

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

TRIENNIO 2022 - 2024

Indice

1.	PREMESSA	2
2.	LA ASL ROMA 4 – SCHEDA ANAGRAFICA	5
2.1.	CHI SIAMO	5
2.2.	IL CONTESTO NEL QUALE OPERIAMO	6
2.2.1.	IL TERRITORIO	6
2.3.	IL PERSONALE	8
2.4.	COME OPERIAMO	9
3.	VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	11
3.1.	GLI IMPEGNI STRATEGICI DELL’AZIENDA	12
3.1.1	SOSTENIBILITÀ ECONOMICA	12
3.1.2	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	12
3.1.3	EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI	13
3.1.4	APPROPRIATEZZA DEI RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDER E L’UTENZA	14
3.2	POLITICHE ED OBIETTIVI PER L’ANNO 2022	15
3.3	SISTEMA DI BUDGET	15
4	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	17
4.1	PREMESSE	17
4.2	I SOGGETTI COINVOLTI E I RELATIVI COMPITI	17
4.3	MISURE GENERALI	21
4.4	OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA	23
5.	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	25
5.1	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	25
5.2	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	27
5.3	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	29
5.4	FORMAZIONE DEL PERSONALE	30
6.	MONITORAGGIO	31

1. Premessa

Il D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito in Legge n.113 del 6 agosto 2021, ha introdotto nel nostro ordinamento il “Piano integrato di attività e organizzazione” (PIAO), che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti e va presentato entro il 31 gennaio di ogni anno. Ha durata triennale e definisce gli strumenti e le fasi “per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione”, con l’obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il PIAO sostituisce e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il Piano della Performance, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 4 stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell’esperienza professionale maturata e dell’accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il Piano della Formazione, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all’accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all’ambito d’impiego e alla progressione di carriera.

Il PIAO, inoltre, dovrà contenere:

- l’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività

inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi. Il PIAO dovrà essere pubblicato ogni anno sul sito della Asl e inviato al Dipartimento della funzione pubblica. Il PIAO, quindi, semplifica gli adempimenti dell'amministrazione e consentirà, in una logica integrata, di ricondurre ad un unico documento le scelte operative di sviluppo strategico della Asl, in perfetta linea con il percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Il percorso procedurale di adozione del PIAO disciplinato dal D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, prevedeva, entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore (8 ottobre 2021), con l'emanazione di uno o più DPR aventi ad oggetto l'individuazione e l'abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO, il Dipartimento della funzione pubblica avrebbe provveduto ad adottare un schema di PIAO, quale strumento di supporto per le P.A.

Il successivo D.L. del 30 dicembre 2021, n. 228 - Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (c.d. Milleproroghe) – ha modificato il predetto percorso, disponendo che, limitatamente all'anno 2022, il termine di adozione del PIAO, fissato al 31 gennaio, veniva prorogato al 30 aprile 2022, differendo, altresì, al 31 marzo 2022 i termini previsti per l'emanazione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica per individuare e abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al D.L. 80/2021 e per l'adozione, con Decreto Ministeriale, del schema di PIAO;

fino al termine del 30 aprile 2022 è esclusa l'applicazione delle sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:

- a) articolo 10, comma 5, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
- b) articolo 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
- c) articolo 6, comma 6, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (Piano del fabbisogno del personale)».

Con riferimento specifico, poi, al Piano anticorruzione-trasparenza, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), con Delibera n. 1 del 12 gennaio 2022, ha differito al 30 aprile 2022 il termine di cui all'art. 1, comma 8 Legge 190/2012 per la presentazione del Piano 2022-2024. Tale disposizione trova fondamento nella necessità che le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione siano coerenti con il sistema che il legislatore ha, da ultimo, inteso delineare, tenuto conto altresì del perdurare dello stato di emergenza sanitaria di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19 al 31.03.2022.

Nel contempo, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari giuridici e legislativi, ha inviato alla Conferenza Unificata, ai fini dell'acquisizione dell'intesa, lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'articolo 6,

comma 5, del decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113". In data 2 febbraio 2022 è stata acquisita l'intesa della Conferenza Unificata. La disciplina del percorso procedurale si completa con il sistema delle sanzioni. Se il Piano è omesso o assente, infatti, saranno applicate le seguenti sanzioni previste dall'art. 10, comma 5, del D.Lgs. 150/2009: a) divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risulteranno avere concorso alla mancata adozione del PIAO; b) il divieto di assumere e affidare incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati. A queste, si aggiunge anche la sanzione amministrativa da 1.000 a 10.000 euro prevista dall'articolo 19, comma 5, lettera b), del D.L. 90/2014, riferita alla mancata approvazione della programmazione anticorruzione.

