati, sempre nel rispetto dei principi etici.

Un ulteriore obiettivo è il passaggio dal "sistema ospedale" al "sistema territorio", potenziando l'attività dei Distretti e la loro congiunzione sinergica con i Comuni per la realizzazione di una funzione sociosanitaria tesa ad evitare, per quanto possibile, l'isolamento sociale dei Pazienti e, in particolare, dei soggetti fragili, coinvolgendo ed interessando anche le famiglie.

Particolare importanza assume la gestione delle patologie croniche. L'azienda è chiamata a gestire grandi numeri con risorse limitate, che rendono prioritario ed essenziale intervenire con percorsi di cura appropriati e continuità delle cure tra ospedale e territorio. La creazione di team interdisciplinari per l'assistenza domiciliare e la valorizzazione delle cure palliative rappresentano il punto focale per la risoluzione e/o contenimento dei danni prodotti dalla malattia cronica.

Tra le priorità aziendali sono rappresentate anche le problematiche relative alla diagnostica precoce e al relativo trattamento in sedi il più vicino possibile al domicilio del paziente, la gestione dei pazienti adulti portatori di grave disabilità per i quali una assistenza territoriale capillare risulta ormai indispensabile, ma anche le sindromi da dipendenza con le patologie d'organo ad esse correlate e le patologie psichiatriche che richiedono una costante osmosi tra la struttura ospedaliera, le strutture territoriali per la salute mentale e le comunità residenziali.

I principi guida e i valori fondanti ai quali l'Azienda ispira la propria azione nel perseguimento della propria mission e della vision aziendale sono:

- **Eguaglianza:** ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceti, religione ed opinioni politiche;
- **Partecipazione:** l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- **Rispetto** della dignità umana;
- **Equità e imparzialità** vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;

- **Diritto di scelta:** il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare, ovunque sul territorio nazionale ed europeo, nei limiti previsti dalla normativa;
- **Efficienza ed Efficacia** sanitaria: i servizi sanitari pubblici devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido ed un'economicità nell'impiego delle risorse;
- **Continuità:** il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo regolare e continuo;
- **Trasparenza:** i cittadini e le associazioni di rappresentanza hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane come impegno ad utilizzare in maniera ottimale il bene pubblico;
- **Centralità della Persona:** il cittadino è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico;
- **Umanizzazione:** le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico.

2.1.2. Come operiamo

L'Atto Aziendale è stato adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1131 del 16/07/2019 approvato con DCA n. U00322 del 1 agosto 2019 "Approvazione dell'Atto Aziendale della Asl Roma 4", così come pubblicato sul B.U.R. Lazio n. 63 del 06/08/2019; successive modifiche sono state disposte con deliberazione del Direttore Generale n. 580 del 08/03/2021, integrata dalla deliberazione del Direttore Generale n. 1212 del 30/06/2021 e approvate con determinazione n. G09632 del 16 luglio 2021 pubblicato sul B.U.R. Lazio n. 72, Supplemento 2.

A tale riguardo, si specifica che con la deliberazione DG N. 921 del 20 ottobre 2022, è stata adottata la proposta del nuovo Atto aziendale, trasmessa alla competente Direzione regionale per l'approvazione ai fini dell'esecutorietà.

L'Azienda è organizzata in:

- N. 4 Dipartimenti
- N. 1 Dipartimento interaziendale
- N. 4 Distretti
- N. 6 Aree funzionali

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

L'organizzazione Aziendale è desumibile dall' Atto Aziendale ASL Roma 4.

L'offerta di prestazioni assistenziali e sanitarie della ASL ROMA 4 vede la seguente strutturazione:

- Polo Ospedaliero, composto dall'Ospedale S. Paolo di Civitavecchia, dall'Ospedale Padre Pio di Bracciano e dall'Hospice oncologico presso il Distretto 1;

- Distretto Sociosanitario 1, con sede a Civitavecchia;
- Distretto Sociosanitario 2, con sede a Ladispoli;
- Distretto Sociosanitario 3, con sede a Bracciano;
- Distretto Sociosanitario 4, con sede a Capena.

Completano l'offerta le strutture Dipartimentali Ospedaliere e quelle Territoriali, quali il Dipartimento di Salute Mentale, con un proprio servizio SPDC presso l'Ospedale San Paolo di Civitavecchia, il Dipartimento Emergenza e Accettazione e il Dipartimento di Prevenzione.

2.1.3. Prevenzione Collettiva e sanità Pubblica

La ASL Roma 4 riconosce primaria importanza alla precoce rilevazione del bisogno assistenziale e all'implementazione dei programmi di screening, non solo in ambito oncologico, ma anche nella precoce individuazione dei possibili disturbi legati alla fase dell'infanzia e all'adolescenza, di tipo psicologico e della condotta alimentare, ma anche in ambito visivo e odontostomatologico.

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, promuove la salute e la prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni rivolte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, in conformità alle norme sulla tutela della salute dello sportivo, opera la Medicina Sportiva.

I principali servizi del Dipartimento di Prevenzione sono:

- **Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL)** che garantisce il benessere e la tutela della salute dei lavoratori nel rispetto della normativa vigente e gestisce le attività di laboratorio d'Igiene Industriale.
- **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)** che si occupa della profilassi delle malattie infettive e parassitarie, della prevenzione dei rischi sanitari negli ambienti di vita e del procedimento di autorizzazione e Accreditamento Strutture sanitarie e socio sanitarie.
- **Servizio Vaccinazioni** che si occupa delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e degli screening per la diagnosi precoce.

Per un corretto approccio alla complessa tematica della sicurezza alimentare, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, è stata istituita l'Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e sicurezza alimentare dove le attività di tipo medico vanno ad integrarsi con quelle di tipo veterinario. Tale modalità ha come obiettivo quello di migliorare l'omogeneità e la qualità dei controlli, al fine di raggiungere lo scopo primario della promozione della salute tramite la garanzia della sicurezza alimentare.

2.1.4. Assistenza Territoriale

L'assistenza territoriale, nella sua specifica articolazione operativa dislocata nei 4 Distretti sociosanitari, intende realizzare un'ottimizzazione delle risorse e il mantenimento di un'assistenza adeguata ai bisogni dell'utenza. I più importanti ambiti assistenziali dei distretti sono i seguenti:

- Medicina di base (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e continuità assistenziale (Guardia Medica);
- Assistenza specialistica;
- Diagnostica strumentale e di laboratorio;
- Assistenza domiciliare (CAD) e residenzialità;
- Assistenza protesica;
- Assistenza alla Tossicodipendenza;
- Medicina legale e invalidi civili;
- Medicina penitenziaria (Distretto 1);
- Tutela della salute della donna;
- Riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- Riabilitazione e presa in carico dell'utente psichiatrico;
- Presa in carico dei pazienti cronici;
- Assistenza Farmaceutica;
- Assistenza agli stranieri;
- Integrazione sociosanitaria.

2.1.5. Assistenza Ospedaliera

L'Azienda opera mediante un Polo Ospedaliero unificato Civitavecchia – Bracciano, con l'Ospedale San Paolo di Civitavecchia sede di DEA di I livello e con l'Ospedale Padre Pio di Bracciano sede di Pronto Soccorso.

Le tabelle che seguono riportano il numero dei posti letto per presidio ospedaliero, per un totale di 262, così come determinato dalla DGR 869 del 7/12/2023.

2.1.6. Assistenza Territoriale

In sede di Preventivo 2024, si ritiene opportuno rappresentare le principali voci e andamenti economici che sono stati rilevati negli ultimi anni, al fine di consentire ogni migliore valutazione.

Fin dall'esercizio 2016 si è conseguito sempre l'equilibrio economico.

Tali positivi risultati, consolidati negli anni, sono da valutare quale conferma di un corretto governo delle risorse aziendali da parte della Direzione Strategica, uniformato ai principi di efficienza ed economicità gestionale.

2.1.7. Creazione del Valore pubblico

Per favorire la creazione di Valore Pubblico - in termini di garanzia di una migliore assistenza ai cittadini secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, economicità, accessibilità, qualità e sicurezza.

Nel Piano strategico vengono delineati gli scenari evolutivi più significativi le “sfide strategiche” che l’Azienda intende perseguire e vincere, attraverso la realizzazione di linee progettuali.

Tali linee progettuali verranno delineate solo successivamente alla definizione del piano strategico da l’Azienda intende giungere progressivamente e in modo multidimensionale la creazione di Valore Pubblico, a partire dalla cura della salute interna di tutte le risorse, migliorando la performance di efficienza e di efficacia e generando, in tal modo, impatti esterni e interni creatori di benessere e di Valore Pubblico.

Le linee progettuali strategiche saranno tese a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento del benessere sociale degli utenti/pazienti e degli stakeholders attraverso:

- la presa in carico dei pazienti fragili per favorire il loro benessere psicofisico e il benessere economico e sociale dei loro congiunti;
- l’implementazione delle reti specialistiche per favorire la presa in carico precoce di patologie croniche, gravi e invalidanti, anche in termini di prevenzione;
- la riduzione delle disuguaglianze rispondendo al bisogno di salute in tutto il territorio aziendale.

2.2. Performance

Introdotta dal d.lgs. 150/2009 poi modificata dal d.lgs. 74/2017, il Sistema di misurazione e valutazione delle performance (SMVP) costituisce l’insieme dei principi, metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la programmazione, il monitoraggio, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione dei risultati dell’Azienda, posti in relazione con i soggetti e le strutture coinvolte nei processi produttivi aziendali. L’attuazione di tale Sistema consente quindi una puntuale valutazione dei risultati ottenuti dall’Azienda (performance strategica), dalle singole strutture operative in cui la Stessa si articola (performance organizzativa) e dalla correlata performance individuale dei singoli dipendenti, nel rispetto dei vigenti Contratti nazionali di riferimento (Contratto Dirigenza area Sanità, Contratto Dirigenza Funzioni Locali e Contratto del Comparto Sanità).

Il Piano della Performance, redatto secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica, è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance ossia al processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, di monitoraggio, di misurazione e di valutazione. In particolare, il documento definisce, con riferimento agli obiettivi finali e intermedi e alle

risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale (Responsabile di CdR) ed i relativi indicatori.

La *performance* può essere considerata una sintesi delle cosiddette tre "E", ovvero dei seguenti fattori:

1. **Efficienza**: rapporto tra quantità e qualità delle risorse impiegate (input) e quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi prodotti (output);
2. **Efficacia**: rapporto tra obiettivi programmati ed obiettivi conseguiti (efficacia gestionale);
3. **Economicità**: capacità di realizzare il massimo risultato con il coerente utilizzo delle risorse disponibili.

Le finalità della misurazione e valutazione della *performance* sono principalmente le seguenti:

- riformulare e comunicare gli obiettivi strategici e operativi;
- verificare che gli obiettivi strategici ed operativi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente le risorse ed i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi ed individui;
- rafforzare l'accountability e la responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

2.2.1. Piano per la parità di genere e delle azioni positive

La ASL Roma 4 prosegue nel proprio intento di realizzare una gestione del personale improntata all'equilibrio di genere, alla lotta e contrasto della violenza fisica o verbale ed in particolare della violenza di genere, al rispetto delle pari opportunità, stimolando e favorendo iniziative sempre maggiormente volte a favorire la conciliazione tra vita lavorativa e vita privata e la promozione del benessere sul lavoro.

Nel 2024 l'Italia registra purtroppo un ulteriore peggioramento a livello mondiale in termini di parità di genere sul luogo di lavoro. Dopo due anni in cui si collocava al 63° posto nella classifica stilata dal World Economic Forum nel Global Gender Gap report e dopo il raggiungimento della 79° posizione nel 2023, il 2024 ci vede scivolare addirittura all'87° posto.

Secondo il Gender Equality Index – rapporto dell'Istituto Europeo per la Gender Equality che analizza la parità di genere – manteniamo invece il 14° posto su 27 negli Stati UE.

In particolare il GEI italiano risulta pari a 69,2, con i punteggi più alti nella "Salute" (89,3) e "Denaro" (80,6), mentre nella "Conoscenza" registra il livello più basso di parità di genere (61,0).

Riportiamo di seguito l'Obiettivo 5 dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite:

GOAL 5: PARITÀ DI GENERE Raggiungere l'uguaglianza di genere e l'*empowerment* di tutte le donne e le ragazze

TARGET e STRUMENTI DI ATTUAZIONE 

5.1 Porre fine a ogni forma di discriminazione nei confronti di tutte le donne, bambine e ragazze in ogni parte del mondo

5.2 Eliminare ogni forma di violenza contro tutte le donne, bambine e ragazze nella sfera pubblica e privata, incluso il traffico a fini di prostituzione, lo sfruttamento sessuale e altri tipi di sfruttamento

5.3 Eliminare tutte le pratiche nocive, come il matrimonio delle bambine, forzato e combinato, e le mutilazioni dei genitali femminili

5.4 Riconoscere e valorizzare il lavoro di cura e il lavoro domestico non retribuiti tramite la fornitura di servizi pubblici, infrastrutture e politiche di protezione sociale e la promozione della responsabilità condivisa all'interno del nucleo familiare, secondo le caratteristiche nazionali

5.5 Garantire alle donne la piena ed effettiva partecipazione e pari opportunità di leadership a tutti i livelli del processo decisionale nella vita politica, economica e pubblica

5.6 Garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi, come concordato in base al "Programma d'azione della Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo" e la "Piattaforma di Azione di Pechino" ed ai documenti finali delle conferenze di revisione

5.a Avviare riforme per dare alle donne pari diritti di accesso alle risorse economiche, come l'accesso alla proprietà e al controllo della terra e altre forme di proprietà, servizi finanziari, eredità e risorse naturali, in accordo con le leggi nazionali

5.b Migliorare l'uso della tecnologia che può aiutare il lavoro delle donne, in particolare la tecnologia dell'informazione e della comunicazione, per promuovere l'*empowerment*, ossia la forza, l'autostima, la consapevolezza delle donne

5.c Adottare e rafforzare politiche concrete e leggi applicabili per la promozione dell'uguaglianza di genere e l'*empowerment*, ossia la forza, l'autostima, la consapevolezza, di tutte le donne, bambine e ragazze a tutti i livelli

Il presente Piano illustra i progressi prodotti nel corso dell'anno 2024, focalizzando meglio, alla luce dell'esperienza fatta, le azioni, i tempi e i risultati attesi, con particolare attenzione all'equilibrio di genere nelle posizioni di vertice, negli organi decisionali, nel reclutamento e nelle progressioni di carriera. Il Piano si propone quindi quale strumento operativo nel prosieguo dell'attività volta al raggiungimento di obiettivi concreti di pari opportunità ed equilibrio di genere e per l'eliminazione di qualsiasi forma di discriminazione in ambito lavorativo.

ANALISI DEL CONTESTO

L'Azienda ASL Roma 4 si estende su un territorio di circa 1.317 Km² e comprende 28 Comuni. La popolazione residente è pari a 323.595 abitanti con una densità media di circa 246 abitanti per km².

Il territorio della ASL si sviluppa entro un arco di oltre 160 Km, partendo da Nord- Est, ai confini di Roma, fino ad Ovest, ai margini costieri della provincia di Viterbo.

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, mediante la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati patologici della popolazione residente e/o presente a

qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale. Per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantisce i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda concorre a tale obiettivo anche attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e promuove specifiche attività su base sperimentale in modo da favorire una maggiore economicità ed efficienza dei servizi erogati, sempre nel rispetto dei principi etici.

Un ulteriore obiettivo è il passaggio dal "sistema ospedale" al "sistema territorio", potenziando l'attività dei Distretti e la loro congiunzione sinergica con i Comuni per la realizzazione di una funzione socio-sanitaria tesa ad evitare, per quanto possibile, l'isolamento sociale dei Pazienti e, in particolare, dei soggetti fragili, coinvolgendo ed interessando anche le famiglie.

Particolare importanza assume la gestione delle patologie croniche. L'azienda è chiamata a gestire grandi numeri con risorse limitate, che rendono prioritario ed essenziale intervenire con percorsi di cura appropriati e continuità delle cure tra ospedale e territorio. La creazione di team interdisciplinari per l'assistenza domiciliare e la valorizzazione delle cure palliative rappresentano il punto focale per la risoluzione e/o contenimento dei danni prodotti dalla malattia cronica.

Tra le priorità aziendali vi sono anche le problematiche relative alla diagnostica precoce e al relativo trattamento, la gestione dei pazienti adulti portatori di grave disabilità per i quali una assistenza territoriale capillare risulta ormai indispensabile, ma anche le sindromi da dipendenza con le patologie d'organo ad esse correlate e le patologie psichiatriche che richiedono una costante osmosi tra la struttura ospedaliera, le strutture territoriali per la salute mentale e le comunità residenziali.

Alla data del 31.12.2024, considerando le cessazioni intervenute e al netto dei comandi in e out, il personale dipendente consta di n. 1836 unità, così suddiviso:

	Tempo Indeterminato		Tempo Determinato		
	Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto	Tot.
Ruolo Sanitario	379	992	27	45	1443
Ruolo Amministrativo	11	222	1	-	234
Ruolo Tecnico	1	148	-	6	155
Ruolo Professionale	3	-	-	1	4
Totale	394	1362	28	52	1836

Nel corso dell'anno 2024 l'Azienda ha proceduto al reclutamento di complessive n° 124 unità a tempo indeterminato/determinato, al fine di fronteggiare le esigenze connesse alla gestione del turn-over di personale, nonché in ragione dell'attivazione di nuovi servizi.

Delle suddette 1836 unità di personale dipendente risulta la seguente ripartizione di genere, sostanzialmente invariata in percentuale rispetto all'anno 2023:

- n. 1308 unità di sesso femminile pari al 71,24% sul totale del personale dipendente;
- n. 528 unità di sesso maschile pari al **28.75%** sul totale del personale dipendente;

Con riferimento agli incarichi apicali il quadro risulta ancora molto sbilanciato:

- n. 12 titolari di struttura complessa di sesso femminile pari al 37,5% sul totale degli incarichi di titolarità assegnati;
- n. 20 titolari di struttura complessa di sesso maschile pari al 62,5% sul totale degli incarichi di titolarità assegnati;
- n. 1 titolare di incarico di Direttore Area/Dipartimento di sesso femminile pari al 16,6% sul totale incarichi assegnati;
- n. 5 titolari di incarico di Direttore Area/Dipartimento di sesso maschile pari al 83,3% sul totale incarichi assegnati;

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale si riporta la tabella relativa alle ore di titolarità, suddivise per branca e per distretto, assegnate al 31.12.2023 e a seguire quella relativa alle ore assegnate ai sostituti alla medesima data:

Ore di titolarità assegnate al 31.12.2023

BRANCA	ORE				TOTALE PER BRANCA
	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	
ALLERGOLOGIA	7			6	13
ANESTESIA E RIANIMAZIONE TERAPIA DEL DOLORE	12				12
ANGIOLOGIA	16	19			35
BIOLOGIA	76		41		117
CHIRURGIA VASCOLARE			5	14	19
CARDIOLOGIA	30	61	21	104	216
DERMATOLOGIA		8	11	11	30
DIABETOLOGIA	30	47,5	16	65	158,5
ENDOCRINOLOGIA	15	12	18	36	81
FISIATRIA	33	20	8		61
GASTROENTEROLOGIA	6,5				6,5
GERIATRIA	65	28	38	48	179
MEDICINA DELLO SPORT	8	4		4	16
MEDICINA LEGALE	10	14	24	16	64
NEUROLOGIA	33	16	22	27	98
NPI	32	48		47	127
ODONTOIATRIA	83,5	19	8,5	44	155
OFTALMOLOGIA	47,5	8	13	37	105,5
ONCOLOGIA	38		6		44
ORTOPEDIA		8	8	22	38
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	33	51	17	20	121
ORL	23	12	17	17	69
PATOLOGIA CLINICA	38		38		76
PEDIATRIA	6	9	8	16,5	39,5
PNEUMOLOGIA	21,5	31	20	32,5	105
PSICHIATRIA	28			48	76
PSICOLOGIA	18			10	28
PSICOTERAPIA				18	18
RADIOLOGIA				4	4
REUMATOLOGIA	23		2,5	7,5	33
UROLOGIA	9			4	13
VETERINARIA AREA A/B	53		51	108	212
TOTALE PER DISTRETTI	795	415,5	393	766,5	2370

Ore di sostituzione assegnate al 31.12.2024

BRANCA	ORE				TOTALE PER BRANCA
	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	
ALLERGOLOGIA					0
ANESTESIA E RIANIMAZIONE TERAPIA DEL DOLORE					0
ANGIOLOGIA					0
BIOLOGIA					0
CHIRURGIA VASCOLARE					0
CARDIOLOGIA					0
DERMATOLOGIA					0
DIABETOLOGIA					0
ENDOCRINOLOGIA					0
FISIATRIA				6,5	6,5
GERIATRIA					0
MEDICINA DELLO SPORT					0
MEDICINA LEGALE		10			10
NEUROLOGIA					0
NPI					0
ODONTOIATRIA	10		12	6	28
OFTALMOLOGIA		8	11,5		19,5
ONCOLOGIA					0
ORTOPEDIA					0
OSTETRICIA E GINECOLOGIA			9	6,5	15,5
ORL		8			8
PATOLOGIA CLINICA					0
PEDIATRIA					0
PNEUMOLOGIA					0
PSICHIATRIA					0
PSICOLOGIA	4			10	14
PSICOTERAPIA					0
RADIOLOGIA					0
REUMATOLOGIA					0
UROLOGIA					0
VETERINARIA AREA A/B					0
TOTALE PER DISTRETTI	14	26	32,5	29	101,5

AZIONI PER AREA DI INTERVENTO

A fronte di quanto sopra evidenziato, di seguito le aree di intervento e le relative azioni da porre in essere.

Prevenzione e contrasto alla violenza di genere e nei confronti dei soggetti fragili

1) *Organizzazione di un Corso di formazione sui seguenti argomenti:*

- conoscenza della rete antiviolenza
- strumenti per una accurata lettura dei segnali che portano all'emersione della violenza
- principali effetti della violenza sulla salute psico-fisica
- valutazione del rischio di recidiva
- strumenti per analizzare e monitorare l'efficacia degli interventi

2) *Accoglienza e sostegno per le vittime di violenza*

La ASL Roma 4, la Procura di Civitavecchia e l'Ordine degli Psicologi, hanno rinnovato il loro impegno a sostegno delle vittime di violenza e hanno potenziato il sistema di servizi e iniziative per garantire la presa in carico integrata delle vittime di violenza,

Il “protocollo per la realizzazione di un sistema integrato di ascolto e protezione delle vittime in condizione di particolare vulnerabilità”, che si pone come prosecuzione e integrazione di quello precedente, vede come primo intervento il potenziamento, a partire da marzo 2024, dell’attività dello sportello antiviolenza presente all’interno della Procura della Repubblica di Civitavecchia.

Pari opportunità

- 1) promozione della formazione e dell’aggiornamento professionale per tutti i dipendenti come leva strategica del cambiamento e sviluppo delle competenze, come ad esempio, tra l’altro, con l’adesione al progetto “Reforma-mentis”: corso online per promuovere la cultura del rispetto e della parità tra i dipendenti pubblici promosso dal Dipartimento della Funzione pubblica – Presidenza del Consiglio dei ministri, realizzato con il supporto di Formez PA e rivolto all’intera platea dei 3,2 milioni di dipendenti pubblici che induce a riflettere sugli stereotipi sessisti, al fine di garantire nei luoghi di lavoro pubblici un clima sano, inclusivo, orientato alla cultura del rispetto, della parità di genere e delle pari opportunità;
- 2) vigilanza sul rispetto delle pari opportunità nelle procedure di reclutamento del personale, negli organismi collegiali e nelle posizioni di responsabilità e di vertice;
- 3) valorizzazione delle attitudini e capacità professionali di entrambi i generi;
- 4) organizzazione di eventi di sensibilizzazione in occasione, ad esempio, della giornata contro la violenza sulle donne;
- 5) incentivazione della medicina di genere.

Bilancio di genere

La risoluzione del Parlamento europeo del 15 gennaio 2019 sulla parità di genere e sulle politiche fiscali dell’Unione Europea, ha invitato gli stati membri ad attuare il bilancio di genere in modo tale da identificare esplicitamente la quota di fondi pubblici destinati alla promozione dell’uguaglianza di genere.

Inoltre, nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, a partire dalla Legge di Bilancio 2024, è prevista una riclassificazione delle voci tale da porre in evidenza le spese relative alla promozione della parità di genere e delle spese aventi natura di tutela dell’ambiente.

L’analisi del bilancio secondo una prospettiva di genere si configura pertanto come uno strumento complesso volto ad individuare le risorse stanziata ed erogate a favore delle pari opportunità di genere e mira pertanto a realizzare una maggiore trasparenza sulla destinazione delle risorse di bilancio e sul loro impatto.

Nel corso dell'anno 2024, nell'ambito del CUG, è stato formato un gruppo di lavoro con il compito di creare i presupposti alla redazione del bilancio di genere.

Il gruppo di lavoro ha evidenziato che, per la costruzione di un bilancio di genere, è necessario preliminarmente avviare una riclassificazione contabile delle spese di bilancio secondo i criteri definiti dalla Circolare della Ragioneria Generale dello Stato n. 22 del 16 maggio 2023 Linee guida 2022 della Ragioneria Generale dello Stato – Allegato 1 - Linee guida per la classificazione delle spese secondo una prospettiva di genere.

È necessario pertanto procedere all'analisi e classificazione di tutte le spese di bilancio distinguendo tra le seguenti categorie, avviando una riclassificazione contabile delle spese di bilancio secondo i suddetti criteri:

- **dirette a ridurre le diseguaglianze di genere:** sono quelle misure direttamente mirate a ridurre le diseguaglianze di genere e a favorire le pari opportunità;
- **sensibili:** relative a misure che hanno o potrebbero avere un impatto, anche indiretto, sulle diseguaglianze di genere;
- **da approfondire:** relative a misure che per alcune loro caratteristiche (natura della spesa o potenziali beneficiari) non possono con certezza essere definite neutrali e richiedono maggiori approfondimenti finalizzati a verificare possibili impatti diretti o indiretti sulle diseguaglianze di genere;
- **neutrali:** relative alle misure che non hanno impatti diretti o indiretti sul genere.

Conciliazione tra vita lavorativa e vita privata

Nell'ambito del CUG si è costituito un secondo gruppo di lavoro che ha lavorato su tale tema. E' stata proposta la somministrazione a tutti i dipendenti di un questionario volto alla comprensione del livello di disagio nella conciliazione tra vita privata e vita lavorativa, al fine di individuare eventuali criticità e adottare misure appropriate.

Nelle more dell'analisi dei risultati della suddetta indagine è stato individuato come elemento di criticità nel contrasto alle diseguaglianze di genere il "fattore tempo", in particolare se messo in relazione con i "risultati raggiunti".

Si precisa al riguardo che l'orario di lavoro, definito come "il periodo in cui il lavoratore è al lavoro a disposizione del datore di lavoro con l'obbligo di esercitare la sua attività o le sue funzioni" ha l'indispensabile funzione di oggettivare il tempo nello scambio contrattuale, quindi di oggettivare la prestazione di lavoro. L'orario previsto dalla legge o dal contratto collettivo serve infatti a porre limiti allo scambio di tempo di lavoro e retribuzione, ai fini della protezione della salute dei lavoratori e del tempo che non viene assoggettato al potere altrui.

Fermo restando quanto sopra, la richiesta spesso rivolta al personale di eventuale "disponibilità" a fermarsi oltre l'orario previsto, si ritiene possa innescare meccanismi di sperequazione tra uomini e donne che, come detto, svolgono ancora troppo spesso il ruolo di caregiver familiare.

Le azioni da intraprendere nel corso dell'anno 2025 sono le seguenti:

- promuovere campagne informative finalizzate alla promozione di orientamenti che non prendano in considerazione, nella definizione degli obiettivi, indicatori riferiti alla cosiddetta "disponibilità" a trattenersi oltre l'orario dovuto contrattualmente, anche in considerazione dell'ormai acclarata consapevolezza che risulta sempre maggiore la quota di produttività che non dipende dal tempo dedicato all'attività svolta;
- incentivare il metodo di lavoro organizzato per obiettivi, con il riconoscimento del risultato raggiunto, e non solo della quantità di tempo che si è dedicata al compito assegnato;
- incentivare, ove possibile, lo smart working.
- inserire, tra le voci che non vengono decurtate, le assenze di cui alla legge 104/92 per assistenza a figli, genitori e coniuge nei criteri legati alla presenza per il riconoscimento degli incentivi legati alla performance;
- istituire la banca delle ore di cui all'art. 48 del CCNL 2.11.2022, che consente di utilizzare le eventuali ore in eccedenza, debitamente autorizzate, per usufruire di riposi compensativi;
- promuovere iniziative (campagne informative, forum, etc.) finalizzate a promuovere l'inclusività e la parità di genere attraverso il linguaggio. Il linguaggio è infatti un potente strumento di comunicazione che può influenzare profondamente sia le nostre percezioni sia le interazioni sociali. È sempre più rilevante, per la società in cui viviamo e per le organizzazioni di cui facciamo parte, usare un linguaggio inclusivo sia per promuovere la parità dei generi sia per contrastare discriminazioni e stereotipi.

Si ribadisce inoltre l'opportunità di procedere con le seguenti iniziative:

1. nido Aziendale: attivare una manifestazione di interesse da parte dei dipendenti, per la valutazione dell'opportunità/possibilità di istituire uno spazio dedicato ai figli dei dipendenti o, in seconda battuta, di stipulare delle convenzioni con nidi privati, scuole materne, centri estivi, limitrofi all'Azienda;
2. mappatura della percentuale dei dipendenti, divisi per ruolo, che percorrono più di 30 chilometri per raggiungere la sede di lavoro;
3. implementazione dello smart working e del part time in presenza di particolari situazioni di disagio;
4. priorità nell'impiego flessibile, purché compatibile con la organizzazione del lavoro delle strutture, in particolare per i dipendenti:
 - in situazione di svantaggio personale, sociale e familiare;
 - genitori di figli minori di 12 anni con particolare riguardo alla casistica riguardante genitori entrambi lavoratori turnisti;
 - dei dipendenti impegnati in attività di volontariato in base alle disposizioni di legge vigenti;
 - genitori, anche adottivi, di figli studenti del primo ciclo dell'istruzione con disturbi specifici di apprendimento (DSA);
5. attività di vigilanza sull'impatto che le eventuali assenze di cui sopra possono determinare nel rendere troppo gravosi i turni dei dipendenti che coprono l'intero servizio.

Benessere lavorativo

Nel corso del 2024 sono state attivate le procedure per la nomina della consigliera/e di fiducia, figura “imparziale” deputata a raccogliere nell’organizzazione lavorativa segnalazioni riguardo atti di discriminazione, molestie sessuali e morali, vicende di mobbing e porre ad esse concreto rimedio, con tecniche di prevenzione e di risoluzione.