Pertanto, nelle more della definizione delle modalità di esecuzione della citata normativa, l'Azienda Sanitaria Locale Roma 4 ha ritenuto opportuno dotarsi del PIAO, predisposto in applicazione delle disposizioni attualmente vigenti, quale documento strategico e programmatico suscettibile delle necessarie implementazioni in relazione al nuovo atto aziendale in corso di predisposizione, nonché dell'adottando piano strategico aziendale.

Per l'elaborazione del presente Piano, l'Azienda ha costituito un Gruppo di lavoro composto dal Direttore Amministrativo, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dal Dirigente della U.O.S.D. Controllo di Gestione e dal Dirigente della U.O.S. Sviluppo Organizzativo.

L'Azienda provvederà ad integrare e/o modificare il presente documento a seguito delle future ed ulteriori disposizioni normative e direttive nazionali e regionali che interverranno in materia.

2. La ASL ROMA 4 – scheda anagrafica

2.1. Chi siamo

La ASL ROMA 4, già Azienda USL Roma F, storicamente nasce dal processo di aziendalizzazione a seguito dell'accorpamento delle ex USL Roma 21, 22 e 23.

La ASL ROMA 4, 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.

La sede legale è a Civitavecchia, in via Terme di Traiano, 39 a.

Il sito internet aziendale è: WWW.ASLROMA4.IT

Il logo ufficiale è costituito dalla scritta «SISTEMA SANITARIO REGIONALE - ASL ROMA 4» e dal simbolo sotto rappresentato.



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 *mission* 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.

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, ceto, 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 risparmio 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.

2.2. Il contesto nel quale operiamo

2.2.1. Il territorio

L'Azienda (vedi *Figura 1*) si estende su un territorio di circa 1.317 Km² e comprende 28 Comuni. La popolazione residente è pari a 320.853 abitanti (Fonte ISTAT 01/01/2021) con una densità media di circa 243,62 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.



Figura 1

La popolazione residente, più sopra indicata, non esaurisce il bacino di utenza permanente delle strutture sanitarie ubicate sul territorio dell'Azienda; infatti agli abitanti residenti devono aggiungersi le migliaia di persone che vi soggiornano nei periodi estivi, gli oltre 12.000 croceristi

che in media vi giungono quotidianamente e le centinaia di detenuti ristretti nei due penitenziari di Civitavecchia.

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.

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 1500/1800 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 Nord orientale romano.

L'Azienda si articola in 4 Distretti (vedi *Figura 2*):

- 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.

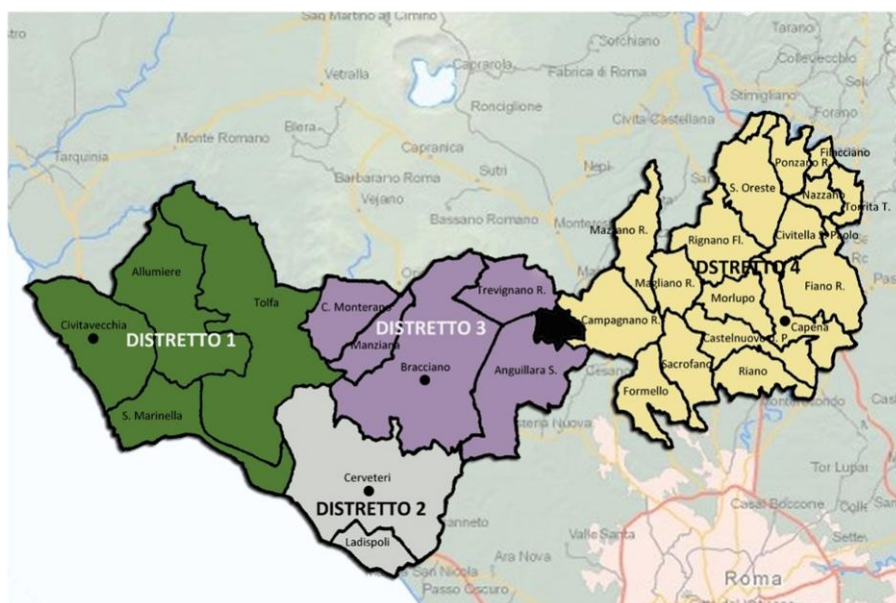


Figura 2

Il distretto 1 è ad Ovest dell’Azienda e comprende la città di Civitavecchia, mentre il 2 si sviluppa a Sud, lungo il litorale tirrenico. Il distretto 3 si estende intorno al lago di Bracciano e il 4, con i suoi 7 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.

2.3. 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 8 - 9 - 10*, alla data del 31 dicembre 2021.

Tabella 1

Ruolo	Tempo Indeterminato		Tempo Determinato		Totale	
	Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto
Sanitario	326	851	11	46	337	897
Professionale	1	-	-	2	1	2
Tecnico	-	110	-	33	-	143
Amministrativo	1	189	7	11	8	200
Totale	328	1.150	18	92	346	1.242

Tabella 2

Dirigenza								
Ruolo	Classi d'età						Maschi	Femmine
	< 25	25-34	35-44	45-54	55-64	≥ 65		
Sanitario	-	19	86	81	112	39	189	148
Professionale	-	-	-	-	1	-	-	1
Tecnico	-	-	-	-	-	-	-	-
Amministrativo	-	-	2	5	1	-	3	5
Totale	-	19	88	86	114	39	192	154

Tabella 3

Comparto								
Ruolo	Classi d'età						Maschi	Femmine
	< 25	25-34	35-44	45-54	55-64	≥ 65		
Sanitario	-	128	196	317	246	10	192	705
Professionale	-	-	-	1	-	1	2	-
Tecnico	2	17	21	39	59	5	71	72
Amministrativo	-	4	33	58	91	14	66	134
Totale	2	149	250	415	396	30	331	911

2.4. Come operiamo

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.*

Nella *Figura 3* è rappresentata l'organizzazione aziendale.



Figura 3

Per la lettura completa dell'organigramma aziendale si rimanda all'Atto di autonomia aziendale in vigore, rinvenibile nel sito web istituzionale al seguente indirizzo:

<https://www.aslroma4.it/albo-pretorio/provvedimenti-pubblicati-in-via-permanente-2>

Per ogni CdR è stato definito l'ambito di azione, la sua missione e le responsabilità nei confronti dei principali Stakeholder. In quest'ottica vengono affidati gli obiettivi a ciascun CdR, che in ragione dei risultati conseguiti nel 2021, sono stati calibrati in funzione di un mantenimento o di un aumento della *performance*.

3. Valore Pubblico e Performance

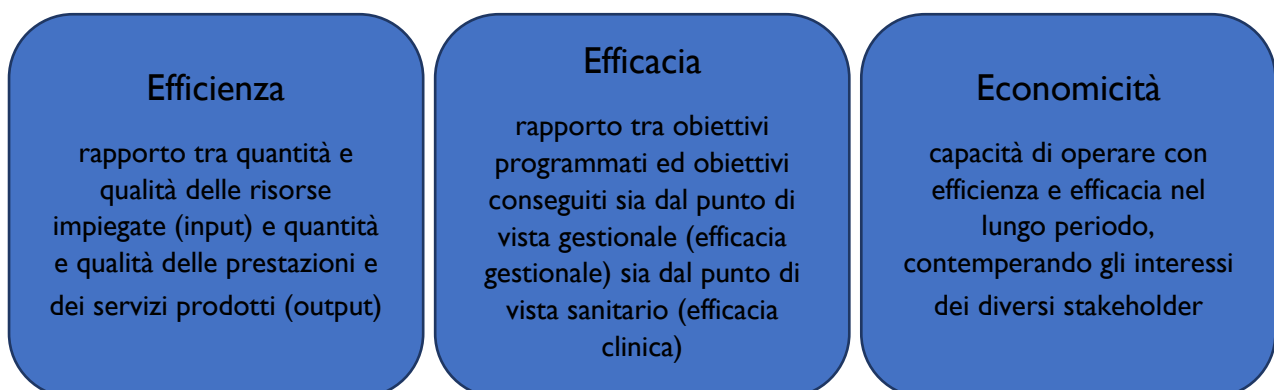
Il valore pubblico dell’Azienda si esplicita attraverso i seguenti impegni strategici:

- una maggiore attenzione ai percorsi clinico organizzativi ospedalieri per migliorare gli esiti sanitari e alla promozione della qualità e dell’appropriatezza ospedaliera con potenziamento di modalità assistenziale alternative al ricovero;
- l’efficientamento del governo della domanda per indirizzare l’offerta più appropriata e contribuire al miglioramento dello stato di salute dei residenti;
- l’efficientamento dei servizi territoriali per una efficace gestione della popolazione a rischio, anche mediante il potenziamento delle cure primarie in base all’attuale evoluzione dei bisogni assistenziali, integrando i vari livelli di assistenza presenti nel territorio, e ridefinendo i percorsi di cura e di presa in carico dei pazienti cronici. Il processo di cambiamento investe dunque non solo la mission e la strategia ma anche l’organizzazione aziendale che deve far assumere all’azienda un ruolo attivo nell’analisi dei fabbisogni, nella traduzione in domanda appropriata e nel riequilibrio dell’offerta di servizi;
- l’umanizzazione dell’assistenza e cura della relazione con il Cittadino;
- la sostenibilità economico-finanziaria;

la ridefinizione di modelli organizzativi e operativi innovativi volti al recupero dell’efficienza ed economicità con la valorizzazione delle competenze professionali.