Occorre inoltre mettere in atto:

1. interventi a favore della socializzazione e delle relazioni interpersonali;
2. interventi a favore di attività ricreative e culturali per i dipendenti, anche attraverso l’istituzione di convenzioni con cinema, teatro, palestre, ecc;
3. monitoraggio dello stato psico-fisico degli operatori sanitari maggiormente a rischio di distress psicologico e burnout con somministrazione di appositi questionari e implementazione di metodologie di mitigazione del disagio in collaborazione con il gruppo aziendale sul benessere organizzativo e lo stress da lavoro correlato;
4. nomina del disability manager che ha il compito di predisporre progetti personalizzati per l’inserimento del lavoratore diversamente abile attraverso una valutazione oggettiva dell’accessibilità dei luoghi e una valutazione soggettiva della soddisfazione della persona e dei suoi rapporti professionali.

MONITORAGGIO E VERIFICA

Monitoraggio e verifica sono effettuati a cura del CUG e di norma sono trimestrali. Eventuali scostamenti dalle attività previste o problematiche che dovessero insorgere verranno evidenziati procedendo, se del caso, ad un riallineamento delle azioni da porre in essere.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Costituzione art. 3, comma 2: “pari dignità sociale ed eguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge”;
- Costituzione art. 37, comma 1: “uguaglianza di diritti e parità di retribuzione fra uomini e donne nel rapporto di lavoro”;
- D. lgs n. 165 del 30/3/2001, art. 57 comma 1 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” con cui sono stati imposti dal legislatore alcuni tipi di azioni positive;
- D. lgs. n. 198 dell'11/4/2006 - Codice delle Pari Opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della L. 246 del 28/11/2005 - che prevede l'obbligo dell'adozione del “Piano Triennale di Azioni positive” per le PP. AA. e sanzioni per l'amministrazione inadempiente;
- D. lgs. n. 198 dell'11/4/2006, Art. 48, comma 1, da cui emerge che il Piano di Azioni Positive debba assicurare “la rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità” nonché “realizzi la migliore utilizzazione delle risorse umane nella P.A.” aggiungendo che i Piani devono promuovere l'inserimento delle donne nei settori dove sono sotto rappresentate;
- D.lgs. n. 198 dell'11/4/2006, art.42 che esplicita il significato del termine “azione positiva”;

- Direttiva “Nicolais – Pollastrini” del 23/5/2007 nella quale si specificano, tra l'altro, i campi di intervento delle Azioni Positive fra cui l'organizzazione del lavoro, le politiche di reclutamento, la gestione del personale, la formazione e la cultura organizzativa
- D.lgs n. 150 /2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- L. 183 del 4/11/2010, art.21 (c.d. Collegato Lavoro) di modifica dell'art. 7 comma 1 lett. c) del d.lgs 165 del 30/3/2001 dove si richiede, tra l'altro, alle PP.AA. di adoperarsi attivamente per eliminare ogni forma di discriminazione diretta o indiretta nelle fasi del lavoro pubblico quali l'accesso, il trattamento economico, le condizioni di lavoro, la formazione, le promozioni e la sicurezza sul lavoro;
- Legge Regionale n.6/2014 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”;
- L. 124/2015 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” art. 14 “Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”;
- D.P.C.M. n. 3/2017 “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’art. 14 della legge 7 agosto 2014, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- Risoluzione del Parlamento europeo del 15 gennaio 2019 sulla valutazione delle modalità di utilizzo del bilancio dell'Unione europea per la riforma del settore pubblico;
- Direttiva del 26.06.2019 n.2 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e Sottosegretario delegato alle pari opportunità, “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche”.
- Strategia per la parità di genere 2020 – 2025 emanata dalla Commissione Europea nel marzo 2020, i cui obiettivi principali sono:
 - porre fine alla violenza di genere
 - colmare il divario di genere nel mercato del lavoro
 - combattere gli stereotipi di genere
 - raggiungere la parità nella partecipazione ai diversi settori economici
 - far fronte al problema del divario retributivo e pensionistico fra uomini e donne
 - colmare il divario e conseguire l'equilibrio di genere nel processo decisionale e nella politica
- Direttiva del 29.11.2023 del Ministro per la Pubblica Amministrazione “Riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme”;
- Riforma PNRR 1.13 - Revisione della spesa, che prevede la riclassificazione del bilancio dello Stato, a partire dalla legge di bilancio 2024, con riferimento alla spesa che promuove la parità di genere e alla spesa ambientale;

➤ Delibere della CIVIT (ora ANAC) emanate in materia di pari opportunità, performance e di qualità dell'azione amministrativa:

- n. 22/2011 “Indicazioni – sottoposte a consultazioni – relative allo sviluppo dell'ambito delle pari opportunità nel ciclo della gestione delle performance”;
- Delibera n. 5/2012 “Linee guida ai sensi dell'art.13 comma 6 lettera b del d.lgs. 150/2009 relative alla struttura e modalità di redazione della “Relazione sulla performance”
- Delibera n. 6/2012 “Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance”.

2.2.2. Performance e politiche di anticorruzione e trasparenza

La correlazione fra la Performance e le politiche di anticorruzione e trasparenza è posta in essere con l'individuazione di specifici obiettivi da assegnare, mediante le schede di budget, ai Responsabili di CdR entro i termini previsti dal Regolamento SMVP.

Detti obiettivi sono individuati nell'ambito dei seguenti obiettivi generali:

- Rispetto degli obblighi di pubblicazione;
- Mappatura dei processi interni per l'individuazione e l'aggiornamento continuo degli ambiti di rischio corruttivo.

2.3. Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1. Normativa di riferimento

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione).
- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012).
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

- Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 (Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia. (Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113).
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2007, n. 165).
- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
- Decreto del Presidente della Repubblica del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione".
- Decreto del Ministro della Funzione Pubblica 30 giugno 2022 n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione".
 - Delibere A.N.AC. n. 1310/2016 e 236/2017.
 - PPNNAA 2019 e 2022.
 - Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022.
 - Aggiornamento del 2023 al PNA 2022.
- Decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24 - Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.

2.3.2. Processo di adozione della sezione Anticorruzione del PIAO 2025-2027

Il presente Piano è stato redatto dal RPCT, Dott.ssa Irene Firicano, sulla base degli obiettivi strategici forniti dall'Organo di indirizzo dell'ASL Roma 4:

1. Rafforzare i processi di partecipazione, sia interna che esterna, necessari nella fase di predisposizione del Piano, attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholders;
2. Proseguire nel percorso di mappatura dei processi con il metodo qualitativo, incrementando la mappatura attuale con nuovi processi;
3. Proseguire nel monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione programmate, revisionando ed apportando eventuali correzioni alle mappature delle annualità pregresse, al fine di eliminare le criticità ed elevare il livello qualitativo

4. Definire, implementare e attuare le procedure di monitoraggio delle misure generali di contenimento del rischio
 5. Garantire adeguata formazione al personale sulle novità legislative in tema di trasparenza e anticorruzione, mirando a fornire, per mezzo di essa, adeguati strumenti di miglioramento in grado di prevenire fenomeni di cattiva gestione;
 6. Adozione del regolamento per la gestione delle richieste di Accesso civico semplice e generalizzato;
 7. Proseguire nel monitoraggio trimestrale dei dati, informazioni e documenti pubblicati in Amministrazione Trasparente al fine di assicurare il completo rispetto della normativa in materia.
- La programmazione della strategia anticorruptiva dell'ASL Roma 4, discende inoltre, dalle risultanze del monitoraggio effettuato dal RPCT in collaborazione con tutti i referenti dell'Azienda, circa lo stato di attuazione delle misure specifiche e generali programmate per l'anno 2024, nonché sulla valutazione circa la loro efficienza e sostenibilità

Infine il Piano tiene conto del contesto esterno di riferimento dell'Azienda e di come questo possa influire sull'attività dell'amministrazione, nonché dell'analisi del contesto interno, ovvero delle risorse, delle conoscenze, dei ruoli e delle responsabilità. Tali aspetti sono stati analizzati per comprendere in che misura possano incidere sul livello di attuazione e di adeguatezza del sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL Roma 4. Per consultare l'analisi del contesto esterno e del contesto interno, si rimanda alle sezioni corrispondenti del presente PIAO

La bozza di Piano, così elaborata, è stata proposta dall'RPCT all'organo di indirizzo, per l'esame della stessa. La bozza è stata quindi, pubblicata sul sito web istituzionale per la fase di consultazione pubblica.

A tal proposito, si segnala che l'ASL Roma 4 si è dotata di uno strumento dedicato alla fase di consultazione pubblica della bozza del Piano, finalizzato alla raccolta via web delle osservazioni da parte degli stakeholders.

Il documento viene pubblicato in forma strutturata, cioè per singoli paragrafi. I cittadini, accedendo alla piattaforma, possono lasciare un commento o proporre una modifica o un suggerimento, relativamente ad ogni singolo paragrafo. Altri cittadini, oppure la stessa ASL, possono rispondere a quel commento, generando un vero e proprio dialogo costruttivo.

Al termine del periodo di consultazione, il software permette di scaricare un report con gli esiti della consultazione appena conclusa.

Di seguito vengono riportati gli esiti della consultazione:

La presente sezione Anticorruzione del PIAO 2025-2027 dell'ASL Roma 4, è stata messa in consultazione tramite Partecipa33

- Consultazione Pubblica: dal 15/01/2025 al 26/01/2025
- Interventi ricevuti 0

2.3.3. RPCT e gli altri attori a livello aziendale

Nella tabella che segue sono riportati i soggetti dell'Anticorruzione e della Trasparenza.

A livello centrale	ANAC
	FUNZIONE PUBBLICA (precedentemente)
	CORTE DEI CONTI
A livello aziendale	DIREZIONE AZIENDALE
	RPCT
	OIV
	ALTRI SOGGETTI (Dirigenti, personale, UPD, RASA)

Soggetti Anticorruzione e trasparenza

La **Direzione aziendale** (Direttore Generale ff e Direttore Sanitario Dott.ssa Simona Ursino e Direttore Amministrativo ff Dott. Roberto Di Cicco), in quanto titolari degli incarichi amministrativi di vertice della struttura, nello svolgimento dei propri compiti previsti dalla legge, individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), avendo preventivamente verificato la sussistenza dei requisiti di idoneità per lo svolgimento dell'incarico nel rispetto delle disposizioni normative e dei regolamentari/indirizzi in materia; assicura, altresì, che al RPCT siano attribuiti idonee risorse e strumenti per l'espletamento del ruolo, garantendone la piena autonomia, con particolare riferimento ai poteri di vigilanza sull'attuazione effettiva delle misure del Piano e di proposta delle integrazioni e modifiche ritenute opportune. Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e adotta gli atti di indirizzo di carattere generale direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Con deliberazione n. 917 del 18/10/2022, la Direzione aziendale ha provveduto a nominare quale **RPCT** la Dott.ssa Irene Firicano, Collaboratore Amministrativo titolare di incarico di funzione presso la UOSD Affari Generali e Legali. La nomina, comunicata ad ANAC secondo la procedura prevista, si configura come incarico aggiuntivo a quello di funzione ed ha durata triennale e fino al 31/12/2025. Permanendo la situazione già palesata, la dotazione organica aziendale non ha ancora consentito l'organizzazione di una specifica struttura dedicata all'anticorruzione e trasparenza, pertanto, la Dott.ssa Irene Firicano ha continuato e continua a svolgere il ruolo di RPCT operando in autonomia senza l'ausilio di una struttura di supporto.

Nell'ambito del sistema di prevenzione della corruzione, il RPCT svolge i compiti indicati dalla Legge e dalle norme in materia di corruzione e trasparenza di cui alla Legge 190/2012, al D.Lgs. 33/2013 ed al D.Lgs. 39/2013.

Come anche ribadito dalla normativa vigente, il ruolo del RPCT deve essere interpretato come di impulso e di verifica delle misure anticorruzione. I poteri di vigilanza e controllo attribuitigli sono in tal senso comunque funzionali all'obiettivo più generale di prevenzione della corruzione (e non di repressione); infatti, come specificato dall'Autorità, non rientra nei compiti del RPCT l'accertamento di responsabilità qualunque natura esse abbiano.

Il RPCT opera con indipendenza e libertà d'azione ed autonomia rispettando i principi di diligenza e lealtà garantendo la continuità di azione e la trasparenza anche al fine di attuare monitoraggio e controllo utili al miglioramento dell'efficienza della struttura e dell'adeguatezza delle misure anticorruzione.

Il RPCT risponde in caso di mancata predisposizione della Sezione del PIAO relativa alla prevenzione della corruzione e della trasparenza e mancata adozione delle misure di prevenzione, nonché del programma di formazione dei dipendenti, sui temi della prevenzione della corruzione e trasparenza.

In caso di assenza temporanea ed improvvisa del RPCT, che si protragga per più di 30 giorni, l'organo di indirizzo provvederà a nominare il sostituto, individuato al momento, nella Dott.ssa Sonia Evangelisti Dirigente Amministrativo Responsabile dell'URP, in possesso dei requisiti previsti e del know how maturato, indispensabili per il corretto svolgimento del ruolo.

L'Organismo Indipendente di Valutazione OIV (Dott. Gianfranco Ventura - Presidente, Dott.ssa Maria Teresa Giofrè e Dott. Manuele Bellonzi - Componenti), così come richiesto sia dai PPNNAA che dalla normativa, ai fini anticorruzione e trasparenza, partecipa al processo di gestione del rischio anche formulando pareri e proposte, attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza, garantisce coordinamento e collegamento tra le misure anticorruzione e trasparenza ed il sistema di misurazione delle performance.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) opera in stretto coordinamento con il RPCT vigilando sull'applicazione e osservanza del Codice di comportamento e del codice disciplinare; relaziona e aggiorna tempestivamente il RPCT e l'Organismo Indipendente di Valutazione sui procedimenti disciplinari avviati, sui provvedimenti e sanzioni eventualmente irrogate, nonché sulle segnalazioni direttamente ricevute relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità e lo stato di avanzamenti degli stessi.

I Dirigenti apicali della ASL, tra gli altri i compiti loro assegnati, partecipano al processo di gestione del rischio di corruzione, concorrendo alla definizione di misure idonee alla prevenzione del rischio, attraverso il monitoraggio delle attività ed assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza. Tali compiti, possono essere delegati dai Dirigenti apicali ad un referente anticorruzione interno alla

Struttura di competenza di propria fiducia, dandone evidenza al RPCT, in ogni caso, l'apicale di riferimento rimane, comunque, responsabile per la supervisione generale del referente eventualmente individuato e delle attività da questi esercitate per suo conto per effetto dell'incarico conferito.

Anche tutti i dipendenti e, per le parti pertinenti e applicabili, i collaboratori della ASL sono responsabili, nell'ambito delle rispettive attività, compiti e responsabilità, del verificarsi di fenomeni corruttivi derivanti da un inefficace presidio delle proprie attività e/o da comportamenti elusivi e/o non in linea con le prescrizioni aziendali in materia.

Tenuto conto dell'avvenuta cessazione nel 2022 del Direttore della UOC Provveditorato, nel 2024 era stata sostituita nelle funzioni dal Direttore della UOC Tecnologie Biomedicali e Sistemi Informatici, Dott.ssa Annalisa Bononati, successivamente cessata nel mese di maggio 2024. Già nel 2023 l'Azienda, nelle more del conferimento del nuovo incarico di Direttore della UOC Provveditorato ha provveduto ad individuare quale **RASA** il Dott. Roberto Di Cicco, Direttore Amministrativo pro tempore.

2.3.4. Mappatura dei processi, valutazioni e trattamento del rischio

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno è la mappatura dei processi che consiste nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi propri della ASL con l'obiettivo di identificare le aree che risultano particolarmente esposte ai rischi corruttivi.

La metodologia qualitativa richiesta dall'ANAC, in sostituzione della metodologia quantitativa, consiste nell'esaminare tutta l'attività della ASL, in modo da individuare le aree maggiormente esposte al rischio corruzione.

Partendo dai processi a rischio individuati nelle diverse aree, per giungere a una descrizione dettagliata dei processi, l'ANAC riporta i passaggi utili:

- elementi in ingresso che innescano il processo – “input”;
- risultato atteso del processo – “output”;
- sequenza di attività che consente di raggiungere l'output – le “attività”;
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento del processo e delle sue attività;
- criticità del processo.

Ciò consente di individuare facilmente il rischio corruttivo e programmare in maniera efficace le più adeguate misure di contenimento.

Alla luce di queste indicazioni, si sta procedendo con l'analisi del rischio con metodo qualitativo, continuando a sostituire con gradualità alcuni processi precedentemente mappati con metodo quantitativo. Questa attività si sta svolgendo sin dal 2021.

Al fine di svolgere questa analisi, si è provveduto, perciò, annualmente, a formare adeguatamente tramite sessioni di training on the job da remoto con società esterna, una parte del personale, al fine di approfondire il metodo qualitativo richiesto dall'ANAC per la mappatura dei processi. Tali incontri formativi hanno coinvolto il RPCT e le risorse che si trovano direttamente a realizzare ciascun processo.

L'attività è consistita nell'effettuare delle interviste agli esecutori dei processi, al fine di descrivere in maniera dettagliata:

- input;
- output;
- attività che portano dall'input all'output;
- responsabili di ogni singola attività.

La descrizione fatta in questo modo ha permesso di evidenziare facilmente gli eventi che potrebbero, anche solo potenzialmente, esporre la ASL a rischio corruttivo.

Laddove tale rischio è stato individuato, si è provveduto a programmare una adeguata misura specifica di contenimento, che possa essere attuata senza particolari aggravii sull'organizzazione e sulla spesa, così da essere sostenibile ed effettivamente applicabile.

Seguendo lo stesso principio di sostenibilità, per ciascuna misura programmata, sono stati individuati degli indicatori di monitoraggio che hanno consentito al RPCT, nel corso del 2024, di monitorare che le misure programmate vengano attuate e valutare il grado di efficienza.

Questo metodo, ritenuto valido, sarà utilizzato per proseguire, anche nel corso del 2025, con la mappatura degli altri processi.

Valutazione e gestione del rischio

L'attività di mappatura dei processi è stata effettuata, come già accennato, coinvolgendo direttamente i responsabili della loro attuazione. Ciò ha permesso di individuare le fonti di rischio, sulla base dell'esperienza di ciascun attore che ne prende parte. Si è, perciò, tenuto conto, nella valutazione del rischio, di eventi corruttivi pregressi, segnalazioni pervenute alla ASL, grado di discrezionalità dell'operatore, trasparenza del processo. L'intervista al diretto esecutore del processo ha permesso di capire a pieno le difficoltà e le necessità operative per programmare misure utili.

Di seguito si elencano i processi rilevati con metodo qualitativo nei precedenti Piani anticorruzione:

1. Accordi contrattuali;
2. Rilevazione presenze;
3. Accreditamento requisiti organizzativi di nuova istituzione (Accreditamento nuove strutture);
4. Incarichi Libero Professionali – Ordinaria;
5. Reclutamento personale tramite istituto del comando;
6. Rimborsi in favore di Organizzazioni per trasporti a pazienti dialitici;
7. Accettazione e Registrazione fatture- Ufficio fornitori;
8. Gestione Lancio dei riposi;
9. Erogazione buoni pasto;

Nel corso del 2024, si è proceduto a rilevare i processi relativi alla gestione dell'Accesso civico semplice e generalizzato, in quanto processi indicativi della corretta gestione della trasparenza, intesa come strumento dell'anticorruzione. I processi rilevati sono stati rappresentati in formato tabellare e pubblicati nel presente Piano

Monitoraggio

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle misure di prevenzione introdotte e delle azioni attuate.

Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Essa è stata attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio, secondo gli indicatori di monitoraggio individuati durante gli incontri di training on the job.

Nel corso dell'attività di monitoraggio, si è riscontrata la necessità di revisionare le schede di rilevazione dei processi: "Accreditamento requisiti organizzativi di nuova istituzione (Accreditamento nuove strutture)", "Incarichi Libero Professionali – Ordinaria", "Reclutamento personale tramite istituto del comando", "Accettazione e Registrazione fatture- Ufficio fornitori" in quanto nel corso dell'anno 2024 sono avvenuti dei cambiamenti organizzativi che hanno visto l'avvicendamento di nuovi soggetti responsabili dei processi in oggetto, pertanto nel corso del triennio di riferimento del presente Piano, si procederà a mappare nuovamente tali processi, al fine di determinare l'eventuale necessità di aggiornare gli aspetti procedurali di gestione degli stessi



Gli esiti del monitoraggio sulle misure specifiche individuate nelle mappature degli scorsi anni, sono riportati di seguito

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Sottoscrizione accordo/contratto	Decreto di Accreditamento provvisorio/definitivo	Accordo Contrattuale	si	Mediamente 1 + Addendum	U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori e Requisiti e Monitoraggio Modello 231	1 Dirigente + 1 Amm.vo det. +2 Medici

as is		Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	La misura è stata attuata al 31/12/23?	La misura è stata attuata al 31/12/24?
Ricezione della Determina della Regione Lazio tramite protocollo aziendale, contenente i budget per setting assistenziali		Protocollo	Immediati					
Proposta delibera aziendale con la quale si stabilisce l'importo per singolo erogatore di setting assistenziale		U.O.S.D.	30 / 40 gg	I tempi molto lunghi per l'elaborazione della proposta sono dovuti alla carenza del personale. Tuttavia, attualmente non è possibile incrementare l'organico, per cui non è possibile contenere il rischio rilevato senza un aumento delle risorse				No, in quanto il rischio individuato nel Piano 2023-2026, è considerato non più sussistente. Pertanto si procederà alla revisione del processo al fine di valutare eventuali nuovi rischi corruttivi
Invio Proposta al Bilancio per l'acquisizione del parere economico/finanziario		U.O.S.D.	Immediati	L'utilizzo di una metodologia consolidata nella prassi quotidiana ma non ancora formalizzata per l'individuazione dei criteri, potrebbe esporre l'Ente a rischio corruttivo	Sarebbe auspicabile la formalizzazione della metodologia usata per l'individuazione dei criteri	Informare il RPCT dell'entrata in vigore del documento che inquadra le metodologie utilizzate per l'individuazione dei criteri di riparto	IN CORSO DI ATTUAZIONE	No, in quanto non si ritiene possibile definire una procedura unica per tutte le assegnazioni. Pertanto verrà definita una nuova misura di contenimento del rischio, da attuare nel triennio di riferimento
Invio della Proposta alla Direzione Strategica per l'adozione		Bilancio						
Adozione della Delibera e perfezionamento		Uff.Delibere						
Invio della Delibera alla Regione Lazio, Strutture Accreditate ed a tutti gli Uff.aziendali coinvolti per competenza		U.O.S.D.	Immediati					

Monitoraggio processo "Accordi contrattuali"

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
(P.I.A.O.) 2025 – 2027 DELLA ASL ROMA 4



Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Rilevazione presenze	Immatricolazione dipendente	Gestione tabulato presenze	SI		Settore Rilevazione Presenze, Congedi e Aspettative	3 Interni 3 Esterni 1 Specialista Tecnico 1 Incarico di Funzione

as is				misura individuata, è stata attuata			
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	SI	NO - motivare [ad es.: Misura non sostenibile e, pertanto, è stata sostituita (indicare misura alternativa); il processo o la fase non è stato svolto nel corso dell'anno]
<p>Immatricolazione dipendente: vengono usati 2 applicativi NoiPa e Ares (il dipendente viene registrato prima sul programma Giuridico dal quale vengono estrapolati i dati che verranno utilizzati sul programma per la rilevazione presenze per la gestione economica) E' stata creata una cartella condivisa grazie alla quale il settore giuridico inserisce in modo sequenziale l'assegnazione della matricola. Giornalmente gli addetti dell'ufficio ribaltano i dati presenti e caricati su NoiPa in Ares. E' stato predisposto un form con il quale il Responsabile del servizio indica una serie di informazioni del dipendente: l'orario di servizio; articolazione dell'orario di servizio nella settimana; sede; centro di costo; individuazione dell'autorizzatore sul portale del dipendente. Sulla base del centro di costo indicato dal Resp. di Servizio vengono assegnate le indennità di presenza (buoni pasto, indennità accessorie....) Consegna del badge: il badge con il cartellino identificativo vengono assegnati al dipendente titolare (Solo il responsabile del Settore può essere delegato). Nel caso di smarrimento è necessario presentare la richiesta tramite mail all'area personale allegando la denuncia alle autorità. Nel caso di rilascio di un nuovo Badge con un nuovo numero, il vecchio badge viene disabilitato a sistema ma, qualora il vecchio badge dovesse essere ancora utilizzato per lo striscio, il sistema rileva la sua strisciata. (dal terzo badge in poi il dipendente partecipa alla spesa x 5 €).</p>	Responsabili del Servizio: Rilevazione Presenze	1 gg	<p>1) La quotidianità e la specificità delle attività relative all'immatricolazione del dipendente potrebbe bloccare il processo in assenza delle risorse; 3) Il dipendente quotidianamente viene spostato da un centro di costo/sede ad un altro/sede. La comunicazione degli spostamenti viene inviata dal Resp del servizio tramite mail. L'attività non è automatizzata né informatizzata, aumentando così i rischi di attribuzione di indennità errate.</p>	<p>1) Misura Organizzativa : per evitare che questa fase possa fermarsi o non essere eseguita sono state formate più unità cosicché il processo quotidianamente possa essere portato a termine. 2) Misura Organizzativa: è stato implementato il Portale del Dipendente che agevola la gestione delle risorse. Le richieste di permesso e ferie vengono eseguite con strumenti e modalità informatiche e digitali limitando il verificarsi di fenomeni corruttivi; 3) L'ufficio mensilmente elabora un Report di controllo x gli spostamenti dei collaboratori condiviso con il Responsabile del Servizio cosicché possano essere eseguiti gli opportuni controlli</p>	Comunicazione annuale al RPCT degli avvenuti controlli sugli spostamenti dei collaboratori.	SI	
<p>Inserimento tutto ciò che comporta il pagamento degli oneri accessori: il Resp. del Servizio invia all'ufficio Rilevazione presenze i turni di reperibilità provvisori (entro il 20 di ogni mese) e definitivi (entro il 3-4 del mese successivo). I turni di reperibilità vengono inseriti nel gestionale per poter pagare le indennità di pronta disponibilità. Prima dell'elaborazione del cartellino vengono verificate le timbrature tramite stampe: individuate le anomalie (x es., mancata timbratura) viene richiesto al dipendente di sanare entro una certa data. Ogni 3 mesi il cartellino viene chiuso e non è possibile più sanario (tranne x casi particolari con il coinvolgimento della Direzione Strategica). Prima del 13 di ogni mese l'ufficio riceve la determinazione relative alla liquidazione dello straordinario del mese precedente: il Resp del servizio invia tramite posta elettronica dedicata i dati che saranno inseriti manualmente dagli addetti dell'uffr. rilevazione presenze. Attività eseguite dall'ufficio aspettative e congedi che completano l'elaborazione del cartellino e la rilevazione delle presenze: si tratta di individuare tutta una serie di giustificativi e copertura di giorni di assenza: (l'ufficio in questione è una branca dell'ufficio rilevazioni presenze) -Giornalmente viene scaricato un XML dal portale INPS per l'inserimento delle malattie dipendenti. In caso di anomalia sull'xml oppure su segnalazione del dipendente, vengono caricati manualmente i dati relativi alla malattia. -Vengono caricate eventuali maternità (pre e post parto) alla maternità a rischio (coperte da decreto redatto dalla medicina legale o distretto di appartenenza). -Viene caricata anche l'interdizione per lavori pericolosi (sempre nell'ambito della maternità); -Caricato il congedo obbligatorio del padre (10 gg); -Caricato il congedo parentale (1 mese al 100 %; 5 mesi al 30 %); Viene eseguito un controllo a campione sulle autocertificazioni. Per i nuovi assunti si richiede una certificazione relativa a precedenti rapporti di lavoro e qualora risultino lavori passati si procede con la richiesta di un estratto dei vari istituti fruiti. -Caricate le ore di permesso allattamento sia del padre che della madre; -Caricati i permessi da 104; -Congedo straordinario; -Terapie salvavita; -Congedi per invalidi; -Permessi sindacali (informatizzati); -Aspettative non retribuite; -Autorizzazione allo smartworking;</p>	Rilevazione Presenze, Resp. del Personale eventuale Direz Strategica, Ufficio Aspettative	20 gg	L'inserimento manuale delle ore di straordinario individuate e da liquidare potrebbe essere un fattore abilitante perché possano essere commessi degli errori nella loro liquidazione	Misura organizzativa : viene eseguito un controllo che vede coinvolto un monte ore accantonato dal dipendente tramite timbratura (ore in eccesso lavorate ed autorizzate con apposito ordine di servizio) e l'individuazione delle ore autorizzate e comunicate dal Resp. di servizio (determinazione dello straordinario). Il controllo risulta positivo con la quadrature dei 2 valori (Ore accantonate=Ore autorizzate=Ore individuate e definite liquidabili)	Comunicazione annuale grazie alla quale il Settore Rilevazione presenze informa il RPCT che l'elaborazione del tabulato presenze è stata eseguita seguendo gli opportuni controlli	SI	
<p>Elaborazione del tabulato presenze provvisorio entro il 5 di gestione del Lancio dei riposi provvisorio entro il 20) Elaborazione del tabulato definitivo entro il 15 (Lancio dei riposi definitivo entro il 2-3) Il tabulato sarà condiviso con l'ufficio paghe per la liquidazione degli stipendi</p>	Rilevazione Presenze						

Monitoraggio processo "Rilevazione presenze"

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Rimborsi in favore di Organizzazioni per trasporti a pazienti dialitici	Richiesta da parte dell'Organizzazione	Pagamento	si	400/450	Segreteria di Direzione	4 (un addetto per ogni Distretto)

as is							
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	La misura individuata è stata attuata al 31/12/24?	
Arrivo c/o la segreteria dei Distretti , tramite pec, del prospetto riepilogativo della contabilità per il rimborso da parte delle Organizzazioni. All'interno vengono indicati i nominativi , coperti da privacy, dei pazienti che hanno utilizzato il servizio offerto dalle Organizzazioni. La documentazione completa, poichè corposa, viene consegnata brevi manu: protocollata e rilasciata apposta ricevuta. La documentazione non viene lavorata con un applicativo	Segreteria dei Distretti						
Controllo da parte di un operatore sulla congruità della documentazione : il controllo viene eseguito tramite confronto tra le attestazioni presentate dalle Organizzazioni (attestazione contenente una serie di informazioni relative al : mese di riferimento; n. di spostamenti; i Km percorsi; il costo della benzina; eventuale pedaggio autostradale) con le certificazioni emesse dal Centro Dialitico di riferimento (per la numerosità di prestazioni eseguite) e nel rispetto delle indicazioni del DCA n.441 del 2014 (Requisiti ed idoneità delle Organizzazioni)	Segreteria dei Distretti		Il processo descritto viene eseguito in maniera diversa da ogni Distretto e la diversa gestione delle fasi potrebbe far sorgere per l'Ente un rischio corruttivo (assenza di controlli sui requisiti delle Organizzazioni; assenza di controlli sui Km dichiarati e rimborsati)	Stesura di un Regolamento che disciplini il processo e le attività di controllo da eseguire durante le fasi	Informare il RPCT dell'entrata in vigore del Regolamento	Il regolamento è in fase di definizione e si ritiene che sarà adottato nel corso del 2025. Pertanto la misura resta in vigore per il prossimo anno. Nel frattempo è stata attuata una misura alternativa: con Delibera 948 del 13/12/2024 è stata definita la Commissione di verifica e controllo delle Organizzazioni che ha il compito di verificare annualmente, l'idoneità delle Organizzazioni. La Commissione ha verificato, in collaborazione con i 4 distretti, le domande ricevute dalle Organizzazioni (verifica sui requisiti). Con deliberazione n. 1166 del 30/12/2024 è stato adottato l'elenco delle Organizzazioni autorizzate ad effettuare il servizio sul territorio di competenza dell'ASL Roma 4. L'elenco comprende n. 33 organizzazioni autorizzate	
L'istruttoria si conclude con l'adozione di una determina dirigenziale che riconosce gli importi dovuti e dispone il pagamento	Ciascun Direttore di distretto						
Adozione e contabilizzazione della determina	Ciascun Direttore di distretto						
Restituzione della determina adottata e numerata alle segreterie di direzione	Affari Generali						
Richiesta della segreteria di direzione al bilancio per l'emissione di un doc. fittizio passivo	Segreteria di Distretto						
Liquidazione. Regione Lazio ha istituito una Commissione di verifica sulle tempistiche di attuazione delle liquidazioni delle Organizzazioni (30 giorni)	Segreteria di Distretto	Entro 30 giorni					
Emissione dell'ordinativo di pagamento in favore dell'Organizzazione	Bilancio						

Monitoraggio processo "Rimborsi in favore di Organizzazioni per trasporti a pazienti dialitici"

I risultati della mappatura

Il lavoro effettuato di concerto con gli attori dei processi ha permesso, come anticipato, di elaborare le mappe di rischio, in cui sono state individuate una serie di *misure specifiche*, che agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici

Le mappe di rischio così elaborate, sono riportate di seguito.