La *performance* costituisce uno strumento essenziale per il miglioramento dei servizi pubblici e svolge un ruolo fondamentale nella definizione e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi dell’amministrazione in relazione a specifiche esigenze della collettività, consentendo una migliore capacità di decisione da parte della Direzione strategica in ordine all’allocazione delle risorse, con riduzione di sprechi e inefficienze.

La *performance* può essere considerata una sintesi delle cosiddette 3 “E”, ovvero dei seguenti fattori:



3.1 Gli impegni strategici dell'Azienda

Il processo di valutazione degli obiettivi strategici per il triennio 2022-2024, seguirà quattro politiche principali:

1. Sostenibilità economica
2. Appropriatelyzza organizzativa: Governo clinico e Governo del territorio
3. Efficientamento dei sistemi (miglioramento dei sistemi informativi ed informatici, governo del patrimonio tecnologico ed immobiliare)
4. Appropriatelyzza dei rapporti con gli *stakeholder* e l'*utenza* (equità)

3.1.1. Sostenibilità Economica

Gli obiettivi di efficienza, di monitoraggio e contenimento dei costi e di governo dei consumi sono trasversali ai Centri di Responsabilità attori del *processo di budgeting* e sono cruciali per la realizzazione della maggior parte degli altri obiettivi, in un contesto di risorse sempre più limitate, con vincolo del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. In relazione alle importanti manovre di contenimento e di risparmio sulla spesa farmaceutica e sulla spesa dei servizi, è fondamentale proseguire nell'azione di razionalizzazione e riduzione dei costi connessi al supporto tecnico-amministrativo ed in generale a tutti i costi di funzionamento della gestione aziendale.

Tra i principali obiettivi ricordiamo:

- rispetto del budget regionale assegnato;
- rispetto delle scadenze regionali;
- implementazione di un sistema di contabilità analitica integrato aziendale;
- razionalizzazione della spesa per personale, beni e servizi sanitarie non sanitari, spese legali e gestione del contenzioso;
- attuazione PAC e ottimizzazione di processi di liquidazione.

3.1.2. Appropriatelyzza organizzativa

Il tema dell'appropriatelyzza organizzativa è fortemente connesso allo sviluppo e l'attivazione di sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria: l'appropriatelyzza concerne infatti la scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse.

L'appropriatelyzza, in questo contesto, viene a costituirsi come principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali.

Nell'ambito del governo clinico, i principali obiettivi risultano essere:

- l'appropriatelyzza e la qualità degli esiti: adesione agli standard di qualità del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), del Piano Nazionale Esiti (PNE) e del Programma Regionale di valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.);
- riorganizzazione dell'offerta assistenziale, già avviata nel 2020 con l'avvento della pandemia, attraverso la revisione dei percorsi di assistenza e il potenziamento delle reti assistenziali;
- adeguamento dell'offerta dei posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/terapia semintensiva e terapia intensiva;

- utilizzo dell'assistenza ospedaliera per pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e per la programmazione di interventi/prestazioni DRG complessi con trasferimento degli interventi di bassa complessità presso le sale operatorie dedicate per gli interventi in regime ambulatoriale;
- il governo delle liste di attesa;
- la sicurezza delle cure erogate e la gestione del rischio clinico.

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che si pone la Direzione Strategica. Per questo è importante un impegno costante di miglioramento e di appropriatezza della presa in carico del paziente, finalizzato principalmente a garantire adeguati standard qualitativi dei servizi e delle prestazioni rese. La cultura della qualità e della sicurezza delle cure viene garantita mediante la realizzazione di specifici programmi formativi ed operativi. Per quanto riguarda le tecnologie, è di particolare rilevanza il rischio conseguente all'utilizzo delle tecnologie biomediche per applicazioni diagnostiche, terapeutiche o riabilitative. Infatti tutti i sistemi sanitari, sono fortemente caratterizzati da un crescente impiego di tecnologie biomediche nel percorso clinico del paziente, dalla diagnosi alla terapia ed assistenza. La quasi totalità delle prestazioni assistenziali svolte in ospedale e nel territorio sono basate su un impiego intensivo di apparecchiature e dispositivi medici, il cui grado di efficienza può influenzare, direttamente ed indirettamente, la qualità del servizio al paziente in termini di sicurezza di impiego, accuratezza diagnostica o terapeutica, tempo di accesso alle prestazioni sanitarie, oltre a pregiudicare, potenzialmente, le condizioni di sicurezza o salute del personale.

Nella gestione del rischio clinico rientra altresì l'approvazione e la trasmissione del Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) e al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini regionali previsti.