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
(P.I.A.O.) 2025 – 2027 DELLA ASL ROMA 4**



**REGIONE
LAZIO**

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Gestione richieste accesso civico semplice	Ricezione dell'istanza	Riscontro	Si		RPCT	2

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
L'istante può inoltrare la sua richiesta di accesso civico semplice, indirizzandola al RPCT, attraverso email ordinaria dell'URP, tramite PEC, o con richiesta scritta debitamente protocollata	Istante - RPCT		La mancanza di una procedura formale interna di gestione del processo e di apposito modulo per la formulazione della richiesta, può ostacolare l'esercizio del diritto di accesso civico (l'istanza deve espressamente identificare i dati, le informazioni o i documenti richiesti).	L'ASL Roma 4 ha in programma l'adozione di apposito regolamento per la gestione del processo di accesso civico semplice Predisposizione e pubblicazione in Amministrazione Trasparente, di apposito modulo da compilare, contenente tutte le informazioni necessarie per rendere immediatamente comprensibile la richiesta, al fine di fornire ad essa un celere riscontro.	Comunicazione tempestiva, entro il 31/10/2025, al RPCT dell'avvenuta adozione del Regolamento	Comunicazione tempestiva al RPCT dell'avvenuta pubblicazione in AT, con link di rinvio alla sezione specifica
L'URP inoltra la richiesta al RPCT e coinvolge la struttura responsabile della pubblicazione del dato/informazione/documento richiesto, al fine di effettuare una prima istruttoria circa la richiesta ricevuta	URP	3 gg				
In caso di accoglimento dell'istanza da parte del RPCT, se i dati, le informazioni o i documenti richiesti sono già stati pubblicati, questo indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale, attraverso canali formali. Se, invece, non sono stati pubblicati, gli uffici responsabili provvedono alla pubblicazione dei documenti, delle informazioni o dei dati richiesti e il RPCT comunica al richiedente l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale.	Ufficio competente/RPCT/URP	30 giorni				
Decorsi inutilmente i 30 giorni di tempo dalla presentazione dell'istanza, oppure in caso di diniego totale o parziale, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2, co. 9-bis, della l. 241/90	Istante	30 giorni	L'Azienda non ha indicato in Amministrazione Trasparente, i contatti del titolare del potere sostitutivo. Tale circostanza inficia la possibilità dell'istante di effettuare ricorso	Indicazione in Amministrazione Trasparente del soggetto a cui inoltrare l'istanza	Comunicazione al RPCT entro il 31/10/2025 dell'avvenuta pubblicazione dei dati	
E' stato istituito e pubblicato in Amministrazione Trasparente un registro contenente l'elenco ordinato delle istanze pervenute con l'oggetto e la data, nonché il relativo esito con la data della decisione, oscurando i dati personali eventualmente presenti	RPCT	6 mesi	Riduzione del grado di "apertura verso l'esterno" dell'amministrazione derivante da un aggiornamento non frequente del registro delle istanze di accesso civico	L'ASL ha intenzione di dotarsi di un applicativo che consenta, tramite il protocollo generale, di censire tempestivamente le richieste e di creare automaticamente il registro degli accessi, in modo da garantire la tempestività e la correttezza della sua pubblicazione nella sezione "Altri contenuti - Accesso civico"	Comunicazione entro il 31/10/2025 al RPCT dell'adozione della soluzione	

Processo "Gestione richieste accesso civico semplice"

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
(P.I.A.O.) 2025 – 2027 DELLA ASL ROMA 4



REGIONE
LAZIO

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Gestione richieste accesso civico generalizzato	Ricezione dell'istanza	Riscontro	SI	n. 8 richieste anno 2023	Ufficio competente (a seconda dell'oggetto dell'istanza)	

as is				valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi				
Le richieste di accesso civico generalizzato possono essere indirizzate (attraverso email ordinaria, Tramite PEC o richiesta cartacea debitamente protocollata) all'URP o all'ufficio competente per materia	Istante		La mancanza di una procedura formale interna di gestione del processo e di apposito modulo per la formulazione della richiesta, può ostacolare l'esercizio del diritto di accesso civico (l'istanza deve espressamente identificare i dati, le informazioni o i documenti richiesti)	L'ASL Roma 4 ha in programma l'adozione di apposito regolamento per la gestione del processo di accesso civico generalizzato Predisposizione e pubblicazione in Amministrazione Trasparente, di apposito modulo da compilare, contenente tutte le informazioni necessarie per rendere immediatamente comprensibile la richiesta, al fine di fornire ad essa un celere riscontro.	Comunicazione tempestiva, entro il 31/10/2025, al RPCT dell'avvenuta adozione del Regolamento Comunicazione tempestiva al RPCT dell'avvenuta pubblicazione in AT, con link di rinvio alla sezione specifica	
L'URP provvede ad individuare l'ufficio competente a seconda del dato/informazione documento richiesto, e a inoltrare l'istanza	URP	3 gg				
L'ufficio a cui compete dare riscontro all'istanza pervenuta, individua eventuali soggetti controinteressati e li avvisa tramite PEC o raccomandata. I controinteressati hanno a disposizione 10 giorni a partire dalla data in cui è avvenuta la comunicazione per opporsi all'istanza.	Ufficio competente - Soggetto Controinteressato	10 giorni				
Decorsi inutilmente i 10 giorni e entro i 30 dalla ricezione della richiesta, l'ufficio competente inoltra la propria risposta all'URP che dà riscontro al richiedente tramite Pec o raccomandata	Ufficio competente - URP	30 giorni				
In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.	Ufficio competente/URP					
Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine di 30 giorni, il richiedente può presentare richiesta di riesame al RPCT, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni.	Istante	20 giorni	L'Azienda non ha pubblicato in Amministrazione Trasparente tutte le informazioni necessarie per effettuare la richiesta di riesame. E' necessario fornire adeguata tutela ai richiedenti per i casi di mancata risposta entro i termini/per i casi di diniego.	Predisposizione di apposito modulo per effettuare la richiesta di riesame allo scopo di agevolare e tutelare l'istante	Invio del modulo predisposto al RPCT entro il 31/10/2025	
E' stato istituito e pubblicato in Amministrazione Trasparente un registro contenente l'elenco ordinato delle istanze pervenute con l'oggetto e la data, nonché il relativo esito con la data della decisione, oscurando i dati personali eventualmente presenti	RPCT	6 mesi	Riduzione del grado di "apertura verso l'esterno" dell'amministrazione derivante da un aggiornamento non frequente del registro delle istanze di accesso civico	L'ASL ha intenzione di dotarsi di un applicativo che consenta, tramite il protocollo generale, di censire tempestivamente le richieste e di creare automaticamente il registro degli accessi, in modo da garantire la tempestività e la correttezza della sua pubblicazione nella sezione "Altri contenuti - Accesso civico"	Comunicazione entro il 31/10/2025 al RPCT dell'adozione della soluzione	

Processo "Gestione richieste accesso civico generalizzato"

ROMA 4

Descrizione processo	Input	Output	Attività vincolata	N. processi/ anno	Struttura competente	N. addetti
Gestione lancio del riposo	Necessità di pianificazione dei turni	Tracciare presenze e assenze dei dipendenti	Si			

as is						
Attività	Responsabilità	Tempi esecuzione medi	Valutazione rischio	Misure specifiche	Indicatori di monitoraggio	
Il lancio del riposo è l'attività che permette di conteggiare le assenze e le presenze di un dipendente per ogni mese.	Coordinamento					
ASL Roma 4 gestisce i lanci di riposo in maniera informatizzata effettuando una vera e propria pianificazione dei turni che consente di tracciare in maniera corretta le ore di lavoro dei dipendenti.	Coordinamento					
Il coordinamento entro il giorno 20 di ogni mese deve pianificare i turni di ogni dipendente. In precedenza tale gestione era esclusivamente cartacea e spesso si verificavano cambi turni tra i dipendenti non autorizzati. Con il sistema informatizzato, qualora il dipendente lavorasse durante un orario di lavoro diverso da quello pianificato, le ore non gli sarebbero riconosciute. Di conseguenza, è attualmente necessario che il coordinatore avalli tutti i cambi turno.	Coordinamento	Entro il giorno 20 di ogni mese precedente a quello al quale si riferiscono i turni				
Lancio di riposo provvisorio: Entro il giorno 20 di ogni mese il coordinatore carica ad ogni dipendente dei giorni di riposo, in maniera tale da consentirgli di effettuare assenze senza doverle giustificare. Questo sistema consente di reperire più forza lavoro in quanto il coordinatore crea in partenza dei turni che si avvicinano il più possibile al debito mensile.	Coordinamento					
Lancio di riposo definitivo: entro il giorno 3 di ogni mese.	Coordinamento	Entro il giorno 3 di ogni mese				

Il Processo è stato monitorato nel corso del 2024, al fine di verificare che gli aspetti procedurali fossero invariati. Non sono stati riscontrati fattori di rischio

Processo "Gestione lancio dei riposi"

Descrizione processo	Input	Output	Attività vincolata	N. processi/ anno	Struttura competente	N. addetti
Erogazione buoni pasto Elettronici	Conteggio buoni pasto effettuato dall' Uff. del personale	Emissione Ordine Buoni Pasto	No	12	Uff. Personale/Provveditorato	3: DEC, ADEC (supporido al dec), RES

as is						
Attività	Responsabilità	Tempi esecuzione medi	Valutazione rischio	Misure specifiche	Indicatori di monitoraggio	
Arrivo del conteggio da parte della UOC Personale per Distretto e Presidi, con allegata la lista dei Buoni Pasto. La lista viene salvata sul PC.	DEC Contratto Repas	Pochi min				
Viene effettuato un ordine mediante piattaforma informatica interna che prende il nome di AREAS, inserendo alcuni dati, come per esempio il fornitore, il numero di buoni richiesti e per quali distretti. Tutti i dipendenti dell'Ufficio Personale hanno la possibilità di accedere ad AREAS e vedere quando buoni pasto sono stati richiesti.	DEC Contratto Repas					
Una volta eseguito l'ordine su AREAS, lo si segnala per posta elettronica certificata alla Repas (Società affidataria dell'erogazione dei buoni, individuata tramite procedura Consip). Alla pec sarà attribuito un numero di protocollo, che verrà riportato nel successivo ordine sulla piattaforma Repas.	DEC Contratto Repas					
Si accede alla piattaforma Repas e si esegue l'ordine anche su essa, copiando e incollando la lista inviata dalla UOC Personale su apposito format fornito dalla stessa Società affidataria. Si verifica la corrispondenza dei numeri totali tra la lista ricevuta dalla UOC del Personale e la lista inserita sul format Repas. Si precisa che grazie al meccanismo adottato del "copia e incolla", il rischio di errata compilazione del format risulta arginato. L'ordine viene generato automaticamente quando termina l'inserimento in piattaforma Repas.	DEC Contratto Repas	Pochi minuti				

Il Processo è stato monitorato nel corso del 2024, al fine di verificare che gli aspetti procedurali fossero invariati. Non sono stati riscontrati fattori di rischio

Processo "Erogazione buoni pasto Elettronici"

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
(P.I.A.O.) 2025 – 2027 DELLA ASL ROMA 4**



**REGIONE
LAZIO**

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Sottoscrizione accordo/contratto	Decreto di Accreditamento provvisorio/definitivo	Accordo Contrattuale	si	Mediamente 1 + Addendum	U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori	1 Dirigente + 2 amministrativi

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Ricezione della Determina della Regione Lazio tramite protocollo aziendale, contenente i budget per setting assistenziali	Protocollo	Immediati				
Proposta delibera aziendale con la quale si stabilisce l'importo per singolo erogatore di setting assistenziale	U.O.S.D.					
Invio Proposta al Bilancio per l'acquisizione del parere economico/finanziario. Per la proposta ci si attiene al consumo storico e all'analisi della produzione già erogata, a meno che non ci sia una variazione del livello massimo di finanziamento assegnato che comporta l'adozione di criteri oggettivi per l'assegnazione del budget incrementale. I criteri sono debitamente declinati nella delibera di assegnazione	U.O.S.D.	Immediati	Dal momento che non è possibile definire una procedura unica per tutte le assegnazioni, sin dall'ultimo trimestre del 2022 i criteri di assegnazione vengono identificati all'interno della delibera	Al fine di verificare la corretta definizione dei criteri di assegnazione, all'interno delle delibere, la U.O.S.D. condividerà le stesse con il RPCT per monitoraggio di secondo livello	Condivisione con il RPCT delle delibere di assegnazione entro il 31/10/2025	
Invio della Proposta alla Direzione Strategica per l'adozione, tramite gestionale interno	Bilancio					
Adozione della delibera e perfezionamento. La delibera deve essere approvata entro 30 giorni, non solo nel rispetto della normativa vigente, ma anche secondo quanto stabilito dagli obiettivi aziendali	Uff.Delibere	30 giorni dalla determina regionale				
Accordo/contratto: La delibera è inviata alla Regione Lazio tramite PEC. Quest'ultima restituisce all'ASL l'accordo/contratto triennale. La U.O.S.D. acquisisce i poteri di firma dalle strutture sul Sistema Pagamenti e dopo averle approvate, viene generato il contratto triennale.	Regione Lazio - U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori					
In caso di errato o incompleto inoltro dei dati necessari da parte delle strutture, la U.O.S.D., con comunicazioni tramite Pec, invita la struttura a correggere/integrare la documentazione	U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori - struttura privata					
La struttura riceve notifica automatica dal Sistema Pagamenti che l'avvisa della necessità di sottoscrivere il contratto. Esso è sottoscritto anche dalla Direzione Strategica dell'ASL e ricaricato sul Sistema Pagamenti	struttura privata - Direzione Strategica					
Addendum: Per i due anni successivi viene adottato un Addendum. In questo caso è la Regione ad inviare all'ASL un file excel con i dati delle delibere e gli importi del budget assegnati. La U.O.S.D. verifica la presenza di eventuali errori e ove ne riscontrasse, invia apposita nota di trasmissione per segnalarli	Regione Lazio - U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori					
Una volta validato il file, esso è trasmesso alla Regione che notifica direttamente gli addendum alle strutture. La struttura e la Direzione Strategica firmano l'addendum che è ricaricato sul Sistema Pagamenti	U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori - Regione Lazio - Direzione strategica - struttura privata					
Solo un tipo di contratto non è generato sul Sistema Pagamenti: quello di Assistenza Domiciliare Integrata. Tuttavia lo schema dei contratti utilizzato è quello Regionale, esso è sottoscritto dagli erogatori e dalla Direzione Generale per essere inviato, infine, alla Regione. In ogni caso si prevede che dall'anno 2025 anche questo contratto sarà gestito attraverso il Sistema Pagamenti	U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori - Regione Lazio - Direzione strategica					
Se nel corso dell'anno si verificasse una rimodulazione dell'accREDITAMENTO e dunque una riassegnazione del budget (all'interno del livello massimo dato dalla Regione), il contratto triennale/l'addendum è rimodulato e firmato nuovamente	U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori - Regione Lazio - Direzione strategica					
Il Sistema Pagamenti fornisce apposito manuale che descrive la procedura della sottoscrizione del contratto/addendum. Il gestionale consente di tracciare le date, le informazioni e i documenti generati e caricati nel Sistema	U.O.S.D. Governo Rete degli Erogatori					

Processo "Accordi contrattuali"

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
(P.I.A.O.) 2025 – 2027 DELLA ASL ROMA 4**



Descrizione processo	Input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Rilevazione presenze	Immatricolazione dipendente	Gestione tabulato presenza	SI		Settore Rilevazione Presenze, Congedi e Aspettative	3 Interni 3 Esterni 1 Specialista Tecnico 1 Incarico di Funzione

as is		attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio
<p>Immatricolazione dipendente: vengono usati 2 applicativi NoiPa e Ares (il dipendente viene registrato prima sul programma Giuridico dal quale vengono estrapolati i dati che verranno utilizzati sul programma per la rilevazione presenze per la gestione economica) E' stata creata una cartella condivisa grazie alla quale il settore giuridico inserisce in modo sequenziale l'assegnazione della matricola. Giornalmente gli addetti dell'ufficio ribattono i dati presenti e caricati su NoiPa in Ares. E' stato predisposto un form con il quale il Responsabile del servizio indica una serie di informazioni del dipendente: l'orario di servizio; articolazione dell'orario di servizio nella settimana; sede; centro di costo; individuazione dell'autorizzatore sul portale del dipendente. Sulla base del centro di costo indicato dal Resp. di Servizio vengono assegnate le indennità di presenza (buoni pasto, indennità accessorie....)</p> <p>Consegna del badge: il badge con il cartellino identificativo vengono assegnati al dipendente titolare (Solo il responsabile del Settore può essere delegato). Nel caso di smarrimento è necessario presentare la richiesta tramite mail all'area personale allegando la denuncia alle autorità . Nel caso di rilascio di un nuovo Badge con un nuovo numero, il vecchio badge viene disabilitato a sistema ma, qualora il vecchio badge dovesse essere ancora utilizzato per lo striscio, il sistema rileva la sua strisciata. (dal terzo badge in poi il dipendente partecipa alla spesa x 5 €).</p> <p>Come programmato nel precedente Piano, sono state implementate le seguenti misure di contenimento del rischio: 1) Misura Organizzativa : per evitare che questa fase possa fermarsi o non essere eseguita sono state formate più unità cosicché il processo quotidianamente possa essere portato a termine. 2) Misura Organizzativa: è stato implementato il Portale del Dipendente che agevola la gestione delle risorse. Le richieste di permesso e ferie vengono eseguite con strumenti e modalità informatiche e digitali limitando il verificarsi di fenomeni corruttivi; 3) L'ufficio mensilmente elabora un Report di controllo x gli spostamenti dei collaboratori condiviso con il Responsabile del Servizio cosicché possano essere eseguiti gli opportuni controlli</p>			Responsabile del Servizio; Rilevazione Presenze	1 gg	Il rischio rilevato nel Piano 2024-2026 risulta arginato grazie all'attuazione della misura programmata. Non si rilevano ulteriori fattori di rischio		
<p>Inserimento tutto ciò che comporta il pagamento degli oneri accessori; il Resp. del Servizio invia all'ufficio Rilevazione presenze i turni di reperibilità provvisori (entro il 20 di ogni mese) e definitivi (entroil 3-4 del mese successivo). I turni di reperibilità vengono inseriti nel gestionale per poter pagare le indennità di pronta disponibilità. Prima dell'elaborazione del cartellino vengono verificate le timbrature tramite stampe: individuate le anomalie (x es. mancata timbratura) viene richiesto al dipendente di sanare entro una certa data. Ogni 3 mesi il cartellino viene chiuso e non è possibile più sanarlo (tranne x casi particolari con il coinvolgimento della Direzione Strategica). Prima del 13 di ogni mese l'ufficio riceve la determinazione relative alla liquidazione dello straordinario del mese precedente il Resp del servizio invia tramite posta elettronica dedicata i dati che saranno inseriti manualmente dagli addetti dell'uff. rilevazione presenze.</p> <p>Attività eseguite dall'ufficio aspettative e congedi che completano l'elaborazione del cartellino e la rilevazione delle presenze; si tratta di individuare tutta una serie di giustificativi a copertura di giorni di assenza: (l'ufficio in questione è una branca dell'ufficio rilevazioni presenze) _ Giornalmente viene scaricato un XML dal portale INPS per l'inserimento delle malattie dipendenti. In caso di anomalia sull'xml oppure su segnalazione del dipendente , vengono caricati manualmente i dati relativi alla malattia. _ Vengono caricate eventuali maternità (pre e post parto) ; maternità a rischio (coperte da decreto redatto dalla medicina legale o distretto di appartenenza). _ Viene caricata anche l'interdizione per lavori pericolosi (sempre nell'ambito della maternità); _ Caricato il congedo obbligatorio del padre (10 gg); _ Caricato il congedo parentale (1 mese al 100 % ; 5 mesi al 30 %). Viene eseguito un controllo a campione sulle autocertificazioni. Per i nuovi assunti si richiede una certificazione relativa a precedenti rapporti di lavoro e qualora risultino lavori passati si procede con la richiesta di un estratto dei vari istituti fruiti. _ Caricate le ore di permesso allattamento sia del padre che della madre; _ Caricati i permessi da 104; _ Congedo straordinario; _ Terapie salvavita; _ Congedi per invalidi; _ Permessi sindacali (informatizzati); _ Aspettative non retribuite; _ Autorizzazione allo smartworking;</p>			Rilevazione Presenze, Resp. del Personale eventuale Direzione Strategica, Ufficio Aspettative	20 gg			
<p>Come programmato nel precedente Piano, è stata implementata la seguente misura di contenimento del rischio: Misura organizzativa : viene eseguito un controllo che vede coinvolto un monte ore accantonato dal dipendente tramite timbratura (ore in eccesso lavorate ed autorizzate con apposito ordine di servizio) e l'individuazione delle ore autorizzate e comunicate dal Resp. di servizio (determinazione dello straordinario). Il controllo risulta positivo con la quadrature dei 2 valori (Ore accantonate=Ore autorizzate=Ore individuate e definite liquidabili)</p>					Il rischio rilevato nel Piano 2024-2026 risulta arginato grazie all'attuazione della misura programmata. Non si rilevano ulteriori fattori di rischio		
<p>Elaborazione del tabulato presenze provvisorio entro il 5 (gestione dei Lancio dei riposi provvisorio entro il 20) Elaborazione del tabulato definitivo entro il 15 (Lancio dei riposi definitivo entro il 2-3); Il tabulato sarà condiviso con l'ufficio paghe per la liquidazione degli stipendi.</p>			Rilevazione Presenze				

Processo "Rilevazione presenze"

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Rimborsi in favore di Organizzazioni per trasporti a pazienti dialitici	Richiesta da parte dell'Organizzazione	Pagamento	si	400/450	Segreteria di Direzione	4 (un addetto per ogni Distretto)

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Arrivo c/o la segreteria dei Distretti , tramite pec, del prospetto riepilogativo della contabilità per il rimborso da parte delle Organizzazioni. All'interno vengono indicati i nominativi , coperti da privacy, dei pazienti che hanno utilizzato il servizio offerto dalle Organizzazioni. La documentazione completa, poiché corposa, viene consegnata brevi manu: protocollata e rilasciata apposita ricevuta. La documentazione non viene lavorata con un applicativo	Segreteria dei Distretti					
Controllo da parte di un operatore sulla congruità della documentazione : il controllo viene eseguito tramite confronto tra le attestazioni presentate dalle Organizzazioni (attestazione contenente una serie di informazioni relative al : mese di riferimento; n. di spostamenti; i Km percorsi; il costo della benzina; eventuale pedaggio autostradale) con le certificazioni emesse dal Centro Dialitico di riferimento (per la numerosità di prestazioni eseguite) e nel rispetto delle indicazioni del DCA n.441 del 2014 (Requisiti ed idoneità delle Organizzazioni)	Segreteria dei Distretti		Il processo descritto viene eseguito in maniera diversa da ogni Distretto e la diversa gestione delle fasi potrebbe far sorgere per l'Ente un rischio corruttivo (assenza di controlli sui requisiti delle Organizzazioni; assenza di controlli sui Km dichiarati e rimborsati)	Stesura di un Regolamento che disciplini il processo e le attività di controllo da eseguire durante le fasi	Informare il RPCT dell'entrata in vigore del Regolamento	
Con Delibera 948 del 13/12/2024 è stata definita la Commissione di verifica e controllo delle Organizzazioni che ha il compito di verificare annualmente, l'idoneità delle Organizzazioni. La Commissione ha verificato, in collaborazione con i 4 distretti, le domande ricevute dalle Organizzazioni (verifica sui requisiti). Con deliberazione n. 1166 del 30/12/2024 è stato adottato l'elenco delle Organizzazioni autorizzate ad effettuare il servizio sul territorio di competenza dell'ASL Roma 4. L'elenco comprende n. 33 organizzazioni autorizzate						
L'Istruttoria si conclude con l'adozione di una determina dirigenziale che riconosce gli importi dovuti e dispone il pagamento	Ciascun Direttore di distretto					
Adozione e contabilizzazione della determina	Ciascun Direttore di distretto					
Restituzione della determina adottata e numerata alle segreterie di direzione	Affari Generali					
Richiesta della segreteria di direzione al bilancio per l'emissione di un doc. fittizio passivo	Segreteria di Distretto					
Liquidazione. Regione Lazio ha istituito una Commissione di verifica sulle tempistiche di attuazione delle liquidazioni delle Organizzazioni (30 giorni)	Segreteria di Distretto	Entro 30 giorni				
Emissione dell'ordinativo di pagamento in favore dell'Organizzazione	Bilancio					

Processo "Rimborsi in favore di Organizzazioni per trasporti a pazienti dialitici"

2.3.5. Misure generali di prevenzione (c.d. obbligatorie)

Sono entrate in vigore il 14 luglio 2023 le modifiche al Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, adottate con Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81. Le modifiche danno attuazione dell'articolo 4 del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito con legge 29 giugno 2022, n. 79, di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Il nuovo Codice afferma i doveri fondamentali di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti pubblici devono osservare sia in servizio sia fuori servizio. Le singole amministrazioni sono chiamate a definire un proprio Codice di comportamento che integri e specifici quello nazionale. Sull'applicazione di tali norme di secondo livello devono vigilare i dirigenti, le strutture di controllo e gli uffici di disciplina.

Codice di comportamento

Il Codice di Comportamento della ASL ROMA 4, da considerarsi parte integrante del sistema anticorruzione implementato, 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. Sul testo

del codice ha espresso parere obbligatorio positivo l'OIV della ASL in data 23/01/2018, segnalando alcune integrazioni recepite nel testo approvato.

Di tale Codice di Comportamento viene data ampia diffusione mediante trasmissione dello stesso a tutti i dipendenti e pubblicazione sul sito.

Inoltre, tutti i contratti ed incarichi formalizzati dovranno recare espliciti riferimenti al Codice di comportamento prevedendo specifiche clausole penali in caso di inosservanza dello stesso.

Nello specifico, il Codice, oltre a delineare gli standard di comportamento dei dipendenti ed altri stakeholder della ASL nei vari settori di operatività, definisce i protocolli di gestione dei seguenti ambiti:

- la gestione degli omaggi, regalie ed altre utilità (art. 4);
- la procedura di rilevazione e gestione dei possibili conflitti/comunanze di interessi (artt. 5, 6 e 10).

Si specifica solo che le dichiarazioni ivi previste potranno essere formalizzate mediante specifica procedura interna ovvero mediante l'utilizzo della specifica applicazione AGENAS "Modulistica per la dichiarazione pubblica di interessi per i professionisti del SSN" (pna-sanita.agenas.it) secondo le indicazioni specificamente formalizzate dal RPCT.

La violazione degli obblighi previsti dal Codice integra un comportamento contrario ai doveri d'ufficio e costituisce di per sé una lesione del rapporto di fiducia instaurato tra il soggetto interessato e la ASL ed è, in ogni caso, fonte di responsabilità disciplinare, da accertare all'esito del procedimento sanzionatorio, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.

Come anticipato, il Codice di comportamento della ASL è disponibile per tutti gli stakeholders nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

Sull'attuazione delle misure direttamente a carico dei Dirigenti apicali (come previsto nel citato Codice) gli stessi dovranno riferire al RPCT ove richiesto.

Tuttavia, a seguito di attenta valutazione, si rileva la necessità di dover aggiornare il Codice di Comportamento attualmente vigente, anche alla luce del Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", approvato dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione Paolo Zangrillo, (reso noto con Comunicato Stampa del Consiglio dei Ministri n.8 del 1/12/2022). Pertanto, vista la sopraggiunta necessità di adeguare il Codice della ASL alle prossime modifiche del Codice Nazionale.