Nell'ambito del governo territoriale, i principali obiettivi risultano essere:

- potenziamento delle cure primarie, dei servizi territoriali e dell'integrazione socio-sanitaria con incremento delle attività da effettuare in prossimità del paziente: potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale con particolare attenzione per la popolazione anziana non autosufficiente, presa in carico dei pazienti con cronicità e degli altri pazienti vulnerabili quali stranieri e migranti, potenziamento assistenza territoriale e medicina d'iniziativa;
- attività di prevenzione, nelle quali sono incluse, oltre ai programmi di screening oncologico ed alle vaccinazioni, tutte le azioni effettuate per il contenimento dell'emergenza Covid-19 ancora in atto quali attività legate ai tamponi, al tracciamento e al piano vaccinale;
- assistenza delle persone detenute.

3.1.3. Efficientamento dei sistemi

La politica di efficientamento dei sistemi mira al miglioramento dei sistemi informativi ed informatici e al governo efficace del patrimonio tecnologico ed immobiliare.

Tra i principali obiettivi ricordiamo:

- il consolidamento e potenziamento dei sistemi informatici al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici;
- il consolidamento e potenziamento dei flussi informativi;
- il monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun immobile ammesso a finanziamento;
- adeguamento emessa a norma degli immobili e ammodernamento e implementazione del parco tecnologico;
- la revisione e approvazione del Piano degli Investimenti.

3.1.4. Appropriately dei rapporti con gli *stakeholder* e l'*utenza*

Gli *stakeholder* sono tutti i soggetti che interagiscono con l'Azienda e, essendo portatori di interessi, sono in grado di influenzarne le scelte.

Sinteticamente si elencano i principali *stakeholder* di un'azienda sanitaria:

- i cittadini fruitori dei servizi sanitari;
- i familiari dei pazienti;
- gli *informal caregivers*, ovvero i soggetti con il compito di accudire i pazienti, quali badanti e volontari, nel processo di assistenza;
- le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e le associazioni di volontariato;
- gli enti locali che concorrono alle decisioni sulle politiche ed alla erogazione di servizi che concorrono alle prestazioni sanitarie;
- le categorie professionali;
- i sindacati;
- il personale ed i dirigenti dell'azienda, i fornitori (tra i quali gli altri prestatori d'opera, quali ad esempio le cooperative);
- gli studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari;
- gli assicurati;
- l'Università, dal punto di vista della valorizzazione delle attività di didattica;
- la Regione, capogruppo del SSR.

Il coinvolgimento dei cittadini e la partecipazione dei pazienti ai processi di cura e riabilitazione alimentano la fiducia e la *compliance*, aumentano la loro diretta responsabilità nel funzionamento dei servizi e determinano da parte dell'organizzazione l'impegno per il miglioramento del servizio.

Al tal proposito, per migliorare sempre più la qualità dei servizi, la *Carta dei Servizi* ha previsto il coinvolgimento degli *stakeholder* e l'*utenza* mediante indagini di *Customer Satisfaction*.

Inoltre, è previsto il progressivo miglioramento dell'*umanizzazione delle cure* e l'implementazione dei processi e dei percorsi di *Audit civico* e aggiornamento sistematico del sito web aziendale.

Particolare attenzione viene altresì posta nella revisione dei programmi formativi che vengono adeguati alle esigenze dell'organizzazione, nella cura ed il miglioramento del benessere organizzativo aziendale e nella completa attuazione del Piano Triennale di prevenzione della Corruzione e della trasparenza.

3.2 Politiche ed obiettivi per l'anno 2022

Il processo di valutazione degli obiettivi strategici per l'anno 2022, seguirà quattro politiche principali. A sua volta, all'interno della logica dell'albero della Performance, ogni obiettivo strategico, associato ad una politica, sarà articolato in obiettivi operativi e relativi indicatori di performance per ciascuno dei quali verranno definiti i tempi, le azioni e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento, demandando alla predisposizione delle schede annuali di budget la definizione delle risorse assegnate.

Nella tabella che segue vengono riportati e le politiche gli obiettivi strategici da perseguire per l'anno 2022.

0

1. Sostenibilità economica	2. Appropriatelyzza	3. Efficiamento dei sistemi	4. Appropriatelyzza rapporti stakeholder e utenza
1.1 Rispetto budget aziendale assegnato	2.1 Appropriatelyzza e qualità degli esiti	3.1 Consolidamento e potenziamento sistemi informatici	4.1 Miglioramento customer satisfaction
1.2 Rispetto scadenze regionali	2.2 Riorganizzazione offerta assistenziale	3.2 Consolidamento e potenziamento sistemi informativi	4.2 Miglioramento umanizzazione delle cure
1.3 Implementazione Co. An.	2.3 Governo delle Liste di Attesa	3.3 Monitoraggio processo edilizio ammesso a finanziamento	4.3 Potenziamento programmi formativi
1.4 Razionalizzazione spesa	2.4 Sicurezza Cure erogate e Gestione del Rischio Clinico	3.4 Ammodernamento e implementazione parco tecnologico	4.4 Miglioramento benessere organizzativo
1.6 Attuazione PAC	2.5 Potenziamento cure primarie, servizi territoriali e integrazione socio-sanitaria	3.5 Adeguamento e messa a norma degli immobili	4.5 Potenziamento attività per migliorare trasparenza e lotta alla corruzione
1.6 Ottimizzazione processi liquidazione	2.6 Potenziamento attività di prevenzione		
	2.7 Assistenza persone detenute		

3.3 Sistema di Budget

Il sistema di budget aziendale è disciplinato dalla procedura adottata con deliberazione n. 1807 del 22.12.2016 il cui scopo generale è quello di definire la metodologia con la quale la ASL ROMA 4 predisporre e monitora il Budget articolandolo in puntuali previsioni, relativamente ai risultati da conseguire, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare, agli investimenti da compiere.

Il Budget come definito dall'art. 5 della L.R. 31 ottobre 1996, n. 45, si distingue in: Budget Generale e Budget Funzionali.

Nello specifico vengono descritte le fasi per la determinazione dei seguenti documenti:

Il *Budget Generale*, è riferito all'intera azienda e rappresenta lo strumento di coordinamento dei budget funzionali e il termine di confronto per la verifica dei risultati conseguiti.

Il budget generale è una elaborazione del Bilancio Economico di Previsione, nonché la sommatoria dei budget funzionali. Il budget generale, quindi, rappresenta un'articolazione di fattori produttivi ridotta rispetto a quella del bilancio economico di previsione perché tiene conto della sola gestione operativa, per la quale è possibile mettere in relazione le azioni dei Centri di Responsabilità ed i risultati conseguiti. Per questo motivo dal budget generale è esclusa la gestione finanziaria, la gestione straordinaria e la gestione fiscale.

I *Budget Funzionali*, sono riferiti alle strutture (Dipartimenti, Distretti, Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali) e rappresentano lo strumento per definire e concordare in via preventiva i volumi di attività ed i costi relativi.

Sono lo strumento di programmazione di breve periodo attraverso il quale, annualmente, gli indirizzi strategici e le finalità aziendali vengono trasformati in specifici obiettivi, articolati rispetto alle dotazioni di risorse umane e strumentali ed alla disponibilità di risorse economico-finanziarie.

Gli obiettivi dovranno riguardare tutte le Macrostrutture aziendali (Dipartimenti, Aree Funzionali e Distretti) e i Centri di Responsabilità (Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali) titolari di budget individuali.

Il processo di negoziazione dei Budget Funzionali potrà interessare anche ulteriori Centri di Responsabilità nel caso in cui il Direttore Generale ritenga di dover assegnare alle stesse obiettivi specifici di interesse strategico aziendale.

In particolare gli obiettivi dovranno essere:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte politiche e strategiche dell'azienda;
- pertinenti, misurabili, chiari e finalizzati ad apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- riferibili ad un arco temporale annuale;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

La base di partenza per la discussione è costituita dagli impegni assunti dall'azienda attraverso i documenti di pianificazione e programmazione (Piano Strategico triennale e Piano della Performance) e, successivamente, i risultati conseguiti e le risorse utilizzate nel corso dell'anno precedente, al netto di eventuali investimenti, operazioni straordinarie o progetti innovativi che necessitino di approvazione e finanziamento specifici da parte della Regione Lazio, o tempi significativamente lunghi per condurre determinate operazioni.

4. ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

4.1 PREMESSA

Con riferimento alle problematiche sottese alla corruzione nel settore pubblico, deve necessariamente riferirsi sia al cattivo funzionamento della pubblica amministrazione, sia alla corruzione in quanto fattispecie di reato.

Ogni deviazione dalla buona amministrazione porta, comunque, ad una *maladministration*, intesa come gestione di risorse economiche ed umane, assunzioni di decisioni, svolgimento di procedimenti in cui prevale l'interesse particolare del singolo, a scapito di quello della collettività; si tratta di condotte che, seppur non sempre concretatesi in reati veri e propri, finiscono comunque per incidere negativamente sull'immagine dell'Azienda e sulla fiducia dei cittadini.

Per contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione, è intenzione, quindi, seguire n. 2 linee di azione:

- La repressione, quando il fenomeno corruttivo si è manifestato chiaramente e deve quindi procedersi mediante l'attivazione di un complesso regime sanzionatorio (a titolo esemplificativo: penale, disciplinare) predisposto dal legislatore;
- La prevenzione, affinché l'azione degli operatori sia fin dall'inizio orientata e funzionale solo al pubblico interesse, attraverso, cioè, la limitazione dei casi in cui può venire a crearsi una condotta corruttiva.