La ASL, nel corso del 2024, ha avviato l'iter di aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, nelle more dell'adozione del testo aggiornato con la normativa vigente, ad ogni buon conto si lascia a

seguire il Codice di Comportamento nei contenuti del testo così come aggiornato.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Costituzione della Repubblica Italiana - artt. 28, 97, 98;
- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” aggiornato con il D.Lgs n. 97/2016;
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;
- D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell’art. 54 del D.Gls n. 165/2001;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali del 24.7.2013;
- Delibera A.N.A.C. n. 75/2013.
- Determinazione A.N.A.C. del 28/10/2015 n.12 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Determinazione A.N.A.C. del 3/08/2016 n.831 “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera A.N.A.C. n. 358 del 29/3/ 2017 “Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale” ;
- Decreto Legislativo n.50 del 18/04/2016, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n.56 del 19/4/2017 “Codice dei contratti pubblici”;
- Delibera A.N.A.C. n.177 del 19/02/2020 “Linee Guida in materia di codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche”;
- CCNL relativo al Personale dell’Area delle funzioni locali triennio 2016-2018 del 17/12/2020;
- CCNL Area Sanità triennio 2016-2018 del 19/12/2020;
- CCNL Comparto Sanità triennio 2019-2021
- Decreto Legge n.36 del 30/04/2022 convertito in legge n.79 del 29/06/2022 recante ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR
- Decreto Legge n.36 del 30/04/2022 convertito in legge n.79 del 29/06/2022 recante ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR

- D.Lgs n. 10 marzo 2023 n. 24 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”
- D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 “Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62”
- Delibera A.N.A.C. n. 311 del 12 luglio 2023 “Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”

Disposizioni di carattere generale

Il presente Codice di Comportamento, di seguito denominato “Codice” definisce, ai fini dell’art. 54 del D.Lgs 165/2001, i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti della ASL Roma 4 e tutti coloro che collaborano a vario titolo con l’Azienda sono tenuti ad osservare. Le previsioni del presente Codice integrano le disposizioni contenute nel Codice generale dei dipendenti pubblici approvato con il D.P.R. n. 62/2013, come integrato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 tenendo conto delle peculiarità derivanti dai fini istituzionali cui è preordinata l’attività della ASL Roma 4;

Ambito di applicazione

Le disposizioni del presente Codice si applicano a tutti i dipendenti dell’Azienda, sia dirigenti che personale di comparto, con contratto di lavoro a tempo indeterminato, determinato, a tempo parziale, anche in posizione di comando e distacco, nonché, a tutti coloro che a qualunque titolo collaborano con l’Azienda.

Si applicano inoltre, in quanto compatibili:

- a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, che prestino la loro attività nell’ambito dell’organizzazione dell’Azienda, ivi compresi, tirocinanti, specializzandi e i soggetti titolari di rapporto di lavoro con il SSN operanti negli istituti penitenziari.
- a tutti i Medici e Professionisti convenzionati con il SSN ed in particolare a tutti i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici di Continuità Assistenziale e Medici della Medicina dei Servizi.
- a tutti i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere o prestano servizio in favore dell’Azienda.

Le disposizioni contenute nel presente Codice costituiscono principi di comportamento per il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore dei Servizi Socio Sanitari, i

Direttori di Distretto, i componenti del Collegio Sindacale e i componenti dell'O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione).

Al fine di assicurare l'osservanza degli obblighi di condotta previsti dal presente Codice, contestualmente alla sottoscrizione del contratto o in mancanza negli atti di conferimento incarico, nei bandi, negli avvisi e nei contratti/convenzioni di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, lavori e forniture, le competenti strutture dell'Azienda inseriscono apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice.

Nel rispetto dei principi generali contenuti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, inoltre, la clausola di presa d'atto del Codice deve essere inserita nel contratto sottoscritto all'atto dell'instaurazione del rapporto di lavoro.

Ogni successivo riferimento ai "dipendenti" contenuto negli articoli del presente Codice, va inteso quale riferimento a tutti i soggetti indicati nel presente articolo, nei limiti della compatibilità.

Principi generali

I dipendenti osservano la Costituzione, servendo la Nazione con disciplina ed onore e conformando la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa. I dipendenti svolgono i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui sono titolari.

I dipendenti rispettano altresì i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agiscono in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi.

I dipendenti non usano a fini privati le informazioni di cui dispongono per ragioni di ufficio, evitano situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per le finalità di interesse generale per le quali sono stati conferiti.

I dipendenti esercitano i propri compiti orientando l'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi, che non pregiudichi la qualità dei risultati.

Nei rapporti con i destinatari dell'azione amministrativa, i dipendenti assicurano la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi, altresì, da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sui destinatari dell'azione amministrativa o che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale o su altri diversi fattori.

I dipendenti dimostrano la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre pubbliche amministrazioni, assicurando lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati in qualsiasi forma anche telematica, nel rispetto della normativa vigente.

Ogni dipendente, è tenuto a conoscere il Codice e a contribuire attivamente alla sua osservanza.

L'Azienda promuove la massima diffusione del presente Codice, fornisce adeguati strumenti di informazione ed attiva idonee azioni di formazione in materia.

Regali, compensi e altre utilità

Ogni prestazione fornita dai dipendenti rientra all'interno dei doveri istituzionali e professionali del medesimo e in quanto tale essa non necessita, né richiede direttamente o indirettamente, alcuna compensazione al di là del corrispettivo stipendiale attribuito.

I dipendenti non accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia (es. calendario, agenda cartacea, penna di uso comune). Non accettano mai regali in denaro o altre forme equivalenti.

In ogni caso, **i dipendenti non chiedono**, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio, da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio, né da soggetti nei cui confronti sono o stanno per essere chiamati a svolgere o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto.

I regali e le altre utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente articolo, a cura degli stessi dipendenti cui siano pervenuti, sono immediatamente messi a disposizione dell'Azienda per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali.

Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelle di valore non superiore, in via orientativa a 150 euro, da intendersi come valore complessivo nell'arco dell'anno, anche sotto forma di sconto, anche se destinato in forma collettiva. Lo stesso può essere accettato solo in via del tutto occasionale e nell'ambito di relazioni di cortesia in occasioni quali le festività e/o particolari ricorrenze. È pertanto esclusa e vietata l'abitudine nella ricezione di regali o altre utilità, nel qual caso è da considerarsi illecito ancorché di valore inferiore ai 150 euro. È in ogni caso esclusa e vietata l'accettazione di regali sotto forma di somma di denaro di qualsiasi importo.

I dipendenti non accettano incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel triennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

Al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità dell'amministrazione, il responsabile dell'ufficio vigila sulla corretta applicazione del presente articolo.

Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, i Dipendenti comunicano tempestivamente e comunque entro 30 giorni la propria adesione ad associazioni od organizzazioni, i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività all'interno dell'Azienda. Tale comunicazione deve essere indirizzata alla UOC Personale Dipendente, UOS Personale a Convenzione, UOC Provveditorato, rispettivamente in base alla tipologia di contratto. Tali strutture hanno l'obbligo di conservare le comunicazioni raccolte inserendole nel fascicolo personale del dipendente. Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati.

In fase di prima applicazione dall'entrata in vigore del presente codice, la sopra citata comunicazione deve essere effettuata entro 60 giorni.

I dipendenti non costringono in alcun modo altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, né esercitano pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

I dipendenti si astengono sempre dal trattare pratiche relative ad associazioni di cui sono membri ed in particolare quando è prevista l'erogazione di contributi, sovvenzioni, sussidi e vantaggi anche di natura non economica.

Comunicazione degli interessi finanziari, conflitti di interesse e obbligo di astensione

Per conflitto di interessi deve intendersi ogni situazione in cui un interesse o diversi interessi egoistici/privatistici di un soggetto tenuto al rispetto delle norme sul presente Codice di Comportamento interferisce o potrebbe comportare una deviazione dal dovere di imparzialità che sorregge l'agire dei pubblici dipendenti.

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da disposizioni normative vigenti, i Dipendenti, all'atto dell'assegnazione ad una struttura organizzativa aziendale e ogni qualvolta si determinino variazioni rilevanti rispetto alla dichiarazione resa in precedenza, comunicano tempestivamente per iscritto, e comunque entro 10 giorni dalla avvenuta assegnazione/variazione, i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:

- se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
- se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti alla struttura.

Tale comunicazione deve essere indirizzata alla UOC Personale Dipendente, UOS Personale a Convenzione, UOC Provveditorato, rispettivamente in base alla tipologia di contratto. Tali strutture hanno l'obbligo di conservare le comunicazioni raccolte inserendole nel fascicolo personale del dipendente.

I Dipendenti si astengono, dandone comunicazione per iscritto ed in tempo utile al Responsabile della struttura di appartenenza, dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle proprie mansioni in situazioni di conflitto, anche solo potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici ed anche quando esistano persistenti ragioni di convenienza. Il Responsabile valuta tempestivamente la situazione segnalata, applicando la procedura di seguito indicata; se necessario acquisisce ulteriori informazioni e prende gli opportuni provvedimenti dando formale riscontro al dipendente. Tutta la documentazione inerente alla segnalazione è inviata alla competente struttura aziendale per l'archiviazione nel fascicolo dei dipendenti.

Se l'astensione riguarda il Dirigente, la comunicazione va indirizzata alla funzione superiore in via gerarchica. La presente disposizione è efficace in ogni ipotesi in cui norme del presente codice prevedano la comunicazione al Dirigente.

Procedura per la gestione del conflitto di interessi

Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto coinvolto nell'ipotesi di conflitto d'interessi esamina le circostanze e valuta se la situazione realizza o meno un conflitto di interessi;

Se la situazione realizza un conflitto di interessi il responsabile risponde per iscritto all'interessato comunicando gli esiti della valutazione;

Il responsabile assume, motivandola, una delle determinazioni conseguenti:

- a. richiesta di astensione dell'interessato dall'incarico/procedimento;
- b. permanenza dello stesso nell'incarico/procedimento;

In tal caso, il responsabile dell'ufficio provvede, quindi, nel rispetto del principio di proporzionalità, a:

- a. rappresentare al vertice aziendale l'esistenza del conflitto d'interessi;
- b. proporre l'affidamento dell'interessato ad altro incarico;
- c. proporre il trasferimento dell'interessato ad altro ufficio;
- d. dare comunicazione al responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) della soluzione adottata anche al fine di assicurare la continuità amministrativa.

Prevenzione della corruzione e tutela del Dipendente che segnala illeciti

Tutti i dipendenti sono tenuti ad osservare le norme, le misure ed azioni indirizzate a prevenire il rischio di corruzione ed in particolare, le disposizioni contenute nel Codice generale dei dipendenti pubblici approvato con il D.P.R. n. 62/2013, come integrato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, le

prescrizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e nel Piano Integrato Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) della ASL Roma 4, sezione 2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza, integrato dal presente documento.

Dal 30 marzo 2023 è entrato in vigore il [decreto legislativo 10 marzo 2023 n. 24](#) che recepisce nel nostro ordinamento la direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni di disposizioni normative e con Delibera Anac n. 311 del 12 luglio 2023 sono state adottate le “Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”

Come prevede l’art. 24 del decreto legislativo 10 marzo 2023 n. 24 le nuove norme hanno effetto a decorrere dal 15 luglio 2023.

La nuova disciplina prevede 3 diversi canali di segnalazione: interno (art. 4 D.lgs n. 24/23), esterno (artt. 6 e 7 D.lgs n. 24/23) e tramite divulgazione pubblica (art. 15 D.lgs n. 24/23).

La ASL Roma 4 si è dotata di un apposito canale di segnalazione interno raggiungibile al link <https://servizi33.it/ASLROMA4>

La tutela dell’anonimato è garantita in ogni circostanza

Si segnala che, in conformità alla nuova disciplina, sono state apportate le seguenti modifiche:

Si specifica che chi intende presentare una segnalazione, affinché questa venga trattata come whistleblowing, dovrà assolutamente utilizzare la procedura prevista per tale tipo di segnalazione esclusivamente utilizzando il canale interno all’uopo istituito. Ogni segnalazione effettuata non utilizzando la specifica procedura, che integralmente si richiama, nonché lo specifico canale previsto, verrà trattata come una segnalazione ordinaria e come tale gestita sotto tutti gli aspetti (termini di riscontro, tutela alla riservatezza del segnalante, tutela dalle ritorsioni, ...)

I dirigenti e responsabili delle strutture aziendali promuovono all'interno della struttura cui sono preposti il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti nell'attuazione della strategia di contrasto e prevenzione della corruzione, inclusa l'attività di mappatura dei processi, l'identificazione, analisi e valutazione dei rischi e di proposta e definizione delle misure di prevenzione. Tutti coloro che in ragione del loro ufficio o per altra causa, vengono a conoscenza di una segnalazione, sono tenuti a mantenere il segreto sul suo contenuto e sull'identità del suo autore.

La diffusione impropria di tali dati è fonte di responsabilità disciplinare ai sensi del successivo art.24, fatta salva, ove ne sussistano i presupposti, la responsabilità penale in relazione al reato di rivelazione di segreti d'ufficio ai sensi dell'art.326 del codice penale.

Trasparenza e tracciabilità

I dipendenti assicurano l’adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle Pubbliche Amministrazioni secondo le disposizioni normative vigenti, sia nell’ambito di diretta competenza, sia prestando la massima collaborazione al Direttore/Dirigente Responsabile della Pubblicazione dei dati,

nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati medesimi sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito internet aziendale.

I dipendenti assicurano, altresì, la massima collaborazione per l'attuazione di quanto previsto nel Piano Integrato Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) della ASL Roma 4, sezione 2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza.

I Direttori/Dirigenti Responsabili della Pubblicazione garantiscono a loro volta il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e pertanto, ogni Direttore/Dirigente è Responsabile, nell'ambito dei procedimenti di competenza, delle pubblicazioni dei dati secondo quanto previsto dalla normativa in materia, garantendo a tal fine la massima collaborazione al Responsabile della Trasparenza Aziendale.

La tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento di poter essere riprodotto per ogni consentita valutazione. Ogni registrazione di informazioni e di dati deve rispondere a principi di trasparenza, chiarezza, correttezza e completezza.

I dipendenti devono avere cura di inserire nel fascicolo di ogni pratica da essi trattata tutta la documentazione ad essa afferente, al fine di consentirne la tracciabilità del processo decisionale.

Comportamento nei rapporti privati

Nei rapporti privati, comprese le relazioni extra lavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, i Dipendenti non sfruttano, né menzionano la posizione che ricoprono nell'Azienda per ottenere utilità che non gli spettino e non assumono nessun altro comportamento che possa nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'Azienda o della pubblica amministrazione in generale.

I Dipendenti rispettano il segreto d'ufficio e mantengono riservate le notizie e le informazioni apprese nell'ambito dell'attività svolta e non pongono in essere comportamenti che possano nuocere all'immagine e agli interessi dell'Azienda.

I dipendenti non pubblicano, sotto qualsiasi forma, sulla rete internet (forum, blog, social ...) dichiarazioni inerenti all'attività lavorativa indipendentemente dal contenuto delle dichiarazioni stesse se esse sono riconducibili in via diretta o indiretta all'attività della ASL.

Comportamento in servizio

Fermo restando il rispetto dei termini del procedimento amministrativo, i dipendenti, salvo giustificato motivo, non ritardano né adottano comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.

I dipendenti utilizzano i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

I dipendenti utilizzano il materiale o le attrezzature di cui dispongono per ragioni di ufficio e i servizi telematici e telefonici dell'ufficio nel rispetto dei vincoli posti dall'amministrazione.

I dipendenti utilizzano i mezzi di trasporto dell'amministrazione a loro disposizione soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio.

I dipendenti si attengono alle disposizioni diramate dall'Azienda in merito all'utilizzo di materiale ed attrezzature di cui dispongono per ragioni di ufficio, comprese attrezzature, servizi, strumentazioni telefoniche e telematiche e, più in generale, di ogni altra risorsa messa a disposizione, utilizzabile unicamente per finalità istituzionali.

I dipendenti osservano ogni accorgimento idoneo a garantire la massima efficienza ed economicità d'uso, anche in termini di risparmio energetico: curano lo spegnimento di luci e strumentazioni al termine dell'orario di lavoro.

Sono altresì tenuti al rispetto di tutte le misure per la prevenzione dei rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro previste dall'Azienda (es: procedure, dispositivi di protezione individuali, segnaletica etc.).

I dipendenti adeguano il proprio comportamento alle prescrizioni normative e contrattuali previste per la prevenzione ed il contrasto del mobbing.

I dipendenti, segnalano situazioni di pericolo o di danno per l'integrità fisica o psicologica propria e di altri, e ogni altro evento che può avere riflessi sul servizio.

I dipendenti devono osservare e, qualora gli spetti, far osservare le disposizioni che regolano l'accesso ai locali dell'Azienda da parte del personale, degli utenti e dei terzi, è comunque vietato consentire a terzi l'indebito accesso e/o l'improprio stazionamento nei locali dell'Azienda non aperti al pubblico.

I dipendenti a cui è assegnata una casella di posta elettronica, la utilizzano come strumento di lavoro ed esclusivamente per fini istituzionali e al fine di garantire la funzionalità del servizio, sono tenuti a consultare la propria casella di posta elettronica aziendale in modo regolare e sistematico.

I dipendenti:

- utilizzano i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.
- sono tenuti alla corretta rilevazione dell'orario di ingresso e di uscita dal luogo di lavoro utilizzando unicamente il proprio tesserino magnetico (o altro sistema di rilevazione autorizzato). Il tesserino magnetico è strettamente personale e non cedibile ad altre persone: l'uso improprio o fraudolento del proprio tesserino e la manomissione della presenza nel luogo di lavoro è perseguibile dall'Azienda e sanzionabile disciplinarmente; non si trattengono davanti al rilevatore di presenza in attesa del completamento dell'orario di lavoro e utilizzano quello più vicino alla propria sede di lavoro all'atto dell'ingresso o uscita dal servizio, fatte salve ipotesi in cui vi siano ragioni di servizio, preventivamente autorizzate dal Responsabile, che consentano di derogare all'obbligo o modalità diverse indicate dall'Azienda
- rispettano i turni di servizio predisposti dal Responsabile al fine di garantirne la corretta funzionalità, non apportano alcuna variazione senza preventiva autorizzazione.

- non si allontanano dalla sede di lavoro, senza preventiva autorizzazione. In caso di allontanamento per necessità inerenti il servizio stesso, salvo diverse disposizioni, provvedono ad informare il proprio responsabile, indicando nell'apposita modulistica le necessarie informazioni relative all'attività fuori sede.
 - non lasciano mai il turno scoperto ed in particolare, durante i cambi turno i dipendenti non si allontanano (smontare dal turno) senza prima essersi accertati della presenza in servizio del collega che li devono sostituire.
 - in caso di assenze programmate (es. ferie, gravidanze, aspettative, permessi amministrativi ecc.), dovranno impostare la funzionalità di avviso dell'assenza e, ove funzionalmente possibile, indicare il recapito cui fare riferimento.
 - in caso di assenze non programmate (malattia, ricoveri, day hospital, infortuni, etc) i dipendenti dovranno comunicare tempestivamente al proprio responsabile l'assenza e comunque entro 3 giorni dal primo evento.

I Dipendenti sono tenuti a fornire la massima collaborazione per consentire i dovuti controlli ed altresì a comunicare con la massima tempestività ogni eventuale anomalia rilevata sui riepiloghi orari in modo da consentire la corretta gestione delle presenze.

I Dipendenti:

- svolgono la propria funzione nelle migliori condizioni e comunque durante l'orario di lavoro non fanno uso o si trovano sotto l'effetto di sostanze alcoliche o stupefacenti e psicotrope
- osservano le disposizioni vigenti in materia di divieto di fumo sul posto di lavoro e nelle pertinenze esterne di tutti i reparti dei presidi ospedalieri, dei distretti socio sanitari, degli ambulatori e in genere di tutte le strutture in cui si svolgono attività sanitarie e socio assistenziali.
- in presenza di altri Dipendenti/colleghi/terzi/utenti, sono tenuti a non assumere comportamenti e/o atteggiamenti che possano creare disagio o un danno all'immagine dell'Azienda e in ogni caso sono tenuti ad astenersi da discussioni o dall'uso di un linguaggio improprio. Se necessario i Dipendenti rappresentano il motivo del loro dissenso o situazioni critiche al proprio Responsabile che adotterà i provvedimenti ritenuti necessari o opportuni.
- nell'ambito del rapporto di lavoro con l'Azienda, sono tenuti ad utilizzare un abbigliamento idoneo rispetto alle funzioni svolte.

Per quanto riguarda i Dipendenti che svolgono attività di vigilanza o ispezione all'interno o all'esterno dell'Azienda si ritengono particolarmente gravi e pregiudizievoli le violazioni dei seguenti obblighi:

1. Il rispetto degli obblighi di astensione e di comunicazione del conflitto di interessi di cui all'art. 6 del presente Codice;
2. Il rispetto della normativa in materia di riservatezza e segretezza delle ragioni che hanno dato origine all'accertamento;
3. Il rispetto dell'obbligo di non utilizzo a fini privati di informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio;
4. Il perseguimento dei fini istituzionali senza influenze o pressioni indebite di qualsiasi tipo, da

chiunque esercitate, né da interessi personali e/o finanziari.

In materia di cultura della sicurezza, il dipendente, anche sulla base dei percorsi formativi aziendali, è tenuto ad adeguare il proprio comportamento agli specifici sistemi aziendali in essere per la gestione dei rischi. In particolare, si richiama l'osservanza di comportamenti corretti nell'ambito delle seguenti materie e rischi:

- rischio lavorativo: salute e sicurezza dei lavoratori
- rischio clinico: sicurezza dei pazienti
- rischio informativo: privacy e sicurezza dei dati
- rischio amministrativo e contabile: correttezza amministrativa e contabile
- rischio corruttivo e da conflitti di interesse: trasparenza e integrità.

Ogni dipendente è tenuto ad osservare norme, disposizioni aziendali e del dirigente o responsabile della unità organizzativa di appartenenza in ragione dell'attività e delle funzioni cui è chiamato. Particolare attenzione, cura e correttezza nello svolgimento dei compiti d'ufficio, deve essere prestata da parte dei dipendenti che operano nei Servizi dove il rischio corruzione è maggiore:

- Acquisizione Beni e Servizi,
- Amministrazione Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazioni,
- Tecnico Patrimoniale,
- Sistema Informatico,
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche,
- Dipartimento di Prevenzione,
- Direzione Amministrativa
- Politica Del Farmaco e Dei Dispositivi Medici
- Affari Generali e Legali,
- Direzione Medica Ospedaliera
- Distretti

Qualora regolarmente autorizzata, l'attività professionale intramuraria, il dipendente deve tenere rigorosamente separate le due attività, istituzionale e libero professionale, nei tempi, nella durata, nei volumi di attività, nell'uso delle strumentazioni, secondo la disciplina regolamentare in essere in Azienda, non intralciando e non creando condizionamento alcuno nei reciproci regimi attuativi delle stesse.

Utilizzo delle tecnologie informatiche

L'amministrazione, attraverso i propri responsabili di struttura, ha facoltà di svolgere gli accertamenti necessari e adottare ogni misura atta a garantire la sicurezza e la protezione dei sistemi informatici, delle informazioni e dei dati. Le modalità di svolgimento di tali accertamenti sono stabilite mediante linee guida adottate dall'Agenzia per l'Italia Digitale, sentito il Garante per la protezione dei dati personali. In caso di uso di dispositivi elettronici personali, trova applicazione l'articolo 12, comma 3-bis del D.lgs 7 marzo 2005, n. 82.

L'utilizzo di account istituzionali è consentito per i soli fini connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili e non può in alcun modo compromettere la sicurezza o la reputazione dell'amministrazione. L'utilizzo di caselle di posta elettronica personali è di norma evitato per attività o comunicazioni afferenti al servizio, salvi i casi di forza maggiore dovuti a circostanze in cui il dipendente, per qualsiasi ragione, non possa accedere all'account istituzionale.

Il dipendente è responsabile del contenuto dei messaggi inviati. I dipendenti si uniformano alle modalità di firma dei messaggi di posta elettronica di servizio individuate dall'amministrazione di appartenenza. Ciascun messaggio in uscita deve consentire l'identificazione del dipendente mittente e deve indicare un recapito istituzionale al quale il medesimo è reperibile.

Al dipendente è consentito l'utilizzo degli strumenti informatici forniti dall'amministrazione per poter assolvere alle incombenze personali senza doversi allontanare dalla sede di servizio, purché l'attività sia contenuta in tempi ristretti e senza alcun pregiudizio per i compiti istituzionali.

È vietato l'invio di messaggi di posta elettronica, all'interno o all'esterno dell'amministrazione, che siano oltraggiosi, discriminatori o che possano essere in qualunque modo fonte di responsabilità dell'amministrazione.

Utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media

Nell'utilizzo dei propri account di social media, i dipendenti utilizzano ogni cautela affinché le proprie opinioni o i propri giudizi su eventi, cose o persone, non siano in alcun modo attribuibili direttamente alla pubblica amministrazione di appartenenza.

In ogni caso i dipendenti sono tenuti ad astenersi da qualsiasi intervento o commento che possa nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'amministrazione di appartenenza o della pubblica amministrazione in generale.

Al fine di garantirne i necessari profili di riservatezza le comunicazioni, afferenti direttamente o indirettamente al servizio non si svolgono, di norma, attraverso conversazioni pubbliche mediante l'utilizzo di piattaforme digitali o social media. Sono escluse da tale limitazione le attività o le comunicazioni per le quali l'utilizzo dei social media risponde ad una esigenza di carattere istituzionale.

La ASL Roma 4 utilizza i social media per informare, comunicare, ascoltare e dare accesso ai servizi. La Social Media Policy è l'insieme delle norme di comportamento, che si pone l'obiettivo di regolare una serie di aspetti legati ai Social Network Site della ASL Roma 4.

Tali aspetti possono essere applicati sia nei confronti dei dipendenti dell'azienda (si parla quindi di "policy interna"), sia verso gli utenti dell'azienda stessa (si parla di "policy esterna").

La social media policy esterna contiene le informazioni rivolte agli utenti circa le finalità, le tipologie di contenuti e i comportamenti consentiti sulle pagine/profilo istituzionali creati.

La social media policy interna individua le principali norme di comportamento che i dipendenti della ASL sono tenuti ad osservare nel momento in cui accedono ai social network con i propri account personali.

I Social Network della ASL Roma 4 favoriscono la partecipazione, il confronto e il dialogo con i propri interlocutori. I social sono curati dall'Ufficio Comunicazione Aziendale e nello specifico sono Pagina Facebook, Profilo Twitter, Profilo Instagram, Canale Telegram, Profilo LinkedIn. Il Canale Youtube è gestito e curato dai Sistemi Informatici Aziendali.

Il citato regolamento Policy utilizzo Social è reperibile sul sito aziendale al seguente link: <https://www.aslroma4.it/policy-utilizzo-social>.

Fermi restando i casi di divieto previsti dalla legge, i dipendenti non possono divulgare o diffondere per ragioni estranee al loro rapporto di lavoro con l'amministrazione e in difformità alle disposizioni di cui al D.lgs 13 marzo 2013, n. 33, e alla legge 7 agosto 1990, n. 241, documenti, anche istruttori, e informazioni di cui essi abbiano la disponibilità.»

Comportamento etico nel Web

I dipendenti nell'utilizzo degli strumenti web si astengono da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'amministrazione, osservano il segreto d'ufficio e le disposizioni relative alla normativa privacy.

I dipendenti utilizzano gli account dei social media di cui è titolare in modo che le opinioni ivi espresse e i contenuti ivi pubblicati, propri o di terzi, non siano in alcun modo attribuibili all'amministrazione di appartenenza o possano, in alcun modo, lederne il prestigio o l'immagine.

In ogni caso i dipendenti sono tenuti ad astenersi da qualsiasi intervento o commento che possa nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'amministrazione di appartenenza o della pubblica amministrazione in generale.

È fatto, altresì, divieto, ai dipendenti di trattare comunicazioni, afferenti direttamente o indirettamente al servizio, attraverso conversazioni pubbliche svolte su qualsiasi piattaforma digitale.

Se dalle piattaforme social siano ricavabili o espressamente indicate le qualifiche professionali o di appartenenza del dipendente, ciò costituisce elemento valutabile ai fini della gradazione della eventuale sanzione disciplinare

Fermi restando i casi di divieto previsti dalla legge, i dipendenti non possono divulgare o diffondere per ragioni estranee al loro rapporto di lavoro con l'amministrazione e in difformità alle disposizioni di cui al decreto legislativo 13 marzo 2013, n. 33, e alla legge 7 agosto 1990, n. 241, documenti, anche istruttori, e informazioni di cui essi abbiano la disponibilità.

È fatto divieto di utilizzare account istituzionali per fini diversi da quelli connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili nel caso in cui l'utilizzo possa compromettere la sicurezza o la reputazione dell'amministrazione. Non è consentito l'utilizzo di caselle di posta elettronica personali per le comunicazioni istituzionali salvo casi di forza maggiore.

I dipendenti sono responsabile del contenuto dei messaggi inviati. I dipendenti si uniformano alle modalità di firma dei messaggi di posta elettronica di servizio individuate dall'amministrazione di

appartenenza. Ciascun messaggio in uscita deve consentire l'identificazione del dipendente mittente e deve indicare un recapito istituzionale al quale il medesimo è reperibile.

Ai dipendenti è consentito l'utilizzo degli strumenti informatici forniti dall'amministrazione per poter assolvere alle incombenze personali senza doversi allontanare dalla sede di servizio, purché l'attività sia contenuta in tempi ristretti e senza alcun pregiudizio per i compiti istituzionali. In ogni caso, è fatto divieto di utilizzare strumenti informatici forniti dall'amministrazione per fini diversi da quelli connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili nel caso in cui l'utilizzo possa compromettere la sicurezza o la reputazione dell'amministrazione.

L'ASL Roma 4 si attende dai dipendenti che riflettano i valori propri dell'Azienda quando postano in un social un contenuto attinente alle strategie aziendali ed in particolare si auspica che:

- evitino, in qualunque strumento web utilizzato, un comportamento di scherno o discriminatorio sia verso gli altri Dipendenti dell'Azienda sia verso soggetti terzi.
- evitino di screditare sul web i servizi e le cure che i pazienti ed i cittadini ricevono: la violazione è ancora più grave quando i pazienti ed i cittadini hanno accesso ai post del social media utilizzato.

I dipendenti che postano contenuti attinenti all'attività aziendale sono personalmente responsabile di ciò che inserisce sul social utilizzato.

Corretto utilizzo delle risorse Web

I dipendenti hanno l'obbligo di rispettare le prescrizioni della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, conformando il proprio comportamento alle istruzioni ricevute in ambito aziendale nonché ad ogni ulteriore disposizione impartita dal Titolare del trattamento e dal Responsabile della Protezione dei Dati (RPD).

Il Titolare del trattamento è ASL ROMA 4, con sede legale in via Terme di Traiano n. 39/a, 00053 Civitavecchia (Roma), in persona del Direttore Generale pro tempore.

L'attuale Data Protection Officer (i.e. Responsabile della Protezione dei Dati personali) è Scudo Privacy S.r.l., C. F. / P. IVA 14769431009, con sede legale in Via di Valle Lupara, 10, 00148 Roma (RM), con referente Dott. Carlo Villanacci, raggiungibile tramite i seguenti contatti: tel.: +39 06/3221675, e-mail: segreteria@scudoprivacysrl.com, PEC: scudoprivacy@legalmail.it

La ASL Roma 4 si è dotata di un regolamento di Privacy Policy consultabile sul sito aziendale al seguente link <https://www.aslroma4.it/privacy-policy>.

È fatto divieto di utilizzare i dati personali acquisiti nell'ambito dei compiti d'ufficio al di fuori dell'attività istituzionale, con particolare riferimento alla loro diffusione e alla comunicazione a soggetti non legittimati. Tale comportamento, oltre a integrare il reato di trattamento illecito di dati, costituisce illecito disciplinare.