La linea preventiva dovrebbe poggiare su tre profili importanti:

1. Il potenziamento dell'azione giudiziaria come risposta immediata alla commissione dell'illecito;
2. Il rafforzamento delle funzioni di indirizzo e di responsabilizzazione dei pubblici dipendenti e dei dirigenti;
3. Il presidio dei comportamenti organizzativi, laddove spetta poi al singolo ufficio adottare una serie di cautele e di prescrizioni – preventive, di monitoraggio e di controllo – per limitare i casi di *maladministration*.

A tal fine è intenzione dell'Azienda integrare/modificare il sistema di gestione dei rischi anticorruzione nonché le misure preventive con particolare riferimento ai settori in cui è più elevato il pericolo di corruzione.

Così come indicato dalla L. n. 190/2012, art. 1, comma 16, le amministrazioni devono assicurare il livello essenziale della trasparenza dell'attività amministrativa, in particolar modo, nelle aree di seguito indicate:

- Procedimenti di autorizzazione o concessione
- Scelta del contraente per l'affidamento dei lavori, forniture e servizi
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;

- Concorsi pubblici e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

La gestione del rischio è comunque una procedura *in progress*, necessariamente oggetto di continui affinamenti, integrazioni e modifiche.

Gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione per l'anno 2022 sono:

1. aggiornare la mappatura dei processi, ottimizzandola e razionalizzandola rispetto a quella del 2021, anche nell'ottica della maggiore chiarezza e semplificazione;
2. incrementare la formazione del personale in merito al PTPCT, alle misure di prevenzione, all'etica, alla legalità ed agli effetti dell'integrità;
3. attuare iniziative di comunicazione e sensibilizzazione sui contenuti del PTPCT e sulle strategie dell'ente finalizzate alla prevenzione della illegalità ed alla promozione della trasparenza ("giornate della legalità e della trasparenza"), anche con il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche;
4. implementare la mappatura dei processi aziendali;
5. correlare la performance dei dirigenti dell'Azienda con gli obiettivi di prevenzione e controllo della corruzione;

4.2 I SOGGETTI COINVOLTI E I RELATIVI COMPITI

La **Direzione aziendale** (Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo, in quanto titolari degli incarichi amministrativi di vertice della struttura dell'Ente) svolge i compiti previsti dalla legge, in particolare:

- 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
- approva e adotta il PTPCT ed i relativi aggiornamenti su proposta del RPCT, curandone la trasmissione all'ANAC;
- decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- adotta gli atti di indirizzo di carattere generale direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;

La Direzione strategica può chiamare il RPCT a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni in merito alle misure di prevenzione e di trasparenza.

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 Delibera ANAC n. 840/2018 e recepito nel PNA 2018 nonché nel più recente PNA 2019, 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)

Il RPCT, in questo quadro:

- svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (art. 1 l. n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013), ed in particolare:
 - elabora la proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dal Direttore Generale della ASL (art. 1, comma 8, l. 190/2012); definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
 - verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);
 - propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a);
 - verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);
 - individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c);
 - elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14);
 - vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi nell'amministrazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione di cui agli art. 14 del D.Lgs n. 150/2009 e 44 del D.Lgs. 33/2013 e dalla legge regionale 16 marzo 2011, n. 1, così come richiesto sia dai PNA che dalla normativa, assume le seguenti funzioni ai fini anticorruzione e trasparenza:

- partecipa al processo di gestione del rischio, considerando i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione e della trasparenza nello svolgimento dei propri compiti e formulando pareri e proposte
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento aziendale (art. 54, comma 5, D.Lgs. 165/2001).
- attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (pubblicazione, completezza, aggiornamento e apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione) ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle delibere A.N.AC. n. 1310/2016 e 236/2017
- in relazione a casi di inadempimento degli obblighi di pubblicazione segnalati dal RPCT ai sensi dell'art. 43, D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016, attiva le dovute forme di responsabilità;
- garantisce il percorso di coordinamento e collegamento tra le misure anticorruzione e trasparenza ed il sistema di misurazione delle performance (art. 1, co. 8bis della Legge 190/2012), verificando la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

Ai sensi dell'art. 15 del DPR 16 aprile 2013, n. 62, per effetto dell'approvazione del presente Piano e del Codice di comportamento della ASL, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):

- vigila sull'applicazione del Codice di comportamento in stretto coordinamento con il RPCT
- svolge attività di monitoraggio generale dei procedimenti e delle eventuali sanzioni irrogate direttamente dai Dirigenti apicali della ASL in applicazione del Codice di comportamento e del codice disciplinare adottato dalla ASL ROMA 4 ai sensi degli artt. 54, comma 5 e 55 - 55novies del D.Lgs. 165/2001, richiedendo, ove opportuno e necessario, una relazione annuale nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità direttamente ricevuti
- relaziona a sua volta al RPCT annualmente sulle attività di monitoraggio di cui al punto precedente e sui procedimenti disciplinari direttamente gestiti
- collabora con il RPCT nel fornire ai dipendenti consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione ed attuazione delle norme del Codice di comportamento
- relaziona e aggiorna tempestivamente l'Organismo Indipendente di Valutazione sui provvedimenti attivati e lo stato di avanzamenti degli stessi