Fatta salva l'attività di ripresa foto-video di persone fisiche in ambito aziendale per finalità istituzionali (videosorveglianza a protezione di persone e/o del patrimonio aziendale, videomonitoraggio pazienti ricoverati, documentazione sanitaria collegata al percorso di cura ecc.) è fatto divieto di riprendere con strumenti/apparecchiature personali (inclusi smartphone) immagini foto-video dei pazienti e loro familiari per qualsivoglia finalità.

È fatto divieto di effettuare, alla cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda, operazioni di trattamento dei dati personali di cui sia venuto in possesso o a conoscenza in costanza del rapporto e, in particolare, di conservarli, duplicarli, comunicarli o cederli ad altri. Il divieto vale altresì per l'accesso ad applicativi e portali aziendali con account acquisiti precedentemente e non più corrispondenti all'attuale mansione/collocazione.

Rispetto della persona e divieto di discriminazioni

I dipendenti impostano la propria condotta sul luogo di lavoro al rispetto della personalità, della dignità e dell'integrità fisica e psichica degli altri dipendenti e degli utenti.

I dipendenti hanno l'obbligo di astenersi da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sugli altri dipendenti o che comportino, nei confronti di questi ultimi, discriminazioni basate su genere, nazionalità, origine etnica, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute o di fragilità, età e orientamento sessuale.

I dipendenti si astengono da ogni forma di condotta inopportuna che si realizzi attraverso comportamenti, parole, scritti, gesti e atti intenzionali che ledono la personalità, la dignità o l'integrità fisica o psichica di una persona.

Disposizioni particolari in materia di relazioni interne ed esterne

Nell'ambito del rispetto dei principi generali fissati dagli articoli precedenti del presente Codice, è vietato ai dipendenti:

- a) porre in essere azioni e comportamenti, anche al di fuori dell'orario lavorativo, che possano pregiudicare gli interessi dell'amministrazione o nuocere alla sua immagine;
- b) accettare e/o proporre lo scambio di agevolazioni riguardanti pratiche di ufficio con altri soggetti;
- c) interloquire con superiori gerarchici e colleghi allo scopo di influenzare la gestione non corretta di pratiche dell'ufficio, facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione;
- d) anticipare i contenuti e/o diffondere gli esiti dei procedimenti di gara, di concorso, o comunque di selezione pubblica prima che siano conclusi e ne sia stata data pubblicizzazione;
- e) diffondere informazioni e/o commenti, anche attraverso il web e i social network, volutamente atti a ledere l'immagine o l'onorabilità di colleghi, superiori gerarchici o dell'amministrazione di appartenenza.

I dipendenti, inoltre, hanno l'obbligo di:

- a) riportare nelle comunicazioni tutti gli elementi idonei all'individuazione del responsabile dell'attività amministrativa cui le comunicazioni afferiscono;
- b) di comunicare l'iscrizione nel registro degli indagati;
- c) rispettare l'orario di lavoro e alla corretta rilevazione della presenza in servizio, in conformità alla legge, ai contratti di lavoro ai Regolamenti aziendali in materia;
- d) rispettare gli obblighi in materia di sicurezza sul lavoro, con particolare attenzione al rispetto delle norme sul corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI);
- e) conoscere i sistemi aziendali per la gestione dei rischi contenuti nel Documento di Valutazione dei Rischi e di adeguare ad essi il proprio comportamento;
- f) rispettare la disciplina dei rapporti con gli organi di informazione e di stampa;
- g) adeguarsi con tempestività e flessibilità ai cambiamenti determinati nell'organizzazione dal progresso scientifico e tecnologico nonché da quelli derivanti da processi di riorganizzazione
- h) osservare le disposizioni aziendali in materia di raccolta differenziata dei rifiuti, di divieto di fumo e di partecipazione a momenti conviviali o celebrativi che non siano stati espressamente autorizzati dal dirigente o dal responsabile del servizio;
- i) rispettare le norme che disciplinano i comportamenti individuali nello svolgimento delle attività di sperimentazione e ricerca;
- j) rispettare la disciplina per regolamentare l'accesso all'interno della struttura sanitaria degli informatori scientifici e dei soggetti che, per conto delle aziende produttrici/distributrici, propongono la vendita o illustrano l'utilizzo di farmaci e/o dispositivi medici. La Direzione Sanitaria Ospedaliera, i Distretti e i Dipartimenti individuano misure di trasparenza volte a tracciare i contatti tra i professionisti e i soggetti incaricati dalle suddette aziende quali, a titolo esemplificativo, l'istituzione di registri che attestino l'accesso di informatori o degli altri soggetti sopra citati all'interno dell'Azienda, interlocutore e la motivazione e il divieto di ricevere i soggetti in questione al di fuori di una fascia oraria predeterminata.
- k) rispettare la disciplina aziendale relativa a sperimentazioni e sponsorizzazioni con specifico riferimento alle procedure previste nei relativi regolamenti, opportunamente integrati con le indicazioni contenute nelle Determinazioni dell'ANAC n.12/2015 e n.831/2016 e s.m.i;
- l) fornire al pubblico i chiarimenti dovuti, curando la chiarezza espositiva e l'intelligibilità dei contenuti.

Rapporti con il pubblico

I dipendenti nei rapporti con gli utenti, con i pazienti e con i loro familiari, tengono un comportamento improntato alla massima educazione, cortesia, rispetto e disponibilità.

I dipendenti nei rapporti con il pubblico si fanno riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del badge od altro supporto identificativo messo a disposizione dall'amministrazione, salvo diverse disposizioni di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti, operano con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, operano nella maniera più completa e accurata possibile e, in ogni caso, orientando il proprio comportamento alla soddisfazione dell'utente. Qualora non siano competenti per posizione rivestita o per materia, indirizzano l'interessato al funzionario o ufficio competente della medesima amministrazione. I dipendenti, fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, forniscono le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità od il coordinamento.

Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche i dipendenti rispettano, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'amministrazione, l'ordine cronologico e non rifiutano prestazioni a cui siano tenuti con motivazioni generiche. I dipendenti rispettano gli appuntamenti con i cittadini e rispondono senza ritardo ai loro reclami.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda rappresenta il Servizio incaricato della gestione delle informazioni e dei reclami/segnalazioni presentati dai cittadini utenti.

L'URP riceve personalmente il pubblico con apertura diretta degli uffici o su appuntamento negli orari ed ai numeri dedicati pubblicati nella home page del sito aziendale. L'URP dispone, inoltre, di una casella di posta elettronica indicata nella home page del sito aziendale. Alle richieste di informazioni degli utenti che pervengono tramite tale strumento, l'URP risponde tempestivamente attraverso la casella di posta elettronica.

Gli operatori dell'URP e coloro i quali all'interno delle diverse Strutture aziendali svolgono attività di front office (Portineria, Ufficio Protocollo, Sportelli Accettazione e Refertazione, Sportelli CUP aziendali etc) sono tenuti in modo più specifico, al rispetto delle regole basilari di cortesia e gentilezza al fine di garantire un'adequata accoglienza ed una corretta informazione dell'utenza.

Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, i dipendenti si astengono da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda e da commenti inappropriati e non veritieri su aspetti organizzativi di carattere interno.

I rapporti tra l'Azienda e gli organi di informazione spettano alle funzioni aziendali ed alle responsabilità a ciò delegate; sono intrattenuti nel rispetto della politica di comunicazione definita dall'Azienda. I dipendenti, pertanto, non possono fornire informazioni ai rappresentanti degli organi di informazione senza l'autorizzazione delle funzioni competenti. In ogni caso, le informazioni e le comunicazioni destinate all'esterno devono essere accurate, veritiere, complete, trasparenti e

osservanti delle norme in materia di tutela della riservatezza dei dati personali, con particolare riferimento a situazioni che coinvolgono minori di età.

È obbligo dei dirigenti, con riferimento agli ambiti di rispettiva competenza, segnalare al Responsabile dell'Ufficio Comunicazione articoli di stampa o comunicazioni sui media che appaiono denigratori dell'organizzazione o dell'azione dell'Azienda, affinché sia diffusa tempestivamente una risposta con le adeguate precisazioni o chiarimenti.

La partecipazione dei dipendenti, in nome dell'Azienda o in rappresentanza della stessa, ad eventi, comitati, convegni, associazioni, deve essere regolarmente autorizzata, nel rispetto delle procedure interne.

I dipendenti non orientano l'utenza verso strutture private o libero professionisti laddove le prestazioni di interesse siano erogabili nell'ambito di strutture pubbliche. I dipendenti che si trovino ad operare in contesti ove gli utenti chiedano informazioni su attività non rientranti fra quelle istituzionali ed erogate da soggetti privati, può fornire le informazioni stesse assicurando parità di trattamento.

I dipendenti non assumono impegni né anticipano l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti. Forniscono informazioni e notizie relative ad atti oppure operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso, informando sempre gli interessati della possibilità di avvalersi anche dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico. Rilasciano copie ed estratti di atti o documenti secondo la sua competenza, con le modalità stabilite dalle norme in materia di accesso e dai regolamenti aziendali.

I dipendenti operano nella maniera più completa e accurata possibile e, in ogni caso, orientando il proprio comportamento alla soddisfazione dell'utente.

I dipendenti osservano il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto oralmente di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o dalle disposizioni in materia di dati personali, informano il richiedente dei motivi che ostano all'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata al competente ufficio dell'Azienda.

Rispetto dell'ambiente

I dipendenti conformano la propria condotta sul luogo di lavoro al rispetto dell'ambiente e per contribuire agli obiettivi di riduzione del consumo energetico, della risorsa idrica e più in generale dei

materiali e delle risorse fornite dall'amministrazione per l'assolvimento dei propri compiti, nonché per la riduzione dei rifiuti e per il loro riciclo.

I dipendenti utilizzano gli arredi, il materiale, le attrezzature, gli strumenti tecnologici e, più in generale, qualsiasi risorsa messa a disposizione dall'amministrazione con scrupolo, cura e diligenza.

Disposizioni particolari per i Dirigenti

Ferma restando l'applicazione delle altre disposizioni del Codice, le norme del presente articolo si applicano ai dirigenti, ivi compresi i titolari di incarico dirigenziale ai sensi dell'art. 15–septies del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii, nonché al personale del Comparto titolare di incarichi di posizione organizzativa e di Coordinamento per quanto di pertinenza.

I dirigenti svolgono con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base a quanto stabilito nell'atto di conferimento dell'incarico, perseguono gli obiettivi assegnati e adottano un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico.

I dirigenti, prima di assumere le proprie funzioni, comunicano all'Azienda le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porli in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolgono e dichiarano se hanno parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

I dirigenti rispettano in prima persona e vigilano sul rispetto delle regole in materia di incompatibilità, incarichi di lavoro e cumulo di incarichi da parte dei soggetti operanti presso le strutture di cui sono responsabili e tengono conto degli esiti della vigilanza ai fini del rilascio di eventuali autorizzazioni e dei possibili conflitti di interessi.

I dirigenti assumono atteggiamenti leali e trasparenti e adottano un comportamento esemplare e imparziale in termini di integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i destinatari dell'attività aziendale. I dirigenti curano, altresì, che le risorse assegnate al proprio ufficio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.

I dirigenti curano la crescita professionale dei collaboratori, favorendo le occasioni di formazione e promuovendo opportunità di sviluppo interne ed esterne alla struttura di cui sono responsabili.

I dirigenti curano, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui sono preposti, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assumono iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali. I dirigenti assegnano l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a loro disposizione e affidano gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.

I dirigenti contribuiscono ad adottare le misure necessarie per proteggere l'integrità fisica e psicologica delle persone, impegnandosi a mantenere ambienti e climi di lavoro sicuri e salubri in conformità alla normativa vigente nazionale e internazionale.

I dirigenti favoriscono, intervenendo anche nella programmazione annuale, sulla base della regolamentazione aziendale in materia di formazione, la formazione continua in tema di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità.

I dirigenti assegnano l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione. I dirigenti affidano gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.

I dirigenti coinvolgono i propri collaboratori sugli obiettivi di budget, informare tempestivamente sul relativo stato di avanzamento della loro realizzazione durante il corso dell'anno.

I dirigenti svolgono la valutazione del personale assegnato alla struttura cui sono preposti con imparzialità e rispettando le indicazioni ed i tempi prescritti misurando il raggiungimento dei risultati ed il comportamento organizzativo.

I dirigenti che vengano a conoscenza di un illecito commesso dal personale di afferenza, intraprendono con tempestività le iniziative necessarie segnalando i fatti al Direttore di Dipartimento/Distretto competente in ordine all'esercizio dell'azione disciplinare, all'eventuale denuncia all'autorità giudiziaria penale ed alle comunicazioni all'UPD per le eventuali azioni consequenziali.

Nel caso in cui il Dirigente riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rilevata la sua identità nel procedimento disciplinare, ai sensi dell'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001.

I dirigenti, nei limiti delle loro possibilità, evitano che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi, favoriscono la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Azienda e promuovono la conoscenza e la massima diffusione del presente codice all'interno della U.O., attivando tempestivamente il procedimento disciplinare nel caso di sue violazioni.

I dirigenti curano la crescita professionale dei collaboratori, favorendo le occasioni di Formazione e promuovendo opportunità di sviluppo interne ed esterne alla struttura di cui è responsabile.

I dirigenti vigilano sulla corretta impostazione delle apparecchiature aziendali (climatiche, informatiche ecc.) in dotazione all'interno della U.O. evitando che le stesse vengano tenute in funzione da parte del personale assegnato oltre il tempo strettamente necessario e comunque non oltre l'orario di servizio, con particolare attenzione allo spegnimento nel periodo non lavorativo del fine settimana.

Esercizio dell'attività libero professionale e gestione delle liste d'attesa.

I dirigenti del ruolo sanitario esercitano l'attività libero professionale intramuraria, evitando ogni forma di conflitto di interesse rispetto all'attività istituzionale svolta ed organizzano la propria attività libero professionale secondo tempi e modalità che non pregiudichino in alcun modo l'attività

istituzionale e tenendo ben distinte, nei limiti del possibile, le attività rese nei rispettivi regimi, anche mediante l'utilizzo degli apposti tasti funzione presso gli orologi marcatempo.

È fatto divieto ai Dirigenti, nello svolgimento della propria attività istituzionale assumere comportamenti che possano influenzare il paziente ed orientarlo verso l'attività libero professionale propria o di altri colleghi.

I Dirigenti non svolgono attività libero professionale durante periodi di astensione dal lavoro a vario titolo. I Dirigenti responsabili di struttura vigilano affinché sia rispettata la libera scelta dell'assistito ed il corretto rapporto fra volumi di attività istituzionale e libero professionale.

I Dirigenti che svolgono attività libero professionale prestano la massima collaborazione agli uffici aziendali preposti alle prenotazioni e agli incassi al fine di garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell'attività intramuraria.

Il personale sanitario è tenuto ad assolvere con correttezza e tempestività agli obblighi informativi e di trasmissione dei flussi sulle prestazioni erogate;

È fatto divieto di richiedere o percepire corrispettivi, a qualsiasi titolo, nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali salvo quelli consentiti dalla legge, previsti dal contratto e autorizzati dalla propria azienda.

È fatto divieto di indicare nella documentazione sanitaria, nei limiti e alle condizioni previste dalla normativa vigente in materia, il nome commerciale dei farmaci prescritti e/o consigliati, all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, in sede di dimissione dalla struttura sanitaria e/o a seguito di visita ambulatoriale.

Nei consigli terapeutici di altri prodotti diversi (ad es. prodotti sostitutivi del latte materno e altro) dai farmaci dovranno essere tassativamente rispettati i principi deontologici e di imparzialità.

Le liste di attesa per l'attività istituzionale devono essere gestite con il massimo rigore rispettando l'ordine cronologico di prenotazione ed i criteri di priorità fissati per le urgenze. Il Responsabile della struttura adotta ogni possibile misura per il massimo contenimento dei tempi di attesa relativi alle prestazioni sanitarie, al fine di evitare che la scelta dell'assistito verso l'attività in regime libero professionale sia dettata dall'allungamento di tali tempi e non da una libera scelta rivolta al professionista. Il Responsabile della struttura si adopera altresì affinché la richiesta di prestazioni aggiuntive previste dalla normativa legislativa e contrattuale di riferimento, al personale di afferenza, sia contenuta entro i limiti stabiliti a livello aziendale e avvenga secondo criteri oggettivi e possibilmente a rotazione, privilegiando la volontarietà.

Il personale dirigenziale e del comparto svolgente funzioni assistenziali e di cura è tenuta al rigoroso rispetto delle liste e della riduzione dei tempi d'attesa e delle relative norme di riferimento.

Contratti ed altri atti negoziali

Nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Azienda, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, i dipendenti non ricorrono a mediazione di terzi, né corrispondono o promettono ad alcuna utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la

conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente comma non si applica ai casi in cui l'Azienda abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale.

I dipendenti non concludono, per conto dell'Azienda, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del codice civile (contratti conclusi mediante moduli o formulari). Nel caso in cui l'Azienda concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali il dipendente abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, questi si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività inerenti l'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio.

Il dipendente che conclude accordi o negozi ovvero stipula contratti a titolo privato, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del codice civile, con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'Azienda, ne informa per iscritto il dirigente della struttura di appartenenza. Se nelle situazioni di cui sopra si trova il direttore di Dipartimento/Distretto, questi informa per iscritto il Direttore della UOC Personale.

I dipendenti che ricevono, da persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'amministrazione, rimostranze orali o scritte sull'operato dell'ufficio o su quello dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale.

È inoltre fatto divieto assoluto al dipendente come da linee guida ANAC approvate con deliberazione n. 358 del 29.03.2017:

- di accettare / richiedere eccedenze di forniture conseguenti ad acquisti;
- di accettare / richiedere campioni gratuiti di beni in quantità superiore alla normativa vigente ed alle disposizioni aziendali di riferimento;
- di accettare / richiedere doni anche apparentemente di modico valore, ma percepibili dal ricevente per un valore non irrilevante e/o elargiti con abitudine/ricorrenza;
- di accettare / richiedere comodati d'uso e valutazioni in prova di beni non autorizzati dalla direzione aziendale ed il cui utilizzo non sia teleologicamente compatibile con le funzioni svolte dal soggetto utilizzatore e/o dalla U.O. cui sarebbe destinato il bene;
- di accettare / richiedere benefici economici a qualunque titolo derivanti dalla instaurazione di relazioni extra - ufficio.

Rapporti con Società farmaceutiche

È fatto divieto ai dipendenti di ricevere compensi sotto qualsiasi forma, omaggi ed altre utilità, anche sotto forma di soggiorni collegate ad iniziative di aggiornamento, da Società farmaceutiche, informatori farmaceutici, farmacie o da chiunque produca, venda o promuova farmaci e dispositivi medici od ausili di qualsiasi tipo prescrivibili agli utenti dell'Azienda o da quest'ultima utilizzabili

nell'ambito della propria attività. I rapporti con i predetti soggetti possono intercorrere soltanto secondo le procedure aziendali all'uopo definite.

Il personale Medico che opera per l'Azienda è tenuto a prescrivere i farmaci secondo le migliori scelte di terapia farmacologica (**basate su evidenze scientifiche, sicurezza di uso e sostenibilità economica**) per la cura delle persone nelle strutture dell'Azienda (in ricovero e nei percorsi di continuità assistenziale) sulla base dei prontuari del farmaco regionali e nel rispetto di quanto previsto dai regolamenti e dalle procedure operative stabilite a livello aziendale. Parimenti, il personale Medico e Sanitario prescrive dispositivi ed ausili secondo le procedure stabilite a livello aziendale e sulla base degli elenchi messi a disposizione dall'Azienda. E' fatto divieto al personale di promuovere presso gli utenti l'acquisto o comunque l'acquisizione di ausili o dispositivi da Società esterne al di fuori di quanto previsto dalle procedure aziendali. E' fatto altresì divieto di ricevere direttamente dagli utenti somme di denaro a qualsiasi titolo se non attraverso gli uffici appositamente dedicati.

Vigilanza, monitoraggio e attività formative

I Dirigenti responsabili di ciascuna struttura, nonché i titolari di incarichi di Posizione, di Funzione organizzativa, di Funzione Professionale, e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari vigilano sull'osservanza del presente Codice, oltre che di quello generale, da parte del personale di afferenza.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari, oltre alle funzioni disciplinari di cui all'articolo 55-bis e seguenti del D.Lgs. n. 165/2001, provvede all'aggiornamento del presente codice in raccordo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione cura, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del D.Lgs. 165/2001 il monitoraggio annuale sull'applicazione del presente Codice che integra le disposizioni contenute nel Codice generale dei dipendenti pubblici approvato con il D.P.R. n. 62/2013, come aggiornato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 e la comunicazione all'A.N.A.C., di cui all'articolo 1, comma 2, della Legge 190/2012, dei risultati del monitoraggio.

Ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di Comportamento, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari può chiedere all'Autorità nazionale anticorruzione parere facoltativo secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 2, lettera d), della legge n. 190 del 2012.

Al personale dell'Azienda sono rivolte attività formative in materia di Codice di Comportamento, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del Codice di Comportamento, di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti sulla base delle indicazioni regionali in materia.

L'Azienda attraverso l'O.I.V.(Organismo Indipendente di Valutazione) assicura il coordinamento tra i contenuti del presente Codice e il sistema di misurazione e valutazione della performance nel senso della rilevanza del rispetto del Codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dai Dipendenti o dalla struttura

Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del Codice

Il rispetto delle norme del presente Codice deve considerarsi parte essenziale delle obbligazioni contrattuali del personale dipendente ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2104 del Codice Civile.

La violazione degli obblighi previsti dal presente Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio ed è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento ed all'entità del pregiudizio, anche morale, derivante al decoro o al prestigio dell'Azienda. Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla Legge, dal Codice generale, dai regolamenti e dai contratti collettivi delle Aree Dirigenziali e del Comparto, incluse quelle espulsive.

Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso nei casi previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi.

Dell'accertamento delle responsabilità disciplinari conseguenti alla violazione del Codice si tiene conto nell'ambito delle valutazioni sulle prestazioni dei dipendenti anche ai fini delle progressioni economiche e della retribuzione incentivante e di risultato sulla base dell'atto aziendale in materia. Nel caso di violazioni poste in essere da titolari di incarichi e contratti di cui all'art.2, l'Azienda può disporre la risoluzione del contratto o la decadenza dal rapporto secondo quanto previsto nei rispettivi atti. La violazione delle norme di cui al presente codice oltre ad assurgere a responsabilità disciplinare costituiscono, in presenza dei coefficienti di gravità della/delle violazioni, illecito contrattuale civile cui l'ASL Ogliastro sarà legittimata ad esperire tutte le azioni contrattuali previste dal Codice Civile, ivi compresa quella tendente ad ottenere il risarcimento dei danni contrattuali.

Disposizioni finali e integrative

La ASL Roma 4 dà la più ampia diffusione al presente Codice pubblicandolo sul proprio sito internet istituzionale e nella rete intranet.

Gli uffici preposti al reclutamento del personale, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, consegnano copia del codice di comportamento conseguendo attestazione di avvenuta consegna. **Il codice si intende letto e conosciuto con la pubblicazione sul sito aziendale.**

L'adozione del codice di comportamento aziendale e delle sue eventuali successive modifiche è disposta con deliberazione del Direttore Generale, procedura aperta alla partecipazione dei soggetti portatori d'interesse e acquisizione del parere obbligatorio dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Per quanto non espressamente previsto dal presente Codice si applicano in via

diretta le disposizioni ed i principi contenuti linee guida ANAC approvate con delibera dell'Autorità n. 358 del 29.03.2017. Il presente Codice sarà oggetto di aggiornamento/integrazione/modifica ove necessario in relazione agli esiti delle attività di controllo e di formazione ed in concomitanza dell'entrata in vigore di nuove disposizioni normative e regolamentari.

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, disciplina il regime delle inconferibilità e delle incompatibilità rispetto agli incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni, quindi agli 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:

- 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;
- 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;
- 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 preconstituzione 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 del Direttore Generale e la ASL provvede a pubblicarle nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

In analogia, la UOC Personale provvede ad acquisire da tutti i dipendenti, le medesime dichiarazioni all'atto del conferimento dell'incarico ed annualmente. Al dipendente spetta, invece, il rispetto dell'obbligo di comunicare tempestivamente al datore di lavoro, per il tramite della UOC Personale, l'insorgenza di una causa di incompatibilità e inconfiribilità.

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 inconfiribilità 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;
- nel caso in cui venga a conoscenza di casi di possibile violazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 39/2013 (ad es., attraverso segnalazioni interne/esterne):
 - con l'ausilio dell'UPD, avvio del procedimento di accertamento interno sulle ipotesi di violazione: a) di tipo oggettivo, relativo alla violazione delle disposizioni sulle inconfiribilità/ incompatibilità; b) di tipo soggettivo (esclusivamente per le violazioni delle disposizioni concernenti le inconfiribilità), volto a valutare l'elemento psicologico di cd colpevolezza in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'eventuale applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art. 18 del decreto precedentemente richiamata
 - ad esito dell'accertamento, contestazione della situazione di inconfiribilità o incompatibilità (nullità dell'incarico nel primo caso, decadenza e risoluzione del contratto nel secondo) ed avvio del procedimento sanzionatorio in capo agli autori della nomina dichiarata nulla e segnalazione all'ANAC, ad AGCM ed alla Corte dei Conti per l'accertamento delle eventuali responsabilità.

Attività ed incarichi extra-istituzionali

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 dall'apposito regolamento approvato con Regolamento in materia di "disciplina degli incarichi esterni prestati dal personale dipendente" (deliberazione n. 741 del 28/07/2014)

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 ed il PNA propongono come contromisura principale la rotazione degli incarichi.

Per la ASL ROMA 4 si è valutata preliminarmente tale misura come di difficile attuazione in quanto incompatibile con le caratteristiche aziendali per le seguenti ragioni:

- atavica carenza generale di personale;
- il personale medico e – più in generale il personale dirigente del ruolo sanitario deve essere assegnato alle strutture necessariamente in funzione della propria disciplina di specializzazione e quindi non possono ipotizzarsi soluzioni di mobilità orizzontale;
- per il personale tecnico ed amministrativo, ambito in cui teoricamente la rotazione è perseguibile, potrebbero configurarsi problematiche gestionali (ad es., rallentamenti, sospensioni di attività, irregolarità di atti...) a causa della specializzazione che il personale ha attualmente raggiunto, soprattutto per l'effettiva impossibilità di acquisire nuove risorse umane in funzione dei vincoli esistenti ed in mancanza di risorse economiche da destinare a percorsi "massivi" di riqualificazione delle competenze;
- tutte le misure generali riguardanti la rotazione devono essere sottoposte a confronto sindacale i cui esiti non sono prevedibili.

Nelle more di possibili ulteriori indicazioni che potranno essere emanate anche all'esito del riassetto organizzativo derivante dall'adozione del nuovo Atto aziendale, si specifica comunque che:

- per quanto riguarda gli incarichi dirigenziali, negli ultimi anni i numerosi cambiamenti dovuti alla riorganizzazione aziendale sulla base delle indicazioni regionali ed alla fuoriuscita di dirigenti hanno comunque comportato una fisiologica sostituzione degli apicali, mediante procedure di mobilità interna, l'attribuzione di incarichi ad interim ovvero la riassegnazione di linee di attività e competenze del personale che cessa dal servizio. Anche in funzione delle considerazioni precedentemente effettuate,

in questo ambito, la rotazione potrà avvenire solo al termine dell'incarico ovvero in occasione di processi riorganizzativi aziendali.

- il principio della rotazione è attuabile - compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture - almeno con riferimento all'alternanza di figure maggiormente fungibili, quali: le posizioni organizzative, gli incarichi di responsabili del procedimento, i responsabili dell'esecuzione dei contratti, i componenti delle commissioni di gara e di concorsi.

Nell'ambito dell'autonomia direzionale connessa alle funzioni di gestione del personale assegnato, ai singoli dirigenti apicali è comunque fatto obbligo, per effetto del presente Piano, di individuare ed implementare, ove ancora non adottate:

- disposizioni per la rotazione del personale, con provvedimento motivato, in ogni caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva;

- azioni che permettano la flessibilità ed interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale assegnato per lungo tempo ad una stessa funzione (procedimento o bacino di utenti), da contemperare con i principi di continuità dell'azione amministrativa o dei servizi clinico-assistenziali e di valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti in specifici ambiti e settori di attività (ferma quindi restando la possibilità di individuare specifiche professionalità infungibili nella propria area di competenza da motivare espressamente);

- in alternativa o congiuntamente, procedure e misure di controllo "compensativo" (quali ad es., l'affidamento di pratiche "sensibili" a duplice controllo di due collaboratori, la segregazione delle responsabilità operative e di controllo, il rafforzamento dei controlli sulle ipotesi di conflitto o comunanza d'interessi, etc.).

Dell'adozione di tali misure e degli esiti delle stesse i dirigenti apicali dovranno riferire al RPCT ove richiesto.

Nel corso del triennio di riferimento del presente Piano verranno programmate, in maniera graduale e sostenibile, misure organizzative alternative di prevenzione. Tale attività potrà servirsi della mappatura dei processi, per selezionare i settori ritenuti a più alto rischio corruttivo e programmare, in collaborazione con i dirigenti apicali, misure alternative di contenimento

Per quanto riguarda la rotazione straordinaria del personale, l'istituto è espressamente disciplinato nelle "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d. lgs. N. 165 del 2001" (delibera ANAC n. 215/2019), che si intendono integralmente richiamate.

Monitoraggio dei termini per la conclusione dei procedimenti

I Dirigenti apicali delle articolazioni aziendali individuano i termini per la conclusione dei procedimenti amministrativi di propria competenza e provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto.

Su tale misura i dirigenti apicali dovranno riferire al RPCT ove richiesto.

Formazione

Come richiesto dalla normativa vigente, sono state individuate le esigenze formative del personale identificando i soggetti maggiormente esposti ai rischi legati ai reati rilevanti.

Nel corso degli anni sono stati previsti ed erogati una serie di interventi formativi.

Per l'attuale situazione sanitaria si è resa obbligatoria la somministrazione delle numerose ed articolate sessioni formative in modalità FAD. La formazione ha riscosso un elevato livello di gradimento e di partecipazione da parte del personale sia sanitario che amministrativo.

Anche nel corso della corrente annualità verrà realizzata una prima sessione di formazione di livello generale, indirizzata a tutto il personale aziendale, ed una successiva sessione più tecnica e di approfondimento, rivolta ai Dirigenti apicali.

All'interno di una strategia globale di prevenzione della corruzione, particolare attenzione viene riservata alla formazione del personale in tale ambito.

Scopo della formazione è assicurare che tutto il personale comprenda:

- i rischi corruttivi a cui il personale e la ASL sono esposti;
- la politica di prevenzione della corruzione adottata dalla ASL;
- gli aspetti del sistema di gestione e prevenzione della corruzione pertinenti al proprio ruolo;
- qualunque azione preventiva e di segnalazione necessaria a far emergere un rischio corruttivo o di sospetta corruzione.

Si prevede, pertanto, la programmazione di adeguati percorsi di formazione strutturati sia a livello generale, rivolti a tutti i dipendenti, e miranti all'aggiornamento sulle tematiche e sulle competenze dell'etica e della legalità, sia a livello specifico, coinvolgendo il Responsabile della prevenzione della corruzione, i dirigenti e i responsabili dei procedimenti ad elevato rischio di corruzione.

Relativamente alla formazione di livello specifico, ai fini dell'approfondimento del processo di gestione del rischio, sono stati svolti diversi incontri di training on the job che hanno coinvolto, oltre al RPCT, i

responsabili e referenti dei processi ad elevato rischio di corruzione, in modo tale da acquisire le competenze necessarie all'applicazione del metodo di risk management ed elaborare le mappature di rischio.

Tali incontri formativi sono stati svolti a distanza, tramite videoconferenze con società esterna e hanno interessato una parte del personale, per un totale di 10 ore circa di formazione da remoto.

Nel corso del prossimo triennio, considerati gli ottimi risultati ottenuti attraverso questo tipo di formazione, saranno organizzati ulteriori incontri formativi, in modo da estendere la formazione specifica anche agli altri responsabili e referenti di processi a rischio corruttivo.

Relativamente, invece, alla formazione di livello generale sui temi dell'etica e della legalità che dovrà coinvolgere tutto il personale, si prevede di somministrarla nel corso del prossimo triennio, presumibilmente sempre da remoto ed eventualmente in modalità asincrona, così da permettere a tutto il personale di conciliare l'esigenza formativa con l'esigenza lavorativa.

Dal momento che con delibera 493 del 25 settembre 2024, ANAC ha adottato le Linee Guida sul divieto di *pantouflage*, si prevede che nel corso del triennio di riferimento saranno somministrati specifici percorsi formativi in materia, per i dipendenti in servizio o per i soggetti esterni nel corso dell'espletamento dell'incarico.

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 precostituirsi 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.

In particolare, ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. n. 165 del 2001, la ASL ROMA 4 assicura che:

- La UOC Personale e la UOSD Affari generali e documentali per quanto di competenza:
 - in fase di selezione per assunzioni, conferimento di incarichi e selezione per collaborazioni/consulenze prevedono (ad es., mediante dichiarazione sostitutiva del soggetto) e valutata la causa ostativa relativa al non aver prestato, nel triennio precedente, prestazioni di lavoro dipendente/autonomo presso Pubbliche Amministrazioni che abbiano comportato lo svolgimento di funzioni autoritative nei confronti della ASL;
 - nei contratti di assunzione del personale e nei contratti che conferiscano poteri direttivi inseriscono la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto con la ASL nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dell'apicale.
- La UOC Provveditorato e la UOC Tecnica per quanto di competenza, nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, prevedono la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti della ASL che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti del partecipante per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.
- Sia disposta l'esclusione dalle procedure di assunzione, nomina, affidamento di consulenza o appalto nei confronti dei soggetti per i quali siano emerse situazioni di cui ai punti precedenti.
- Si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa (ad es. a seguito di segnalazioni interne/esterne) la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, d.lgs. n. 165 del 2001.

Su tale misura i dirigenti apicali precedentemente identificati dovranno riferire al RPCT ove richiesto. Come previsto dal PNA 2022, per il 2025 si prevedono queste ulteriori misure:

- in caso di incarico di consulenza e di rapporto di lavoro a tempo determinato, dovrà essere rilasciata una dichiarazione da rendere all’inizio dell’incarico, con cui l’interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
- il RPCT fornirà, ove richiesto, specifica consulenza o supporto agli ex dipendenti che prima di assumere un nuovo incarico vorranno valutare l’eventuale violazione del divieto;
- saranno somministrati specifici percorsi formativi in materia di pantouflage per i dipendenti in servizio o per i soggetti esterni nel corso dell’espletamento dell’incarico (anche in considerazione del fatto che l’ANAC ha approvato apposite Linee guida sull’argomento).

Inoltre, in occasione dell’aggiornamento del Codice di Comportamento, sarà inserito al suo interno il dovere per il dipendente di sottoscrivere, entro tre anni prima della cessazione dal servizio, previa comunicazione via PEC da parte della ASL, una dichiarazione con cui il dipendente prende atto della disciplina del *pantouflage* e si assume l’impegno di rispettare il divieto di *pantouflage*. Ciò anche allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Tutela del dipendente che segnala condotte illecite (whistleblower)

L’ASL Roma 4 ha adottato un sistema interamente *web based*, utilizzabile da qualsiasi device, anche mobile, per la gestione delle segnalazioni in conformità alle disposizioni del D.Lgs. 24/2023 ed aggiornato alle linee guida ANAC emanate con delibera 311/2023.

La soluzione consente non solo la gestione della fase di presentazione delle segnalazioni, ma anche il successivo procedimento di gestione. In ciò differenziandosi dalle altre soluzioni attualmente disponibili. Viene assicurato, così, il massimo grado di riservatezza sia dei dati del segnalante, sia dei dati dei soggetti segnalati, sia dei dati della stessa segnalazione, dal momento della presentazione al momento della definitiva chiusura, non essendo necessario in nessuna fase procedere a stampe, invii via email, ecc.

Ogni accesso alla segnalazione è tracciato (sia quelli dello stesso RPCT, sia quelli dei soggetti interni eventualmente interessati da questi) e il RPCT potrà sempre visualizzare l’elenco di tutti gli accessi.

Il RPCT è l’unico soggetto abilitato, su sua specifica richiesta, sempre tracciata dal sistema, all’accesso ai dati del segnalante.

La soluzione consente al RPCT di “dialogare” con il segnalante “mediante la soluzione”, quindi senza conoscerne l’identità.

Il segnalante può verificare lo stato di avanzamento del procedimento.

Alla soluzione si può accedere da qualsiasi dispositivo fisso o mobile e da qualsiasi luogo, non essendo necessaria nessuna installazione.

Di seguito le funzionalità implementate:

Fase di avvio

1. dichiarazione al sistema dei dati di contatto, oltre che del RPCT, dei soggetti che potrebbero, se attivati dal RPCT, accedere alle segnalazioni in fase di gestione
2. accesso degli utenti tramite SPID o, in alternativa, tramite registrazione che avviene da web, accertandosi dell'identità del segnalante attraverso autenticazione OTP (One Time Password).

Fase di presentazione

- l'utente può, quindi, accedendo al sistema sempre in ambiente web, completare il modello di segnalazione reso disponibile
- completata la compilazione si otterrà **conferma dell'identità** del segnalante al momento dell'**invio** della segnalazione (via OTP)
- immediato **disaccoppiamento** dei dati del segnalante da quelli della segnalazione; tutti i dati vengono mantenuti crittografati e conservati su server distinti
- **invio di notifica** di avvenuto deposito della segnalazione al RPCT (sms/email).

Fase di gestione

- il RPCT avrà accesso immediato SOLO ai dati della segnalazione, in chiaro ed in forma "volatile" (cioè a chiusura della sessione non è più disponibile la segnalazione in chiaro) e potrà:

- **chiedere integrazioni** e "dialogare" con il segnalante senza conoscerne l'identità. E', infatti, il sistema a "recapitare" le richieste al segnalante, ed a procedere all'inoltro al RPCT degli eventuali riscontri ottenuti;
- **decidere l'archiviazione** (che viene notificata al segnalante)
- **inviare, per l'eventuale avvio dei rispettivi procedimenti**, la segnalazione: agli Uffici interni individuati e/o alle Procure di Corte dei Conti e/o Tribunale.

L'invio ai **soggetti interni**, pre-dichiarati al sistema, viene notificata via email e saranno tracciati tutti gli accessi alla segnalazione con immediato report al RPCT. Il sistema consente ai soggetti interni di dichiarare lo stato del procedimento avviato, allegando atti e documenti utili.

L'invio ai **soggetti esterni** avverrà con le modalità e le cautele di riservatezza previsti dalla norma.

Come previsto dalla normativa vigente, oltre al sistema sopra descritto, che è quello che più di tutti consente di garantire le tutele per il segnalante, è prevista anche la possibilità di inviare una segnalazione telefonicamente oppure tramite incontro di persona con il RPCT.

Tutte le informazioni relative ai diversi canali di segnalazione messi a disposizione, sono reperibili sul sito, nell'apposita sezione dedicata al Whistleblowing.

Misure di prevenzione in merito alle procedure con fondi PNRR

In linea con quanto disposto dal PNA 2022 con riferimento alle procedure di gara, poiché la principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e da tutti i soggetti esterni coinvolti, nonché dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'amministrazione, si ritiene necessaria una maggiore attenzione.

In particolare, per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi PNRR, in un'ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, forniranno un aggiornamento della dichiarazione di assenza conflitti di interesse con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento. Difatti, l'art. 42, co. 3, del Codice dei contratti pubblici prevede un obbligo di comunicazione alla stazione appaltante e di astensione dal partecipare alla specifica procedura di aggiudicazione di appalti e concessioni. Nel caso in cui emergano successivamente, nel corso delle varie fasi dell'affidamento, ipotesi di conflitto di interessi non dichiarate, occorre integrare detta dichiarazione.

I dipendenti rendono la dichiarazione riferita alla singola procedura di gara al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP.

In merito ai fondi PNRR, considerando che si tratta di attività enormemente esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, al fine di arginare eventuali rischi di infiltrazione criminale, si rende necessario porre grande attenzione alla trasparenza dei dati relativi al titolare effettivo dei soggetti partecipanti alle gare per l'affidamento dei contratti pubblici, in modo da garantire la riconducibilità di un'operazione alla persona fisica che, di fatto, ne trae vantaggio, così da evitare che altri soggetti siano utilizzati come schermo per occultare il reale beneficiario e realizzare finalità illecite. Per tale motivo si prevede, a partire dall'entrata in vigore di questo PIAO, di richiedere ai partecipanti delle gare di rilasciare apposita dichiarazione circa il titolare effettivo. Il RPCT, poi, svolgerà semestralmente, con l'ausilio dei Dirigenti di Settore responsabili dei procedimenti o della stipula del contratto, dei controlli a campione per verificare che le dichiarazioni siano state rese.

2.3.6. Trasparenza ed accesso civico

La trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, in quanto strumentale sia alla promozione dell'integrità ed allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica che a garantire la "tracciabilità" delle informazioni e delle decisioni soprattutto con riferimento agli ambiti di rischio specifici del SSN, indicati nel PNA.

Sulla specifica materia è intervenuto in ultimo il d.lgs. 97/2016 che ha introdotto modifiche ed

integrazioni sia al d.lgs. 33/2013 sia alla l. 190/2012. ANAC, inoltre, con le "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni di cui alla deliberazione 1310 del 28/12/2016, ha chiarito che la sezione del PPCT dedicata alla trasparenza deve essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno dell'ente, l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Tutta la sezione "Amministrazione Trasparente" è alimentata tramite un applicativo informatico fornito dalla società PA33. Il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite.

Il numero totale di visite alla sezione Amministrazione Trasparente per l'anno 2020 è stato pari a 14.108.

All'obbligo di pubblicare documenti, informazioni o dati, previsto dalla normativa, corrisponde il diritto dei cittadini di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Inoltre, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni (c.d. Accesso Civico). L'art. 6 del d.lgs. 97/2016, nel novellare l'art. 5 del d.lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dai soggetti a cui si applica la normativa sulla trasparenza.

In allegato si riporta il quadro riepilogativo degli obblighi di trasparenza applicabili alla ASL, con il dettaglio delle responsabilità assegnate.

Si allega, altresì, una bozza di Regolamento degli accessi.

Ruoli e responsabilità

L'art. 10 del d.lgs. 33/2013 impone l'obbligo di indicare all'interno del **Piano anticorruzione** i soggetti ai quali viene attribuita la responsabilità della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

Tali soggetti sono identificati in relazione a due macro-funzioni:

- responsabile della raccolta: raccolta, elaborazione, controllo qualità e trasmissione dei dati;

- responsabile della pubblicazione: pubblicazione dei dati.

Nell'ambito della griglia che identifica le responsabilità connesse a detti ruoli sono indicate (ove l'adempimento non ricada su una persona fisica determinata) le Strutture detentrici dei dati o documenti oggetto dell'obbligo di pubblicazione; in relazione a ciò, la responsabilità della funzione affidata ricade sul Dirigente apicale ovvero sul referente da questi eventualmente individuato, permanendo in capo al primo comunque un obbligo di verifica e controllo secondo quanto infra definito. Tutti i Direttori di struttura sono in ogni caso, responsabili della corretta implementazione dei dati, informazioni o documenti richiesti per la parte di propria competenza

Il **RPCT**, invece:

- in fase di primo adempimento, ovvero in caso di modifiche normative, supporta le attività di definizione ed interpretazione dei singoli obblighi di pubblicazione;
- svolge stabilmente un'attività di monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- provvede all'aggiornamento del Programma per la trasparenza ove necessario, in funzione non solo di esigenze normative o gestionali ma anche in funzione della definizione degli obiettivi di cui sopra;
- gestisce le richieste di accesso civico semplice ed il riesame delle richieste di accesso civico generalizzato; più in generale monitora la corretta gestione dell'istituto.

Annualmente, o entro i termini previsti dalla normativa in materia, l'OIV provvede alle attestazioni relative agli obblighi di pubblicazione ai sensi della L.190/2012 e del d.lgs. 33/2013, utilizzando, per la verifica sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento e apertura del formato dei documenti, dati ed informazioni, le griglie di rilevazione pubblicate dall'ANAC. Detta attestazione è oggetto di pubblicazione tempestiva sul sito istituzionale ed oggetto di comunicazione agli organismi competenti secondo le modalità ed entro i termini stabiliti dalla normativa applicabile.

Attuazione degli adempimenti trasparenza

Per effetto dell'approvazione del presente Piano, a tutti i Dirigenti apicali o loro referenti nonché alle persone fisiche su cui ricade la responsabilità degli obblighi di pubblicazione è fatto obbligo di rispettare le seguenti indicazioni.

Interpretazione degli obblighi di pubblicazione

I singoli obblighi di pubblicazione devono essere interpretati garantendo la qualità delle informazioni riportate, l'integrità, il loro costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione; in caso di dubbi circa l'applicazione di singoli obblighi, i soggetti responsabili del reperimento dei dati fanno riferimento alle indicazioni fornite da ANAC (in primis nelle apposite linee guida ed inoltre consultando l'apposita sezione FAQ¹⁵), chiedendo inoltre ove necessario la collaborazione del RPCT per un loro ulteriore corretto inquadramento. L'eventuale pubblicazione di informazioni ed atti non conformi agli originali comporta una violazione alle disposizioni del presente Piano.

Tempistiche di pubblicazione

Le tempistiche di pubblicazione sono definite nella colonna "frequenza pubblicazioni"; in proposito si specifica che:

- con frequenza "tempestiva" deve intendersi entro massimo 15 giorni dalla efficacia dell'atto o dalla produzione dei dati oggetto di pubblicazione; gli atti la cui pubblicazione sia condizione di efficacia¹⁶ dello stesso sono comunque pubblicati, a tali fini, nell'apposita sezione "Albo pretorio online" con le modalità previste per legge per le forme di "pubblicità integrative dell'efficacia";
- ove l'adempimento sia previsto con cadenza annuale, i dati e documenti – riferiti all'anno precedente – sono pubblicati entro il 25 gennaio di ciascun anno, anche al fine di consentire entro le scadenze previste (31/01) le verifiche dell'OIV di cui al par. precedente;
- ove sia prevista una frequenza maggiore (ad es., trimestrale), i dati devono essere pubblicati entro il 15 del mese successivo il periodo di riferimento.

I dati e documenti devono permanere in pubblicazione per un periodo di 5 anni, decorrente dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli artt. 14, c. 2, e 15, c. 4 del D.Lgs. 33/2013; il D.Lgs. 97/2016 ha abrogato il comma 2 dell'art. 9 del D.lgs 33/2013 che prevedeva le sezioni "archivio" del sito. Al termine del periodo di cui sopra, quindi, i dati ed i documenti sono eliminati dal sito, ma possono essere chiesti con le modalità dell'accesso civico di cui al par. seguente.

La digitalizzazione degli appalti come misura di prevenzione della corruzione

La digitalizzazione delle attività amministrative, rappresenta una delle misure più efficaci per la prevenzione della corruzione. Digitalizzare i processi significa non solo migliorare l'efficienza dell'azione

amministrativa, ma anche rendere le decisioni della pubblica amministrazione più trasparenti, garantendo un maggior grado di 'accountability'.

Con l'adozione del Codice degli Appalti 36/2023, si è voluto rafforzare l'importanza di tali aspetti, introducendo un "ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale" costituito da piattaforme e servizi digitali infrastrutturali. Il Codice ha infatti, introdotto dal 1° gennaio 2024 un nuovo sistema di digitalizzazione degli appalti, che prevede l'utilizzo di piattaforme di e-procurement per l'intero processo di approvvigionamento delle PPAA (programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione)

Le stazioni appaltanti attraverso tali piattaforme certificate sono tenute a trasmettere tempestivamente alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), gestita da Anac, le informazioni relative a programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento, esecuzione dei contratti pubblici. La BDNCP è il fulcro di questo ecosistema in quanto interagisce, da un lato, con le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate utilizzate dalle stazioni appaltanti ed enti concedenti per gestire il ciclo di vita dei contratti, dall'altro con le banche dati statali che detengono le informazioni necessarie alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti per gestire le varie fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici. Per tali motivazioni, le stazioni appaltanti devono trasmettere alla BDNCP tutte le informazioni riguardanti le fasi del ciclo di vita dei contratti, assolvendo automaticamente i relativi obblighi di trasparenza e pubblicità legale. I dati del ciclo di vita del contratto che sono trasmessi alla BDNCP dalle piattaforme di approvvigionamento digitale certificate, non devono essere pubblicati in forma integrale anche in Amministrazione Trasparente, ma in questa sezione va riportato il collegamento ipertestuale che rinvia, in forma immediata e diretta, alla sezione della BDNCP dove sono pubblicate, per ogni procedura di affidamento associata ad un CIG, tutte le informazioni che le stazioni appaltanti hanno trasmesso alla BDNCP.

L'obbligo di ricorrere esclusivamente a piattaforme di approvvigionamento digitale certificate dipende dal fatto che solo queste ultime fanno parte dell'ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale e sono pertanto le uniche che possono scambiare dati e informazioni con la BDNCP e acquisire i CIG.

Per questo motivo, questa stazione appaltante si è dotata del software **Simog33**, una soluzione iscritta al catalogo ACN e presente nel Registro delle Piattaforme di approvvigionamento digitale certificate di cui all'art. 26, comma 3 del Codice dei contratti (D.Lgs. 36/2023).

Il servizio consente di assolvere entrambe le funzioni previste dalla nuova normativa:

1. **digitalizzazione degli appalti** per tutte le fasi degli affidamenti diretti (per soglia e per tipologia) e per la fase di esecuzione di qualunque procedura (sopra e sotto soglia)
2. **obblighi di Trasparenza** tramite alimentazione automatica della sottosezione Bandi di gara e contratti con tutte le informazioni e gli atti inviati alla BDNCP

A corredo di tale soluzione, è compreso un helpdesk tecnico-operativo, nonché un sistema di FAQ alert

e verifica delle attività svolte che consente agli operatori di ricevere la più completa assistenza circa l'attività implementata e da implementare.

I soggetti coinvolti nelle attività dell'intero processo di approvvigionamento sono inoltre stati coinvolti in attività di formazione normativa e di addestramento operativo al fine di ampliare le competenze degli stessi

Tutela dei dati personali

L'ambito di applicazione della normativa di cui trattasi, in una Azienda Sanitaria, rende fondamentale porre l'accento sul necessario bilanciamento degli obblighi di trasparenza con la protezione dei dati delle persone fisiche, in modo tale che le informazioni pubblicate risultino pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge. In proposito è necessario dare applicazione alle *“Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”* di cui al provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 243 del 15/05/2014 ed alle eventuali disposizioni di servizio di dettaglio emanate dalla Direzione Aziendale.

Accesso civico

L'accesso civico attualmente disciplinato dall'art. 5, del D.Lgs. 33/2013, come sostituito dall'art. 6 c.1 D. Lgs.97/2016, consiste nel diritto di accesso (non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti) avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, anche ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione nel caso in cui l'Ente abbia omissa la pubblicazione.

Accesso civico “semplice”

L'accesso civico c.d. “semplice” può essere esercitato in relazione a documenti, informazioni o dati per i quali sussistono specifici obblighi di trasparenza, nei casi in cui sia stata omissa la loro pubblicazione. Questa forma di accesso si configura, quindi, come rimedio alla mancata pubblicazione obbligatoria per legge, esercitabile da chiunque e non sottoponibile ad alcuna limitazione (se non alla verifica dell'effettivo obbligo di pubblicazione), non deve essere motivata, ed è gratuita.

Va presentata al RPCT, che si pronuncia sulla stessa disponendo entro 30 giorni per la pubblicazione per la pubblicazione sul sito e la comunicazione al medesimo dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto. Se il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, il RPCT indica al richiedente il relativo

collegamento ipertestuale.

Per il reperimento delle informazioni o documenti, il RPCT fa riferimento agli stessi soggetti obbligati indicati nell'Allegato.

Nei casi di ritardo o di mancata risposta da parte del RPCT, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di seguito indicato, fatta salva la possibilità di rivolgersi comunque all'organo giurisdizionale amministrativo (TAR). Per consultare la procedura di gestione interna di ASL Roma 4, in relazione all'accesso civico semplice, si rimanda alla mappatura del processo in oggetto, contenuta in questo Piano programmatico

SOGGETTO RESPONSABILE	NOMINATIVO	CASELLA DI POSTA ELETTRONICA	RECAPITO TELEFONICO
RPCT	Dott. ssa Irene Firicano	amministrazione.trasparente@aslroma4.it	06 96669 536
Titolare potere sostitutivo	Dott. Roberto Di Cicco	direzione.amministrativa@aslroma4.it	06 96669 506

Soggetti Responsabili

Accesso civico “generalizzato”

L'istituto dell'accesso civico “generalizzato” attribuisce a “chiunque” il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5, del D.Lgs. 33/2013, come sostituito dall'art. 6 c.1 D. Lgs.97/2016. Sul sito aziendale nella sezione dedicata ad Amministrazione Trasparente - Altri contenuti – Accesso civico è possibile visionare la procedura completa con le istruzioni operative e le indicazioni generali per l'accesso a questo istituto al quale si rimanda per completezza di informazioni. Inoltre, può essere consultata la mappatura del processo in oggetto, contenuta in questo Piano programmatico

Anche alla luce dei chiarimenti effettuati dalla circolare 2/2017 del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, sono state definite le istruzioni operative e le indicazioni generali per la gestione dell'istituto in argomento, tali istruzioni sono contenute in una procedura pubblicata sul sito della ASL.

Istituzione del registro accesso civico e forme ulteriori di trasparenza: è istituito nell'apposita sezione "Accesso civico" di "Amministrazione trasparente" il registro degli accessi, aggiornato semestralmente, la cui tenuta è assegnata all'URP.

Per l'esame della domanda:

- Anno di riferimento e numero progressivo
- Data di arrivo
- Oggetto dell'istanza
- Presenza controinteressati (si, no)
- Esito (diniego, accoglimento, accoglimento parziale)
- Data provvedimento
- Sintesi motivazione in caso di diniego totale o parziale

Per il riesame:

- Data di arrivo
- Esito (respinto, accolto)
- Data provvedimento
- Sintesi motivazione

Il RPCT, sulla base dell'analisi delle richieste pervenute, individua le tipologie di informazioni che rispondano a richieste frequenti o potenzialmente utili per gli stakeholders e che, pertanto, potrebbe essere opportuno rendere pubbliche anche se non obbligatorie, nella logica dell'accessibilità totale e nel rispetto delle disposizioni normative in materia di tutela dei dati personali. All'esito della suddetta analisi il RPCT provvede all'eventuale aggiornamento dell'Allegato del presente Piano inserendo gli ulteriori dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito e le relative modalità e termini per la loro pubblicazione.

2.3.7. Ulteriori contromisure specifiche di successo

a) Area di rischio accreditamento e controlli Sistema regolamentare e procedurale

- Procedura per "l'affidamento del servizio assistenza specialistica ambulatoriale a soggetti privati accreditati" (deliberazione n. 1415 del 30/11/2012).
- Procedura per la "valutazione, verifica, controllo APA_PAC Prestazioni diagnostica strumentale, di laboratorio e specialistica ambulatoriale" (deliberazione n. 1415 del 30/11/2012).

Ulteriori contromisure

- Applicazione di regolamenti e procedure regionali.
- Definizione del fabbisogno di prestazioni in convenzione, su input di Regione Lazio.
- Segregazione delle funzioni:
 - procedure di autorizzazione (preliminari all'accreditamento) svolte da Dipartimento Prevenzione;
 - procedure di accreditamento svolte da UOSD Governo della rete degli erogatori;
 - monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi contrattuali nonché sulla qualità dell'assistenza ed appropriatezza affidati ad apposita Struttura denominata UCA (Unità Controlli Aziendali), istituita con deliberazione n. 1415 del 30/11/2012.
- Rilevazione dei conflitti di interesse in capo ai diversi soggetti coinvolti nelle procedure di ispezione e controllo (UCA).
- Previsione di clausole contrattuali che vincolino la struttura esterna al rispetto di requisiti organizzativi, qualitativi e di efficienza e sicurezza delle attività sanitarie, su format Regione Lazio.
- Previsione di meccanismi non automatici di rinnovo del contratto, ma legati alla verifica delle performance, anche in termini di risultati e di qualità del servizio offerto, come previsto da apposite clausole contrattuali su format Regione Lazio.

b) Area di rischio UOSD Affari Generali e Legali

- Regolamento Aziendale per il conferimento degli incarichi di patrocinio legale ad Avvocati esterni (deliberazione n. 1912 del 24/04/2017).

Non si segnalano aggiornamenti e/o modifiche in ordine a tale area di rischio.

Si specifica, a corollario, che con l'adozione della Deliberazione del Direttore Generale n. 1212 del 30/06/2021 di modifica dell'Atto Aziendale, si è proceduto, tra l'altro, ad apportare una parziale modifica delle linee di attività afferenti alla UOSD Affari Generali e Legali, afferenti soprattutto alla gestione del contenzioso, modificando, altresì di conseguenza, la denominazione in UOSD Affari Generali e Legali. (agg. AA.GG. e LL. - rif. doc. n. 253993 del 17.11.2021).

Ulteriori contromisure

- Per l'assegnazione degli incarichi a legali esterni si applica il criterio della rotazione come previsto dal nuovo regolamento.

- Controllo costante delle pratiche e degli adempimenti affidati a legali esterni da parte dell'ufficio avvocatura mediante richiesta di idonea reportistica.

c) Area di rischio attività libero professionali Sistema regolamentare e procedurale

- Regolamento per l'esercizio della libera professione intramuraria (deliberazione 570 del 03/05/2016).

Ulteriori contromisure

- Informatizzazione delle liste di attesa, come previsto dal DCA 437/2013 e DCA 110/2017.
- Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP/ReCUP.
- Implementazione di un sistema di gestione informatizzato dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione (ReCUP).

- Gestione e monitoraggio delle agende dei professionisti assegnata a funzioni diverse (UOC Sistemi Informatici ICT - Segreteria CUP) rispetto a quelle che hanno autorizzato l'attività (UOC Personale-Ufficio ALPI, previa nulla osta della Direzione Aziendale).

- Gestione delle verifiche ed ispezioni sulle attività libero professionali assegnata a funzioni diverse rispetto a quelle che hanno autorizzato l'attività.

- Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione (reporting volumi e valorizzazione economica prestazioni ALPI per singolo professionista da Segreteria CUP a Ufficio ALPI).

- Rispetto degli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013 (pubblicazione delibere di autorizzazione ai singoli professionisti).

d) Area di rischio appalti e contratti Sistema regolamentare e procedurale

- Regolamento dei processi di controllo sulla corretta esecuzione dei contratti di servizi sanitari e non sanitari esternalizzati, in conformità alla DCA 427/2013 (deliberazione n. 211 del 02/03/15).

- Regolamento del processo di approvvigionamento di beni e servizi in conformità al D.Lgs n. 163/2006 e s.m.i. nonché nel rispetto del DPR 207/2010 (deliberazione n. 1030 del 17/10/2014).

- Procedura amministrativo contabile relativa alla gestione del Ciclo del passivo nell'ambito del percorso attuativo per la Certificabilità del bilancio (PAC) (deliberazione n. 677 del 27/04/2017).

Ulteriori contromisure

- Procedure interne per la rilevazione, comunicazione e condivisione dei fabbisogni in vista della

programmazione, accorpando quelli omogenei, affidate a vari gestori della spesa individuati nel regolamento del ciclo passivo (deliberazione n. 677 del 27/05/2017 -all. n. 1).

- Formulazione del Piano Triennale ed Annuale degli investimenti per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere.

- Avvisi di pre -informazione o richieste di manifestazione d'interesse, quand'anche facoltativi, in caso di fornitori infungibili e di ricerca di immobili.

- Procedure interne finalizzate a rilevare conflitti di interesse o interessi personali in capo ai diversi soggetti coinvolti nelle procedure (RUP, Componenti Commissioni di aggiudicazione, DEC, Componenti commissioni di collaudo...) prevedono la compilazione di un questionario predisposto dal Provveditorato (deliberazione n. 677 del 27/05/2017 -all. n. 2).

- Procedure interne per l'individuazione delle imprese da invitare a presentare offerta fuori dal MEPA, nel rispetto del principio di rotazione tramite utilizzo di apposita piattaforma informatizzata per appalti di beni e servizi e mediante sorteggio per lavori.

- Adozione come standard di gara dei bandi tipo redatti dall' ANAC.

- Valorizzazione delle basi d'asta mediante riferimento ai prezzi dei beni e servizi a maggior impatto, di cui al decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, che possono essere utilizzati per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore. Inoltre, viene utilizzata la piattaforma regionale SPENDING ANALISYS. Per i lavori, utilizzo del prezzario Regionale.

- Visualizzazione on line della documentazione di tutte le gare e/o delle informazioni complementari tramite accesso al sito aziendale e alla piattaforma informatizzata.

- Obblighi di trasparenza/pubblicità degli avvisi di gara, delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti, così come quelli riguardanti il calendario delle sedute di gara, degli esiti delle esclusioni/ammissioni, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva mediante pubblicazione della documentazione nella sezione "amministrazione trasparente" (parziale automatizzazione del flusso trasparenza Gare e appalti), i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali successive all'aggiudicazione sono indicati nel disciplinare di gara o nella lettera di invito.

e) Area di rischio attività sanitarie territoriali (agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021)

Misure Generali:

- Rispetto del Codice di comportamento

La verifica viene effettuata attraverso il monitoraggio da parte dei dirigenti sulle attività e comportamenti del personale assegnato, al fine di un'equa e imparziale valutazione della performance individuale dei dipendenti.

- Rotazione del Personale

Il principio della Rotazione del Personale, vista la carenza di personale, è stato applicato nei servizi di front-office della MDB e degli altri uffici amministrativi del Distretto, in funzione della cessazione di personale per trattamento di quiescenza, e redistribuzione del personale in carico ad altri servizi (trasferimento di due amministrativi dalla segreteria del Distretto uno all'ufficio protesica e l'altra presso il servizio CAD, e di una terza unità dal CAD alla protesica, infine inserimento di un'operatrice di cooperativa esterna alla MDB).

A causa del protrarsi dello stato di emergenza Covid, è ancora in atto la ricezione di istanze e tempestiva risposta all'utenza tramite mail e pec, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni dei vari servizi ai cittadini.

Per quanto riguarda invece tutte le restanti attività amministrative svolte presso la sede distrettuale, si fa notare che l'ipotesi di una rotazione nelle diverse attività lavorative si ritiene difficilmente praticabile, a causa sia dell'oggettiva carenza di organico, nonché delle competenze acquisite in ambiti settoriali e specifici, e altresì dovendo comunque rispettare le mansioni attribuite dal proprio profilo professionale.

- Monitoraggio dei termini per la conclusione dei procedimenti

In ottemperanza a quanto disposto dalla normativa, sono stati rispettati i tempi procedurali definiti.

- Formazione

Nonostante l'emergenza Covid, l'attività formativa è stata resa possibile attraverso la didattica a distanza.

- Trasparenza

Gli obblighi di trasparenza vengono rispettati, provvedendo a pubblicare gli atti adottati nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa. La sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito aziendale viene aggiornata.

- Sistema regolamentare e procedurale

Rispetto delle procedure relative alle diverse fasi del percorso terapeutico a livello regionale definite nell'"Approvazione linee guida per la valutazione degli esiti clinici- gestione della procedura Area Clinica Patologie della Dipendenza" (Determina Regione Lazio n. B02807 del 4/07/2013) non di competenza

della Direzione di Distretto (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*).

Gestione della procedura di valutazione degli esiti clinici contenuta nelle Linee guida vigenti (Deliberazione ASL n. 105 del 27/01/2015; Determinazione Regione Lazio n. B02807 del 4/07/2013 del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale, Direzione Salute Mentale e Integrazione Sociosanitaria, Area Prog. Rete Serv. Sogg. Deb (salute mentale, dipendenza e carcere) non di competenza della Direzione di Distretto (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*).

Recepimento e approvazione del documento “Linea Guida per la Valutazione degli Esiti Clinici-procedura gestionale ed applicativa nei SERT della ASL Roma F” versione 8 del 3/11/2014 ed avvio sistema di valutazione degli esiti clinici nei SERT di Civitavecchia, Bracciano e Capena. Tale documentazione permette di definire le procedure delle varie fasi del percorso terapeutico a livello aziendale non di competenza della Direzione di Distretto (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*).

Manuale operativo per i professionisti ASL addetti all’assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti. Il Manuale permette, oltre alle procedure, l’utilizzo della modulistica regionale per la redazione di certificazioni, relazioni e idoneità (Regione Lazio – Assessorato alla Sanità. Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Area Programmazione della Rete nell’Area dei Soggetti Deboli- febbraio 2009) non di competenza della Direzione di Distretto (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*).

Approvazione del documento “definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli Istituti Penitenziari della Regione Lazio” (Determina Regione Lazio n.G11442 del 24/09/2015) non di competenza della Direzione di Distretto (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*).

Procedura per il controllo degli accessi dei MMG per assistenza programmata ai pazienti ospiti presso le strutture RSA del territorio aziendale (deliberazione n. 879 del 7/06/2017).

Il controllo degli accessi del MMG per assistenza programmata ai pazienti ospiti presso le strutture RSA del territorio aziendale viene effettuato rispettando la procedura aziendale come da Deliberazione n. 879 del 07/06/2017 (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*).

Ulteriori contromisure

Consegna medicinali per il trattamento dello stato di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate, disciplinata secondo il Decreto Ministero della Salute 16 novembre 2007. non di competenza della Direzione di Distretto (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385*

del 17.12.2021).

Disposizione di servizio inerente alla Scelta / revoca del medico di MG/PLS e esenzione Ticket (c.i. 5727 del 19/03/2015).

Nel processo di concessione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica di persone fisiche: Riconoscimento esenzioni ticket sanitari, Scelta e Revoca del medico, Iscrizione volontaria al SSN dei cittadini stranieri viene rispettata la normativa vigente (agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021).

Disposizione di servizio riguardante la modalità di attuazione dell'iscrizione volontaria al SSN dei cittadini stranieri (c. i. 10541 del 13/06/2017).

Non sono state attuate ulteriori contromisure (agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021).

Disposizione interna avente ad oggetto la procedura di "riorganizzazione della medicina dei servizi" (disposizione n. 49703 del 1/12/ 2017): rilevazione dei conflitti di interesse o interessi personali in capo ai diversi soggetti coinvolti nelle procedure.

Non sono state attuate ulteriori contromisure (agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021).

Procedura aziendale definita nel Comitato aziendale per la medicina generale (ordinanza n.32/2012; ordinanza del DG n.32/2009 delibera n.879 del 07/07/2017) non sono state attuate ulteriori contromisure (agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021).

Per quanto concerne l'assistenza protesica, oltre che alla verifica e al rispetto delle disposizioni nazionali D.M. 332 del 27 agosto 1999 e D.P.C.M. 12 gennaio 2017, oltre alle già emanate linee guida aziendali 1339/12 e 620/13 disciplinanti aspetti specifici, sono adottate ed applicate le "Linee di indirizzo regionali per l'assistenza protesica" di cui alla Determinazione G10686 del 5 agosto 2019, nelle quali vengono:

- a) individuati i criteri utili ai MMG e PLS per la prescrizione di presidi monouso anche per un primo fabbisogno trimestrale in attesa della prestazione dello specialista e della derivata prescrizione del fabbisogno annuale o fino a controllo successivo (comunque non superiore ad un anno);
- b) individuati gli specialisti competenti per singole categorie di presidi;
- c) fornite indicazioni sulle modalità di presentazione delle istanze e sull'iter delle stesse;
- d) stabilite le modalità di erogazione di presidi non comprese negli elenchi di cui agli allegati 2 e 5 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
- e) viene diffusa modulistica standardizzata utile alla prescrizione dei presidi;
- f) viene diffuso un unico modulo per la presentazione delle istanze;

- g) la previsione di una specifica modulistica standardizzata ed unificata a livello regionale consente la più immediata verifica e il più puntuale riconoscimento di prescrizioni inappropriate anche in raccordo con il servizio di medicina legale e invalidità civile.

Per quanto riguarda la medicina legale, può essere considerata attività esposta a rischio e necessita, quindi, di misure di prevenzione della corruzione. L'attuale attività della disciplina, afferente come area d'intervento alla protezione collettiva e sanità pubblica, genera provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario privi di effetto economico propriamente detto riconoscibile come diretto ed immediato.

Le commissioni medico legali. Trattasi di attività esposte ad un possibile rischio corruttivo potendo i provvedimenti/giudizi medico legali far derivare vantaggi anche indirettamente ricollegabili a benefici di natura economica. Non deve, però, passare inosservato che proprio la natura collegiale delle prestazioni assume carattere limitante della genesi di fenomeni corruttivi.

La procedura è da ritenersi trasparente e tracciabile per via della protocollazione di ogni atto propedeutico e derivato, dell'iter standardizzato e della fascicolazione.

I giudizi medico legali monocratici (certificazioni). Anche in questo caso trattasi di attività esposte ad un possibile rischio corruttivo potendo derivarne vantaggi economici.

Il medico legale svolge l'istruttoria in autonomia, effettua la visita e prescrive, quando ritenuto necessario, accertamenti specialistici.

La procedura è da ritenersi la stessa per ogni diversa certificazione pur riferendosi a diverse materie e normative. In assenza del meccanismo di controllo collegiale, sono ritenuti utili controlli a campione sia sulla procedura di accettazione e di invio a visita per accertamenti, sia sul parere medico legale espresso in relazione alla documentazione acquisita con repertorio interno.

È in corso l'attività di standardizzazione della modulistica a livello –interaziendale- ed è auspicabile la digitalizzazione della stessa (e degli esami strumentali allegati) al fine di garantirne il rispetto cronologico, l'eliminazione dell'errore formale e il richiamo del fascicolo a fini di controllo.

Attività di accertamento necroscopico.

L'attività espone il necroscopo al contatto con diverse figure, tra cui i familiari del deceduto, i funzionari comunali, il personale e i titolari di agenzie funebri, ecc. Sono in capo al medico necroscopo le decisioni in relazione all'ora di esecuzione dell'accertamento, alla valutazione della congruità della documentazione sanitaria redatta dai curanti, l'invio a riscontro diagnostico, la gestione dei

procedimenti volti al rilascio di decreti autorizzativi. Sono ritenuti utili controlli a campione sulla attività dei medici necroscopi nonché di tutte le figure coinvolte nella gestione del caso non ultima l'attività degli operatori dei centralini territoriali e ospedalieri che smistano le chiamate e degli uffici amministrativi della medicina necroscopica (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*):

- Previsione di specifica modulistica per semplificare la verifica ed eventuale rigetto delle prescrizioni inappropriate di medicina legale e protesica.

- Le certificazioni necessarie all'ottenimento dei benefici di legge e le relazioni di accompagnamento o delle relazioni finalizzate alla concessione/inserimento in percorsi assistenziali recano la firma del/degli operatori che hanno seguito il caso e del responsabile di struttura che ne assicura il rispetto delle procedure.

f) Area di rischio contabilità e bilancio Sistema regolamentare e procedurale

- Procedura relativa alla predisposizione e monitoraggio Budget (deliberazione n. 1808 del 22/12/2016).

- Regolamento delle procedure di verifica inadempienza ex art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602 (deliberazione 999 del 28/07/2015).

- Nell'ambito del percorso attuativo per la Certificabilità del bilancio (PAC):

- Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Patrimonio Netto" (deliberazione 1927 del 22/12/2017).

- Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Cassa Economale" (deliberazione n. 680 del 27/04/2017).

- Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Rimanenze" ((deliberazione n. 679 del 27/04/2017).

- Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Ciclo Attivo" (deliberazione n. 678 del 27/04/2017).

- Procedura amministrativo contabile relativa alla gestione del Ciclo del passivo (deliberazione n. 677 del 27/04/2017).

- Procedura amministrativo-contabile relativa alle "Disponibilità liquide" (deliberazione 342 del 28/02/2017).

- Procedura Amministrativa- Contabile relativa al “Pagamento in assenza di requisiti di conformità/regolarità” (DURC/EQUITALIA) (procedura prot.22747/14 per il DURC e Delibera n. 999/2015 per EQUITALIA, recepita PAC).
- Procedura relativa ad impedire la “Verifica mancata o artefatta degli acquisti fatti a valere sulla cassa economale a favore di soggetti interni/esterni” (Delibera n. 680/27-4-2017-procedura PAC).
- Procedura relativa alle “Registrazioni contabili e rilevazioni non corrette/non veritiere” (Delibera n. 677/27-4-2017-procedura PAC).
- Con delibera n. 646 del 14/04/2020 è stato adottato “Il Regolamento per la rateizzazione dei debiti extra – tributari”;
- Con delibera n. 1139 del 21/06/2021 è stato approvato “Il Regolamento aziendale procedura Ticket Codice 5 Colore Bianco”;
- Con delibera 1195 del 16/07/2020 ad oggetto: “Preso d’atto delle attività concernenti il progetto “attività finalizzata alla gestione e al recupero delle entrate patrimoniali della ASL Roma 4””; con delibera 1313 del 23/07/2021 ad oggetto: “Rettifica delibere 385-CS/2019 e 768-DG/2019” aventi ad oggetto “Anagrafe degli Agenti Contabili e obbligo della resa del conto giudiziale alla sezione giurisdizionale della Corte dei Conti per la RL – D.lgs 174/2016”. Approvazione del Regolamento degli Agenti Contabili e della Resa del Conto Giudiziale”; (agg. UOC Bilancio - rif. doc. n. 245647 del 08.11.2021)

Ulteriori contromisure

- Realizzazione del programma di lavoro previsto dal PAC (Percorso Attuativo Certificabilità) dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN viene attuata come prevista dalla procedura del PAC stesso
- Tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili finanziari
- Rispetto degli obblighi di pubblicazione

g) Area di rischio decessi ospedalieri Sistema regolamentare e procedurale

- Gestione della Medicina Necroscopica Relativa ai Pazienti Deceduti in Ospedale (Rev. 2 del 19.03.2009 - PO/GMN/1.2) con note.

- Direzione Sanitaria Ospedale San Paolo agli operatori funebri e al personale della camera mortuaria.
- Direzione Sanitaria Ospedale San Paolo al personale dipendente ospedaliero (prot. n. 23112/2.8 del 05.09.2012).
- Legge 30.03.2001 n. 130 “Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri” art. 3 comma 1.
- Circolare Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – DGPREV prot. n. 014991 del 30.05.2016 “Applicazione dei principi statali contenuti nell’art. 3, comma 1, legge 30 marzo 2001, n. 130. Circolare”.
- Nota Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria 0022159 del 28.07.2016 “Integrazione circolare del Ministero della Salute del 30.05.2016: applicazione dei principi statali contenuti nell’art. 3, comma 1, legge 30 marzo 2001, n. 130”.
- Misure di contenimento infezione da nuovo coronavirus (Covid-19) – Procedure di medicina necroscopica (25.03.2020 - ai Direttori/Responsabili di Struttura, Polo Ospedaliero Civitavecchia e Bracciano, Coordinatori Polo Ospedaliero Civitavecchia e Bracciano).
- Verbale riunione 20.05.2021 DSA, DSPO, DS Distretto 2, DAPPS e DSHSPaolo concernente l’applicazione delle disposizioni di cui alla Legge 30.03.2001 n. 130, alla Circolare Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – DGPREV prot. n. 014991 del 30.05.2016, alla Nota Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria 0022159 del 28.07.2016.
- Procedura per l’esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2 (vers. 15.06.2021 - Rapporto ISS Covid-19, n. 13/2021).

Ulteriori contromisure

- Adeguata motivazione circa l’esternalizzazione o l’internalizzazione del servizio (carenza di personale esterno).
- Rotazione del personale addetto alle specifiche mansioni.
- Permanenza degli addetti delle imprese funebri nei locali dell’obitorio limitata allo stretto necessario.

h) Area di rischio farmaci e dispositivi Sistema regolamentare e procedurale

- Regolamento dell'attività di informazione scientifica all'interno delle strutture sanitarie dell'ASL Roma 4 (deliberazione n. 873 del 25/08/2011).

Ulteriori contromisure

- Protocollo per la gestione informatizzata dei magazzini per garantire una corretta movimentazione delle scorte: obbligo di richiesta disponibilità dispositivo da erogare da parte del personale amministrativo dell'U.O. al magazzino aziendale.

- Protocollo relativo alla tracciabilità dei farmaci (associazione farmaco/dispositivo-paziente): registrazione del farmaco somministrato in Consultorio associato al nome del paziente ricevente. Compilazione della scheda paziente (pratica cartacea o su supporto informatico) con l'elenco dei dispositivi forniti.

- Implementazione di idonea reportistica - tramite il supporto del medico prescrittore interno all'ASL o della commissione tecnica aziendale che verifica l'appropriatezza prescrittiva del dispositivo - finalizzata all'individuazione tempestiva di eventuali anomalie prescrittive, anche in riferimento all'associazione farmaco/dispositivo-prescrittore e farmaco/ dispositivo-paziente.

- Invio sistematico delle risultanze della reportistica elaborata a tutti i livelli organizzativi interessati in ambito distrettuale.

- Istituzione commissione tecnica per controllare l'appropriatezza prescrittiva del dispositivo.

- Rispetto dei criteri per il ricevimento degli informatori farmaceutici (verifica presenza negli elenchi regionali, riconoscimento con tesserino, incontri prevalentemente collegiali, tempi e spazi ben definiti, limiti di visite/annue per ciascun medico, verifica del rispetto delle modalità di cessione/acquisizione campioni gratuiti) come definiti dal regolamento aziendale per l'informazione scientifica.

- Disposizione di servizio della Direzione Distrettuale relativa alla cessione/acquisizione di campioni gratuiti (c.i.6892 del 11.4.2017).

- Implementazione di reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente (per es. le Eparine a basso peso molecolare).

- Utilizzo del sistema AGENAS per la "dichiarazione pubblica di interessi" di tutto il personale

medico, finora poco utilizzato dai singoli professionisti.

i) Area di rischio patrimonio Sistema regolamentare e procedurale

- Regolamento Immobilizzazioni (deliberazione n. 675 del 19/12/2017): non risulta avvenuta alcuna variazione rispetto a quanto indicato (agg. UOC Personale - rif doc. n. 250404 del 12.11.2021).

- Regolamento concessione in uso temporaneo a titolo oneroso di locali aziendali (deliberazione 504 del 11/06/2014): non risulta di competenza del Patrimonio (agg. UOC Personale - rif doc. n. 250404 del 12.11.2021).

- Regolamento per la locazione temporanea di strutture aziendali per eventi (deliberazione n. 1004 del 29/11/2013): non risulta di competenza del Patrimonio (agg. UOC Personale - rif doc. n. 250404 del 12.11.2021).

- Procedura Aziendale per la gestione delle apparecchiature in prova e visione (deliberazione n. 1517 del 12/10/2017): non risulta di competenza del Patrimonio (agg. UOC Personale - rif doc. n. 250404 del 12.11.2021).

Ulteriori contromisure

- Anche in assenza di una procedura codificata nella scelta degli immobili da locare, si adottano misure di scelta del contraente "pubbliche" e trasparenti: pubblicazione dell'avviso di ricerca di immobili sul sito aziendale e sull'albo dei Comuni interessati.

- Nel rispetto degli obblighi di pubblicità sul patrimonio immobiliare, ogni anno viene pubblicato l'elenco degli immobili detenuti dalla ASL a qualsiasi titolo e il loro utilizzo. Per gli immobili in locazione, viene pubblicato anche il costo sostenuto dall'Azienda.

- Ai fini di permettere una valutazione comparativa rispetto a successive acquisizioni onerose a carico dell'Azienda, si utilizza l'elenco cespiti da cui si evince se un è bene di proprietà dell'Azienda, in comodato o in leasing.

j) Area di rischio personale e incarichi Sistema regolamentare e procedurale

- Regolamento aziendale "individuazione componenti e funzionamento dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari" (deliberazione n. 1353 del 04/09/2017: non di competenza della UOC Personale - Segreteria UPD (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento e criteri per il conferimento, graduazione, valutazione e revoca degli "incarichi di

coordinamento" (deliberazione n. 46/2016): sostituito dal Regolamento approvato con deliberazione n. 1569 del 18/09/2020 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento e criteri per il conferimento, graduazione, valutazione e revoca delle "posizioni organizzative" (deliberazione n. 45/2016): sostituito dal Regolamento approvato con deliberazione n. 1569 del 18/09/2020 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento aziendale in materia di salute e sicurezza sul lavoro ed istituzione dell'Organismo di Valutazione (deliberazione n. 1894 del 30/12/2016): non di competenza della UOC Personale - Ufficio SPP (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento per il conferimento di borse di studio (deliberazione n. 1275 del 15/10/15): non di competenza della UOC Personale - Area Formazione (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)

- Regolamento per il conferimento e revoca incarichi dirigenziali - ruoli professionale, tecnico e amministrativo" (deliberazione n. 1359 del 11/09/2015): parzialmente rettificato dal Regolamento approvato con deliberazione n. 484 del 15/03/2018 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento per il conferimento e revoca incarichi dirigenziali - ruolo sanitario" (deliberazione n. 1359 del 11/09/2015): parzialmente rettificato dal Regolamento approvato con deliberazione n. 484 del 15/03/2018 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento in materia di valutazione della dirigenza (deliberazione n. 1033 del 07/08/2015): sostituito dai Regolamenti approvati con delibere n. 1582 del 25/10/2017 e n. 275 del 10/02/2021 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento per la composizione delle commissioni esaminatrici per l'espletamento delle procedure selettive (concorsi e avvisi pubblici), nonché l'espletamento delle procedure selettive interne (progressioni di carriera, progressioni economiche e passaggi orizzontali nell'ambito della medesima categoria e stesso livello economico (deliberazione n. 422 del 01/04/2015).

- Regolamento in materia di "disciplina degli incarichi esterni prestati dal personale dipendente" (deliberazione n. 741 del 28/07/2014): parzialmente rettificato dal Regolamento approvato con deliberazione n. 475 del 23/04/2019. (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Gestione del Personale" (deliberazione n.

676 del 27/04/2017) nell'ambito del percorso attuativo per la Certificabilità del bilancio (PAC).

- Procedura in materia di controllo interni (internal audit) alla UOC "Personale" (deliberazione n. 458 del 20/03/17).

- Procedura per la gestione del Personale Convenzionato - Programmazione e Controllo (deliberazione n. 147 del 10/02/2015).

- Regolamento in materia di graduazione delle funzioni area Dirigenza Medica e Veterinaria e Dirigenza Sanitaria non medica (deliberazione n. n. 1909 del 19/12/2017): sostituito dal Regolamento approvato con delibera n. 98 del 15/01/2019 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento in materia di conferimento incarichi di posizione organizzativa e conferimento incarichi di coordinamento (deliberazione n. 45 del 22/01/2016): sostituito dal Regolamento approvato con deliberazione n. 1569 del 18/09/2020 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Approvazione modelli di posizioni organizzative e coordinamento (deliberazione n. 397 del 29/03/2016 parzialmente rettificata con deliberazione n. 166 del 31/01/2017): sostituito dal Regolamento approvato con deliberazione n. 1569 del 18/09/2020 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021).

- Regolamento in materia di graduazione delle funzioni area Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa (deliberazione n. 1382 del 26/09/2016).

- Regolamento in materia di accesso al rapporto di lavoro parziale (deliberazione n. 1364 del 22/09/2016).

- Regolamento aziendale in materia di missioni e trasferte (deliberazione n. 271 del 04/04/2014).

- Procedura operativa in materia di rilevazione delle presenze.

- Regolamento aziendale in materia di individuazione dei componenti di commissione in caso di selezioni interne o avvisi pubblici (deliberazione n. 422 del 01/04/2015).

- Procedura operativa per la richiesta di autocertificazione di eventuali situazioni di conflitto di interesse e di incompatibilità sia per il personale dipendente che per quello convenzionato. È prevista una metodologia di controllo campionario sulle dichiarazioni del personale operante nelle principali aree di rischio corruttivo (prot. n. 13496 del 07/03/2016).

Ulteriori contromisure

- Istituzione della Commissione d'indagine controllo presenze, con rotazione dei componenti.
- Nel rispetto delle misure di trasparenza e pubblicità relative alle varie fasi delle procedure di selezione e reclutamento del personale, gli atti sono deliberati dall'Azienda e pubblicati sul sito internet, mentre con appositi avvisi pubblici (anche questi pubblicati sul sito aziendale) viene data informazione dello svolgimento delle prove e delle varie fasi delle selezioni autorizzate.
- Per la partecipazione agli avvisi/concorsi/procedure selettive la procedura prevede, per garantire una predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle domande di partecipazione, l'utilizzo di posta certificata dedicata, oppure la registrazione delle domande sul Protocollo Generale informatizzato a disposizione dell'Azienda.
- La procedura di custodia della documentazione prevede la conservazione dei fascicoli del personale dipendente in locale dedicato. L'accesso è regolato in presenza di un addetto dell'Ufficio per il rilascio di copie o accesso agli atti conservati negli stessi.
- Procedura di Verifica - all'atto dei conferimenti di incarichi dirigenziali - della conformità degli stessi alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale: applicazione delle statuizioni dell'Atto Aziendale (deliberazione n. 209 del 26/02/2015 e pubblicato sul Supplemento Ordinario n. 1 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 32 del 21/04/2015).
- Il Regolamento aziendale in materia di incarichi occasionali affidati al personale dipendente da parte di amministrazioni pubbliche o privati contiene (deliberazione n. 741 del 28/07/2014) disciplinato l'attività extraimpiego dei dipendenti aziendali. Con apposite procedure aziendali l'Azienda ha disciplinato il processo di riconoscimento delle diverse (per natura e tipologia) voci stipendiali liquidate ai dipendenti. Tutte prevedono l'autorizzazione del Dirigente responsabile e la successiva lavorazione a sistema da parte dell'Ufficio trattamento economico del Personale.
- Per la definizione dei criteri di rotazione degli incarichi e gestione della relativa misura, gli incarichi amministrativi sono stati oggetto di apposite procedure di selezione ed hanno determinato la recente rotazione di alcuni incarichi apicali. Analogo criterio, nel rispetto della disciplina, è stato applicato in occasione del conferimento degli incarichi dirigenziali del ruolo sanitario.

k) Area di rischio prevenzione Sistema regolamentare e procedurale

- Regolamento del Dipartimento di Prevenzione (deliberazione n. 1620/2015):

- Attuazione del Piano Dipartimentale: Organizzazione, Articolazione, Funzioni e Competenze dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione (agg. Dipartimento di Prevenzione - rif. doc. n. 251517 del 15.11.2021).

- Procedura di "gestione del conflitto d'interesse e misure interne per prevenire situazioni di conflitto, rivolto agli addetti ai U.O., in materia di Sanità Veterinaria e Sicurezza alimentare e agli operatori e dei Servizi d'Igiene e Sanità Pubblica e Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro" (deliberazione n. 111 del 01/02/2016):

- Gestione del conflitto di interesse e misure interne per prevenire situazioni di conflitto, rivolto agli addetti ai C.U., in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare e agli operatori dei Servizi d'Igiene e Sanità Pubblica e Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (agg. Dipartimento di Prevenzione - rif. doc. n. 251517 del 15.11.2021)

- Procedura per l'esecuzione delle verifiche di efficienza dei controlli ufficiali in materia di alimenti" (deliberazione 309 del 17/03/2015):

- Procedure operative dei C.U. nel SIAN, nell' AREA VET. B, nell' AREA VET. A/C.

- L'esecuzione delle verifiche di efficacia dei controlli ufficiali in materia di alimenti messe in atto dai Servizi Igiene Alimenti Nutrizione e Servizi Veterinari della ASL Roma 4 (delibera n.309 del 17/03/2015):

- Determinazione Dirigenziale 406/2019

Presenza d'atto delle Procedure dipartimentali:

- Esecuzione delle verifiche di efficacia dei controlli ufficiali – rev. 03 del 14/06/2019;

- Gestione operativa del sistema per il controllo ufficiale con integrazione delle attività di vigilanza sulle strutture alimentari tra il SIAO e il SIAN ai sensi dei REGG. CE 852/04-853/04-882/04-854/04 – rev. 00 del 23/04/2019;

- Modalità di conduzione dei controlli ufficiali tramite audit – rev 00 del 23/04/2019

- CONTROLLI UFFICIALI - COMPITI DELLE FIGURE PROFESSIONALI AFFERENTI ALL'AREA DELLA SICUREZZA ALIMENTARE (delibera 588/2021)

- PIANO AZIENDALE INTEGRATO CONTROLLI" (P.A.I.C.) 2019 - AREA FUNZIONALE PER LA SICUREZZA ALIMENTARE – DETERMINAZIONE 752/2019

- Equipe operativa per la sorveglianza delle tossinfezioni alimentari e disposizioni operative- delibera 269/2017

- Procedure operative per la procedura delle emergenze inerenti alla sicurezza degli alimenti e dei mangimi sul territorio della ASL RM 4- delibera 1454/2016

- REV 01 - PROCEDURA OPERATIVA PER IL RICONOSCIMENTO DELLE COLONIE FELINE E REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEGLI AMBULATORI VETERINARI DELLA ASL ROMA 4 -delibera (agg. Dipartimento di Prevenzione - rif. doc. n. 251517 del 15.11.2021)

- Delega di funzioni specifiche alle diverse figure professionali afferenti all'area della Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria facenti funzioni di Autorità Competente (deliberazione n. 1621 del 2015).

- Procedure operative per la gestione delle emergenze inerenti alla sicurezza degli alimenti e dei mangimi sul territorio della Asl (deliberazione n. 908 del 2016).

- Procedura operativa per il riconoscimento delle colonie feline e Regolamento delle attività degli ambulatori veterinari della ASL (deliberazione n. 908/2016).

- Disposizione dipartimentale e definizione di specifiche disposizioni anticorruzione di recepimento dei contenuti del Piano aziendale per ciascun Servizio.

l) Area di rischio sistemi informativi Sistema regolamentare e procedurale

- Regolamento per la gestione della telefonia mobile aziendale: limiti e modalità per l'assegnazione e l'uso degli apparecchi di telefonia (deliberazione n. 701 del 25/06/2016).

- Predisposizione regolamento Utilizzo degli strumenti informatici aziendali e delle misure di sicurezza, attualmente sottoposto all'iter di cui all'art. 4 della Legge 300/1970, come riformato dal D.Lgs. 185/2016.

- Documento Programmatico sulla Sicurezza anno 2017 (deliberazione n. 747 del 15/05/2017).

Ulteriori contromisure

- Informatizzazione delle liste di attesa, come previsto dal DCA 437/2013 e DCA 110/2017.

- Istituzione dell'osservatorio liste d'attesa con partecipazione dei sindacati, dell'associazione dei consumatori, di Cittadinanzattiva.

- Nel 2017 sono state avviate le procedure per attivare la gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricoveri programmati (area di rischio liste di attesa).

- Informatizzazione extramoenia su disposizione regionale.

- La UOC Sistemi Informatici ICT, anche per effetto della nomina del direttore a RPCT non assume più il ruolo di RUP per quanti riguarda i servizi informatici; mantiene il ruolo solo per l'acquisto e/o noleggio di beni informatici, sulla base di un fabbisogno definito dai singoli Centri di responsabilità e validato dalla Direzione Aziendale (comitato budget e/o in caso di fabbisogni in urgenza per continuità dei servizi).

- Acquisti informatici (beni) esclusivamente su MePa (tranne i casi di urgenza continuità dei servizi)

m) *Area di rischio sponsorizzazioni e sperimentazioni (agg. AA.GG. e LL. - rif. doc. n. 253993 del 17.11.2021)* tale area di rischio non è di competenza della UOSD Affari Generali e Legali.

Sistema regolamentare e procedurale

- Regolamento del Comitato Etico Lazio 1, disciplinante l'attività, il funzionamento e l'organizzazione del Comitato (deliberazione n. 127 del 05/03/2014 e successive m. i.).

- Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni (deliberazione n. 435 del 29/03/2012).

Ulteriori contromisure

- Regolamento per l'adozione delle Procedure Aziendali di Gestione del Rischio Clinico (deliberazione n. 1634 del 09/11/2017).

- Procedura per corretta produzione, differenziazione, raccolta, confezionamento, etichettatura e conferimento delle tipologie di rifiuto sanitario prodotto dalla ASL Roma 4 (deliberazione n. 1923 del 22/12/2017).

- Regolamento Aziendale sul divieto di fumo (deliberazione n. 253 del 16/02/17).

- Regolamento per la disciplina dei tirocini formativi e delle frequenze volontarie (deliberazione n. 711 del 05/06/2009).

A seguito di un primo periodo di osservazione relativo ad almeno due cicli informativi periodici, si procederà:

- a “tarare” maggiormente i flussi informativi, ove ritenuto necessario, in ragione di esigenze conoscitive od organizzative sia del RPCT che degli apicali coinvolti nelle rilevazioni;

- ad identificare opportuni indici di anomalia segnaletici di eventuali situazioni di criticità (A partire da quelli definiti da AGCM in ambito contratti pubblici (<http://www.agcm.it/stampa/news/6647-varato-il-vademecum-sugli-appalti.html>) e che saranno ulteriormente specificati ed implementati da ANAC (cfr. in proposito il “Protocollo di intesa ANAC-altre Amministrazioni per la definizione e la quantificazione di rilevanti indicatori di rischio” reperibile al link: <http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Comunicazione/News/news?id=df3f11bd0a778042639c4e7e0ba1d525>).

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. Struttura organizzativa

3.1.1. Il personale

La consistenza organica del personale dipendente della ASL Roma 4 con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato è quella riportata, in sintesi, nelle tabelle sotto riportate, alla data del 31 dicembre 2024.

DIPENDENTI ALLA DATA DEL 31.12.2024			
Ruoli e profili	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Altro
Dirigenza Area Sanitaria	382*	28**	1***
Dirigenza Amministrativa	11****		1
Dirigente Professionale		3-	
Dirigente Tecnico		1-	
TOTALI	397	29	1
Comparto Sanitario	996	48	
Comparto Amministrativo	227	1	
Comparto Tecnico	148	6	
Comparto Professionale	3****		1
TOTALI	1.374	56	
(*) nr. 3 Dirigenti Area Sanità in Comando "out"			
(**) nr. 1 Dirigente Area Sanità Tempo determinato ai sensi dell'art. 15 septies D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.			
(***) n. 1 Ricercatore - Accordo con Università Tor Vergata			
(****) nr. 1 Dirigente in aspettativa per incarichi presso altri Enti			
(****) si tratta di tre assistenti religiosi in convenzione.			
Per il personale del comparto sono stati conteggiati nel T.I. i comandi OUT e nel T.D. i comandi IN			
TOTALE COMPLESSIVO UNITA' DI PERSONALE			1856

Personale dipendente

DIRIGENZA RUOLO									
	CLASSI DI ETA	<25	25-34	35-44	45-54	55-64	=>65	MASCHI	FEMMINE
SANITARIO			35	117	110	106	43	168	243
PROFESSIONALE				2	1			1	2
TECNICO						1		1	
AMMINISTRATIVO					6	6		6	6
TOTALE			35	119	117	113	43	176	251

Personale Dirigente

COMPARTO RUOLO									
	CLASSI DI ETA	<25	25-34	35-44	45-54	55-64	=>65	MASCHI	FEMMINE
SANITARIO			151	261	295	304	33	213	831
PROFESSIONALE				1	3			3	1
TECNICO			16	32	35	65	6	68	86
AMMINISTRATIVO			20	41	66	89	12	79	149
TOTALE			187	335	399	458	51	284	918

Personale Comparto

3.1.2. L'organizzazione



Organizzazione aziendale

Con il DCA U00322 del 1° agosto 2019 è stato approvato l'Atto di autonomia aziendale, strumento giuridico mediante il quale l'Azienda ha determinato la propria organizzazione e il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (ex articolo 2, comma 2-sexies, del D.Lgs n. 502/1992 come modificato dall'art.1 del D.Lgs n. 168/2000). Successive modifiche sono state disposte con deliberazione del Direttore Generale n. 580 del 08/03/2021, integrata dalla deliberazione del Direttore Generale n. 1212 del 30/06/2021 e approvate con determinazione n. G09632 del 16 luglio 2021 pubblicato sul B.U.R. Lazio n. 72, Supplemento 2.

L'organizzazione aziendale è improntata alla chiara 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 questi presupposti e tenendo conto delle indicazioni programmatiche regionali, l'articolazione organizzativa dell'Azienda prevede l'individuazione di:

- Macrostrutture (Dipartimenti, Distretti);
- Strutture di Coordinamento per aree affini, omogenee o complementari (Aree Funzionali);
- Unità Operative Complesse;
- Unità Operative Semplici Dipartimentali;
- Unità Operative Semplici;

- Titolari di Incarico di Organizzazione;
- Titolari di Incarico di Coordinamento;
- Titolari di Incarico Professionale.

3.1.3. Struttura organizzativa

In relazione a quanto previsto dalla sezione si rappresenta che con deliberazione del Direttore Generale f.f n. 588 del 08.07.2024 è stata adottata una nuova proposta di Atto aziendale che modifica l'attuale organizzazione aziendale. Tale proposta attualmente è in fase di valutazione da parte della Regione Lazio e, quindi, non può ritenersi già vigente. Per quanto riguarda l'attuale assetto organizzativo, quindi, si deve momentaneamente fare riferimento all'Atto aziendale pubblicato sul supplemento n. 2 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 72 del 20.07.2021. Il sistema degli incarichi dirigenziali derivante da tale Atto aziendale prevede i titolari di struttura lì previsti. Con deliberazione del Direttore Generale n. 342 del 19.04.2023 è stato adottato un regolamento per il conferimento, revoca e graduazione degli incarichi dirigenziali dell'Area Sanità. L'area contrattuale delle Funzioni Locali (Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa) era già stata regolamentata con deliberazione del Direttore Generale n. 64 del 26.01.2023.

Per quanto attiene gli incarichi di funzione del personale del Comparto si fa riferimento a quanto previsto dalle deliberazioni n. 888 del 20.11.2023 di approvazione del regolamento di conferimento, revoca e graduazione delle funzioni per gli incarichi di funzione del personale del Comparto e n. 350 del 23.04.2024 di approvazione della Mappatura di tali incarichi.

3.2. Organizzazione del lavoro agile

Attraverso l'adozione di uno specifico regolamento, di cui alla Delibera n. 135 del 14/02/2023, l'ASL Roma 4 ha dato attuazione alla normativa vigente in materia di lavoro agile dettando modalità operative per l'attivazione di tale istituto al fine di favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro dei dipendenti nonché realizzare obiettivi di incremento della competitività, razionalizzazione e modernizzazione dell'organizzazione del lavoro e perseguimento di economie di gestione attraverso l'impiego flessibile delle risorse umane.

Successivamente a tale regolamento è intervenuta la Direttiva 29/12/2023 in materia di Lavoro Agile, emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione dott. Paolo Zangrillo, con la quale viene superata l'obbligatorietà della prestazione in modalità agile per i lavoratori "fragili" della Pubblica Amministrazione.

La stessa Direttiva evidenzia infatti la necessità di garantire ai lavoratori che documentano "gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, "anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza".

Per tale motivo si è reso necessario modificare l'art. 7 comma 1, Svolgimento della prestazione in modalità agile, del Regolamento Aziendale di cui alla Delibera n. 135 del 14/02/2023, con cui l'azienda limitava la possibilità di svolgere la propria attività in modalità agile nel limite massimo di due giornate settimanali non interessate da rientro pomeridiano. L'Azienda si quindi dotata di un nuovo Regolamento di cui alla Delibera n. 191 del 28/02/2024.

Il Lavoro Agile non costituisce una specifica fattispecie contrattuale di lavoro bensì una peculiare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti e che si sviluppa attraverso l'alternanza di momenti di esecuzione della prestazione in presenza in sede e momenti di esecuzione da remoto.

Fermo restando il rispetto dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, così come imposti dalla legge e dai CCNL vigenti, l'esecuzione della prestazione lavorativa in lavoro agile è maggiormente orientata al conseguimento di risultati connessi a specifiche progettualità, obiettivi ovvero ancora fasi o cicli di lavoro, ed è caratterizzata dall'utilizzo della tecnologia e della telematica. Pertanto, durante i momenti di esecuzione della prestazione lavorativa da remoto, la disciplina dell'orario di lavoro del lavoratore agile è disciplinata dall'art. 4 del presente regolamento.

L'attivazione del Lavoro Agile ha natura volontaria, richiedendo il consenso di entrambe le parti manifestato in apposito accordo individuale, e si realizza in applicazione dei criteri e delle modalità procedurali previste nel presente regolamento. Fatti salvi i casi in cui la Legge per tempo vigente o la contrattazione collettiva nazionale attribuisca al dipendente un diritto allo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile (e nei limiti ivi previsti), non esiste un generale diritto soggettivo del dipendente all'accesso al lavoro agile, neanche nelle ipotesi in cui le norme prevedano un mero regime di priorità.

I dipendenti che effettuano la propria prestazione lavorativa in modalità agile sono in linea generale soggetti ai doveri e godono dei diritti derivanti dalle norme di legge sul lavoro subordinato, di CCNL e regolamentari interne applicabili all'Asl Roma 4. È pertanto vietata qualsiasi forma di discriminazione diretta od indiretta dei lavoratori agili. È altresì vietata la disparità di trattamento giuridico od economico - fatto salvo quanto previsto esplicitamente nel presente regolamento - nei confronti di tali lavoratori rispetto agli altri dipendenti che svolgano l'attività lavorativa esclusivamente in presenza presso la sede di servizio cui sono stati assegnati.

Il lavoratore agile ha pari dignità rispetto ad un lavoratore che svolge la propria prestazione esclusivamente in presenza ed in egual modo contribuisce con il proprio operato al perseguimento degli obiettivi della struttura organizzativa di afferenza e dell'amministrazione nel suo complesso.

L'ASL Roma 4 riconosce nel Lavoro Agile uno strumento fondamentale per migliorare il benessere dei propri dipendenti nonché l'organizzazione del lavoro e le proprie prestazioni.

Di seguito si riporta il dato relativo ai lavoratori che hanno usufruito dell'istituto per l'anno 2024:



Conteggio di MATRICOLA		
Coordinamento CSM	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	1
Accreditamento	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	1
DF1 Medicina Legale	PROF.FUNZ. EX CPS INFERMIERE D	1
Direzione Amministrativa - Segreteria	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	1
	DIR. AMM. (EX 9 >5aa)	1
	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	1
Direzione Amministrativa Presidi Osped.	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	1
Direzione Dipartimento - segreteria	DIR.PSICOLOGO (EX 9 >5aa) >15 E	1
Direzione Generale - Segreteria e Staff	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	2
	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	2
	PROF.FUNZ. EX SPEC.COMUNIC.ISTITUZ. D	1
Direzione Sanitaria Padre Pio	PROF.FUNZ. EX CPS INFERMIERE D	2
Direzione Sanitaria San Paolo	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	1
Distretto F1 SERT	DIR.PSICOLOGO (EX 9 >5aa) NE	1
Distretto F2 (Via Aurelia-Ladispoli)	PERS. SUPP. EX COADIUTORE AMM.VO B	2
Distretto F2 (Via Suor Crocefissa-Cerve	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	1
Distretto F4 (V.Tiberina Km 15,500-Capen	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	3
	DIR.MEDICO (EX 9 <5aa) NE	1
	DIR.MEDICO (EX 9 >5aa) >15 E	1
	PERS. SUPP. EX COADIUTORE AMM.VO B	2
	PERS. SUPP. EX OP. TECNICO B	1
	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	2
Professioni sanitarie	PROF.FUNZ. EX CPS TEC.RADIOLOGIA D	1
Radiologia San Paolo	PROF.FUNZ. EX CPS TEC.RADIOLOGIA D	1
Servizi diretti alla persona	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	1
	DIR.MEDICO (EX 9 <5aa) 5-15 E	1
SISP	DIR.MEDICO (EX 9 <5aa) <5 E	1
Tutela salute donna e medicina preventiva	DIR.MEDICO (EX 9 <5aa) C E	1
	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	1
UOC Affari Generali e Legali	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	2
UOC Bilancio	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	6
	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	5
UOC Personale a Convenzione	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	2
	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	1
UOC Personale dipendente	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	9
	PERS. SUPP. EX COADIUTORE AMM.VO B	1
	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	5
UOC Provveditorato	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	6
	PERS. SUPP. EX COADIUTORE AMM.VO B	1
	PROF.FUNZ. EX COLL AMM.VO D	2
UOC Sistemi Informatici ICT	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	5
	DIR.ANALISTA (EX 9 <5aa)	1
	PERS. SUPP. EX COADIUTORE AMM.VO B	1
UOC Sviluppo Formativo	ASSISTENTE EX ASSIST AMMI.VO C	1
Totale complessivo		85

Lavoro agile

3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1. Metodologia

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno, ove ci si trovi di fronte a situazioni non prevedibili, e purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il frutto di una analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso della ASL Roma 4, sono prevalente ma non esclusivamente riconducibili alle professioni sanitarie.

Negli ultimi anni, inoltre, con particolare riferimento all'area ospedaliera e al personale operante in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), è stata data particolare rilevanza alla metodologia AGENAS sviluppata proprio in questi ambiti.

L'Azienda, nel predisporre il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale della ASL Roma 4, tiene conto sia della valutazione del contesto organizzativo generale e aziendale e dei rispettivi fabbisogni di personale, sia prospettico in ragione degli interventi previsti nel PNRR.

La determinazione del fabbisogno di risorse umane per le diverse strutture scaturisce, quindi, dalla ricognizione delle esigenze finalizzate ad una dotazione adeguata di personale nei vari Dipartimenti, anche alla luce del costante depauperamento di unità cessate e non sostituite e dei fabbisogni emergenti.

Ancorché l'ultima proposta di Piano Triennale del Fabbisogno del Personale inviato in Regione Lazio abbia tenuto conto delle sole cessazioni previste come sicure nel triennio di riferimento così come delle assunzioni certe già autorizzate, sulla base delle precise indicazioni degli stessi uffici regionali, tuttavia l'Azienda nella continua elaborazione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) predispone in coerenza con le informazioni fornite dalle diverse strutture, una programmazione che tenga conto sia delle nuove esigenze aziendali che delle cessazioni a vario titolo del personale in servizio.

3.3.2. Consistenza del personale al 31/12/2023

Per fronteggiare adeguatamente la domanda di assistenza sanitaria, l'ASL Roma 4 si avvale di uno staff multidisciplinare di operatori, costruendo il proprio fabbisogno di personale ponderato sulle effettive necessità del triennio, bilanciando e temperando il mantenimento di adeguati livelli di performance aziendale con il budget assegnato.

Alla data del 31 dicembre 2023 il personale dipendente dell'ASL Roma 4 era pari a n. 1800 unità, così suddiviso:

Tempo Indeterminato			Tempo Determinato		
	Dirigenza	Comp arto	Dirigenza	Comparto	Tot.
Ruolo Sanitario	370	931	34	65	1400
Ruolo Amministrativo	12	230	1	1	244
Ruolo Tecnico	-	132	1	17	150
Ruolo Professionale	2	2	2	-	6
Totale	384	1295	38	83	1800

Classificazione personale dipendente

Dall'analisi dei dati relativi al personale, si è da qualche anno evidenziata una problematica che mette seriamente a repentaglio la funzionalità dell'Azienda, ovvero le criticità organizzative derivanti dalla gestione del personale in possesso di limitazioni e/o prescrizioni per lo svolgimento delle mansioni del profilo di appartenenza.

Nello specifico, si sottolinea come una quota del personale infermieristico dell'Azienda sia stata oggetto di prescrizioni con riferimento all'attività svolta nei reparti di degenza ospedaliera, a seguito delle quali si è proceduto ad una riassegnazione degli interessati nelle aree dei servizi ambulatoriali/territoriali.

Ciò comporta che la "forza lavoro" infermieristica nei reparti di degenza dei 2 nosocomi aziendali (San Paolo di Civitavecchia e Padre Pio di Bracciano) ha subito una inevitabile ripercussione nella compressione, in quanto non è possibile assegnarvi personale con limitazioni.

Nella valutazione sulla consistenza del personale infermieristico dell'Azienda occorre tener conto di questa variabile in considerazione del suo diretto impatto sull'organizzazione dei servizi e delle difficoltà da superare per la gestione delle carenze dovute alle inidoneità ed alle limitazioni lavorative del personale.

Alla luce di quanto sopra descritto, nelle proposte di fabbisogno per il profilo di infermiere occorre necessariamente tener conto anche di questo tema che condiziona fortemente la capacità dell'Azienda di rispondere ai bisogni assistenziali dell'utenza.

3.3.3. Programmazione strategica delle risorse umane e strategie di copertura del fabbisogno

Nel corso dell'anno 2024 l'Azienda ha quindi provveduto al reclutamento di n. 124 unità (n. 44 dirigenza, n. 80 comparto), a fronte di n. 86 unità cessate (n. 41 dirigenza, n. 45 comparto).

L'attività di reclutamento è stata, infatti, negli ultimi anni costante a fronte di un trend costante di cessazioni come di seguito rappresentata, al netto di procedure di mobilità compensativa comunque effettuate:



Anno	ASSUNZIONI		Totale Assunzioni	CESSAZIONI		Totale Cessazioni
	Dirigenza	Comparto		Dirigenza	Comparto	
2021	67	90	157	46	83	129
2022	100	173	273	48	86	134
2023	48	102	150	46	61	107
2024	44	80	124	41	45	86

Trend assunzioni – cessazioni 2021/2024

In particolare per l'anno 2024 le assunzioni sono state così suddivise:

- Dirigenza: n. 37 dirigenti medici, n. 7 dirigenti sanitari non medici;
- Comparto: n. 58 ruolo sanitario, n. 6 ruolo socio sanitario, n. 6 ruolo tecnico, n. 6 ruolo amministrativo.

Chiaramente per poter espletare a pieno l'opera di reclutamento, l'Azienda si è attivata, oltre allo scorrimento di graduatorie concorsuali già esistenti, anche attraverso l'indizione e l'espletamento di diverse procedure concorsuali nel corso del 2024.

Si riepilogano, quindi, le procedure indette:

- **N. 5 AVVISI PUBBLICI A TEMPO DETERMINATO PER TITOLI E COLLOQUIO PER ASSUNZIONI DI N. 9 FIGURE DIRIGENZIALI così suddivisi:**
 - dirigente medico disciplina Psichiatria: n. 3 unità;
 - dirigente psicologo per le esigenze dell'Hospice: n. 1 unità;
 - dirigente medico disciplina Cure Palliative: n. 1 unità;
 - dirigente amministrativo per la UOC Provveditorato: n. 1 unità;
 - dirigente medico disciplina Chirurgia Generale: n. 3 unità
- **N. 2 AVVISI PUBBLICI DI MOBILITA' NAZIONALE PER ASSUNZIONE DI N. 2 FIGURE DIRIGENZIALI così suddivise:**
 - mobilità per Dirigente Psicologo: n. 1 unità;
 - mobilità per dirigente medico Chirurgia dell'Apparato Digerente – Endoscopia Digestiva: n. 1 unità
- **N. 3 CONCORSI PUBBLICI A TEMPO INDETERMINATO ESPLETATI PER N. 9 UNITA', così suddivisi:**
 - dirigente medico disciplina Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva: n. 2 unità;
 - dirigente medico discipline varie per la UOC Ser.D: n. 4 unità;
 - dirigente medico disciplina Radiodiagnostica: n. 3 unità;

Oltre ai concorsi espletati in maniera autonoma, la UOC Personale si è attivata – su indicazione della Direzione Aziendale – ad aggregarsi alle procedure di reclutamento attivate da altre Aziende sanitarie regionali. Anche attraverso lo strumento dell'aggregazione, l'Azienda ha potuto acquisire personale per soddisfare le proprie esigenze operative.

In particolare si rammentano le procedure aggregate:

- concorso pubblico per dirigente medico disciplina neuropsichiatria infantile: n. 10 unità;
- concorso pubblico per dirigente medico disciplina nefrologia: n. 6 unità;
- concorso pubblico per dirigente medico disciplina Ortopedia e traumatologia: n. 5 unità;
- concorso pubblico per infermiere: n. 60 unità;
- concorso pubblico per OSS: n. 50 unità

Le nuove assunzioni realizzate nel 2024 hanno avuto un impatto rilevante in diversi ambiti:

- sull'assistenza sanitaria diretta: aumento del personale medico, infermieristico e tecnico per rispondere alla crescente domanda di servizi;
- supporto amministrativo: miglioramento dell'efficienza dei processi gestionali grazie all'inserimento di risorse qualificate.
- risposte ai bisogni territoriali.

Contestualmente al potenziamento del personale tramite nuove assunzioni, nel corso del 2024 sono state attuate procedure di stabilizzazioni del personale in possesso dei requisiti previsti dalle normative nazionali.

Il percorso di stabilizzazione è un intervento strategico per garantire la continuità e la qualità dei servizi offerti dall'Azienda. In linea con la strategia aziendale, le procedure di stabilizzazione sono state avviate per garantire:

- la valorizzazione del personale precario, con il riconoscimento dell'esperienza maturata e consolidando le competenze acquisite;
- la riduzione del ricorso al lavoro precario, in linea con le normative vigenti;
- il miglioramento del clima organizzativo, favorendo la sicurezza contrattuale e sviluppando maggiormente il senso di appartenenza alla comunità aziendale.

Si riepilogano, dunque, le procedure di stabilizzazione di interesse per l'anno 2024, suddividendole tra procedure concluse e procedure in corso di espletamento.

CONCLUDE: n. 9 procedure di stabilizzazione che hanno comportato l'assunzione nei ruoli di n. 54 risorse, così suddivise:

- dirigenti medici, n. 7 unità;
- dirigente analista, n. 1 unità;
- dirigente architetto, n. 1 unità;
- infermieri, n. 34 unità;
- tecnico della prevenzione, n. 1;
- collaboratore tecnico, n. 3;
- assistente tecnico, n. 3;
- assistente sociale, n. 1;
- OSS, n. 3;

IN CORSO DI ESPLETAMENTO: n. 7 procedure la cui pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale è avvenuta a fine 2024 per i seguenti profili:

- Dirigenti medici, n. 4 unità;
- Dirigente biologo, n. 2 unità;
- Dirigente farmacista, n. 1 unità;
- Dirigente psicologo, n. 1 unità;
- Dirigente Amministrativo, n. 1 unità;
- Infermieri, n. 9 unità;
- Collaboratore tecnico n. 2 unità.

Sono stati inoltre, inviati in Regione per la successiva pubblicazione n. 9 bandi di avviso pubblico, finalizzati all'assunzione nei ruoli dell'ASL Roma 4, di n. 23 risorse, così suddivise per profili:

- Dirigenti medici, n. 5 unità;
- Dirigenti psicologi, n. 4 unità;
- Infermieri, n. 2 unità;
- Ostetrica, n. 3 unità;
- Tecnico di laboratorio, n. 1 unità;
- Tecnico della prevenzione, n. 1 unità;
- OSS, n. 3 unità;
- Collaboratore tecnico, n. 2 unità;
- Assistente amm.vo, n. 2 unità

3.3.4. Formazione del personale

L'ASL ROMA 4 riconosce la formazione quale leva strategica per lo sviluppo professionale del personale e per la realizzazione degli obiettivi strategici e di innovazione della pubblica amministrazione in generale e della sanità in particolare.

L'attività di formazione e aggiornamento rappresenta per il personale l'opportunità di miglioramento e qualificazione professionale, nonché per l'Azienda uno strumento utile a rivalutare l'assetto organizzativo, rideterminare gli organici di ogni area o settore e poter garantire all'azienda una prospettiva di crescita attraverso l'ottimizzazione delle risorse umane.

Dunque, la valenza della formazione è duplice, da un lato rafforzare le competenze individuali dei singoli dipendenti e dall'altro potenziare strutturalmente le amministrazioni pubbliche, in una prospettiva di evoluzione continua della qualità dei servizi rivolti all'utenza.

La formazione continua rappresenta, quindi, per l'Azienda, un elemento strategico di innovazione e di

costante allineamento delle competenze e delle performance, in uno scenario in continua evoluzione, in cui i professionisti, sia sanitari che professionali, tecnici e amministrativi, sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali.

In prospettiva di una revisione del Regolamento aziendale in materia di Formazione, un ruolo importante è attribuito al Comitato Tecnico Scientifico che è preposto alla validazione del P.A.F. a livello scientifico e delle metodologie di apprendimento, ed è composto da dipendenti con specifiche competenze in campo formativo.

Il Comitato ha il compito di supportare la U.O.S.D. “Risk Management, Formazione e Qualità, in qualità di organizzatore di eventi formativi e di Provider ECM, nonché nella definizione e validazione della programmazione formativa annuale, svolgendo le seguenti funzioni:

- effettua il riesame della progettazione;
- analizza i contenuti e la validità scientifica delle proposte formative avanzate e le seleziona;
- assicura la corrispondenza tra attività previste nel P.F.A. e fabbisogni formativi dei partecipanti coinvolti;
- verifica il coinvolgimento di tutte le figure professionali dell'Azienda;
- verifica la correlazione tra obiettivi strategici aziendali e le azioni formative;
- monitora l'erogazione della formazione obbligatoria.

In quest'ottica, è in corso di elaborazione il Piano Formativo 2025 - 2027 che, risente e accompagna lo sviluppo di nuove competenze del middle management e del personale aziendale con adeguati interventi formativi verso i nuovi scenari organizzativi e operativi delineati dalle “Linee Guida Generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77”, che prevede una significativa riorganizzazione dei servizi territoriali nella ASL Roma 4 per effetto di numerosi interventi PNRR.

Dal punto di vista metodologico si è mantenuto quanto già avviato con il precedente PFA 2024 – 2026, ovvero l'articolazione del ciclo della formazione su un orizzonte temporale triennale, 2025 – 2027, in linea ed in coerenza con il più ampio contesto di riferimento di pianificazione strategica contenuta nei diversi atti di programmazione triennale approvati dall'Azienda.

Il Piano Formativo viene redatto tenendo conto dei seguenti elementi guida:

- gli obiettivi strategici nazionali e regionali;
- l'analisi delle criticità organizzative e della rilevazione dei fabbisogni formativi, trasformati in proposte progettuali;

- la programmazione regionale;
- le linee guida, linee di indirizzo, specifiche di aree assistenziali;
- il PNRR;
- i Piani operativi.

Nell'elaborazione del Piano Formativo Aziendale 2025 - 2027 verrà data priorità alle azioni formative che hanno l'obiettivo di supportare:

- lo sviluppo delle competenze manageriali;
- lo sviluppo delle competenze tecnico-amministrative al fine di rispondere agli adempimenti e obblighi previsti dalla normativa vigente;
- lo sviluppo delle competenze sanitarie specialistiche;
- lo sviluppo delle competenze relazionali.

Inoltre, nell'ambito della Formazione aziendale particolare attenzione è rivolta, anche quest'anno a temi di grande attualità, quali la violenza di genere e le frequenti aggressioni agli operatori sanitari.

Sulla base di tali linee di indirizzo, già nel 2024 sono stati avviati percorsi formativi specifici e che proseguiranno nell'anno 2025, coinvolgendo in maniera trasversale i diversi servizi, anche in collaborazione con le Istituzioni locali quali la Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario e presso il Tribunale per i minorenni, la Polizia Giudiziaria del Circondario di Civitavecchia, i Servizi Sociali delle Amministrazioni Comunali e che prevedono la co-progettazione di un percorso formativo multidisciplinare comune alle diverse figure professionali.

Tra le iniziative poste in essere dall'Azienda nel corso dell'anno 2024, quale strumento di supporto all'attività operativa quotidiana degli operatori sanitari nell'attività assistenziale, nello studio, nell'educazione continua e nella ricerca, particolare rilievo riveste l'abbonamento alla Biblioteca Medica Virtuale "A. Liberati" del SSR del Lazio (BAL) e alla banca dati online "Uptodate Advance" per il personale sanitario, con adesione da parte dell'Azienda già per il triennio 2020-2023 e rinnovata con deliberazione n. 549 del 03/07/2023 per ulteriori 36 mesi fino al 31/05/2026.

Tramite il Dipartimento di Epidemiologia, www.bal.lazio.it, tutto il personale sanitario può accedere alla banca dati on line *UpToDate* e *Lexicomp*, strumenti EBM di supporto alle decisioni cliniche e alle decisioni sui farmaci.

Inoltre, nel corso degli anni 2023-2024 l'Azienda ha aderito in qualità di socio sostenitore, al Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS), associazione istituita sull'iniziativa

dell'Università Sacro Cuore, finalizzata a promuovere processi di cambiamento e di innovazione nel sistema sanitario. In particolare, le iniziative formative si rivolgono ad un'ampia platea di utenti che, seppur con ruoli e professionalità diverse, operano nell'ambito di strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Altro progetto attivato nell'anno 2024 e in corso per l'anno 2025 è l'adesione all'iniziativa dei corsi "Valore PA" erogati dall'INPS, quale strumento formativo per il personale aziendale.

I temi dei corsi sono individuati nell'ambito di tematiche generali, in base ai bisogni formativi espressi da tutte le amministrazioni aderenti.

Il modello punta a rafforzare la rete tra le pubbliche amministrazioni con centri multi-stakeholder nell'erogazione di servizi di welfare, capaci di impiegare al meglio le risorse finanziarie e organizzative.

I corsi Valore PA riguardano tutte le tematiche di interesse per la formazione dei dipendenti pubblici e sono caratterizzati da un modello di didattica orientato sia allo sviluppo di conoscenze, sia all'utilizzo di strumenti operativi, lavori di gruppo e prove pratiche.

Infine, nell'anno 2025 è intenzione dell'Azienda Sanitaria Roma 4 potenziare al meglio le opportunità che offre l'adesione alla piattaforma Syllabus, lo strumento operativo per realizzare gli obiettivi della Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 23 marzo 2023, che ha quale finalità tornare ad investire sul personale per migliorare le amministrazioni e i servizi erogati a cittadini e imprese al fine di poter potenziare la qualità dei Servizi, sviluppare nuove competenze e colmare eventuali Gap di Conoscenza. Con Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025 sono state date ulteriori indicazioni in tema di valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione, specificando la necessità di garantire, a partire dall'anno 2025, un numero di ore di formazione pro-capite non inferiore a 40, pari ad una settimana di formazione per anno.

4. MONITORAGGIO

Il monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi dell'art. 6, comma 3 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, nonché delle disposizioni di cui all'art. 5 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) sarà effettuato:

- Secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, per quanto attiene alle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”.
- Secondo le modalità definite dall'ANAC, relativamente alla sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”. In particolare, con riferimento al monitoraggio delle misure previste nel precedente Piano per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza, si rimanda ai contenuti inseriti nella specifica sottosezione.
- Su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, relativamente alla Sezione “Organizzazione e capitale umano”, con riferimento alla coerenza con gli obiettivi di performance.