I Dirigenti apicali della ASL assumono tra l'altro i compiti di seguito delineati:

- partecipano al processo di gestione del rischio, fornendo le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, concorrendo – anche attraverso specifiche proposte - alla definizione di misure idonee alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1, lettera l- bis e ter, D.Lgs. 165/2001);
- provvedono al monitoraggio delle attività della struttura a cui sono preposti, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruttivo, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (art. 16, comma 1, lettera l-quater, D.Lgs. 165/2001);
- rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e prestano la loro collaborazione al RPCT (art. 8, D.P.R. 62/2013);
- assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale (art. 9, D.P.R. 62/2013) e garantendo il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (art. 43, comma 3, D.Lgs. 33/2013; delibera ANAC n. 1310/2016);
- assicurano la diffusione e garantiscono l'osservanza del Codice di comportamento, verificando per quanto di propria competenza le ipotesi di violazione (art. 15, D.P.R. 62/2013), avviando i procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55-bis, D.Lgs. 165/2001);
- assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico generalizzato (art. 43, comma 4, D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016).

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.

Quindi, al fine di adempiere pienamente al proprio mandato e rappresentare un efficace presidio di prevenzione alla corruzione, l'attività del RPCT deve essere costantemente e concretamente supportata e coordinata con quella di tutti i soggetti operanti nell'organizzazione aziendale.

4.3 MISURE GENERALI

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)

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.

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI EX D.LGS. N. 39/2013

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

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

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

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

- in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione;
- lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- lo svolgimento di alcune attività (ad es., di indirizzo politico) di regola inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un *humus favorevole* ad illeciti scambi di favori.

Sulla base del combinato disposto dell'art. 20 del D.lgs. n. 39/2013 e delle previsioni del PNA, l'accertamento dell'insussistenza di cause di inconferibilità avviene mediante dichiarazione sostitutiva di atto notorio ex art. 47 del DPR n. 445/2000, resa:

- all'atto del conferimento dell'incarico
- annualmente, nel mese di gennaio
- tempestivamente, all'insorgenza di una causa di incompatibilità

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

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

- monitoraggio dell'avvenuta acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni sull'apposita sezione trasparenza del sito istituzionale
- conduzione di verifiche a campione o mirate sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, utilizzando gli Uffici aziendali competenti ad acquisire i riscontri documentali necessari
- 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 inconferibilità/incompatibilità; b) di tipo soggettivo (esclusivamente per le violazioni delle disposizioni concernenti le inconferibilità), volto a valutare l'elemento psicologico di 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 inconferibilità 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.

ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

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 prestatati dal personale dipendente" (deliberazione n. 741 del 28/07/2014).

ROTAZIONI 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.

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.

FORMAZIONE

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.

E' comunque ed ha trattato, in forma semplificata e sintetica, le medesime tematiche. Le modalità di erogazione della formazione ed i relativi temi e contenuti trattati sono stati appropriati ai destinatari degli stessi.

4.4 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico dell'Azienda che ha confermato, anche per il periodo 2022-2024, i medesimi obiettivi strategici già individuati per il triennio 2021- 2023, qui di seguito riportati considerata l'attualità degli stessi:

a) "accessibilità totale" e diffusa da parte dei cittadini, alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'attività e dell'organizzazione dell'Azienda, che ha luogo rispettivamente con gli "accessi agli atti" e le due tipologie di "accesso civico", nonché mediante le informazioni pubblicate sul Sito istituzionale nell'apposita sezione – denominata "Amministrazione Trasparente" al fine di consentire ai cittadini forme di controllo diffuso sull'operato dell'Azienda in attuazione dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità (art. 97 della Carta Costituzionale);

b) potenziare l'organizzazione degli strumenti della comunicazione e delle informazioni dell'Azienda

f) potenziare i momenti di confronto con gli stakeholder.

Per quanto riguarda i singoli obblighi di pubblicazione, questi 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, 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.

LE 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 efficacia¹ 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.

Apertura ed accessibilità dei dati

In merito all'apertura ed accessibilità di informazioni e documenti, l'art. 7 del D.Lgs. 33/2013 dispone che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente siano pubblicati in formato di tipo aperto (ai sensi dell'art. 68 del D.Lgs. 82/2005 - Codice dell'amministrazione digitale), e riutilizzabili senza ulteriori restrizioni ma con obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

L'art. 68 del CAD definisce il "formato di tipo aperto" come: "un formato di dati reso pubblico, documentato esaustivamente e neutro rispetto agli strumenti tecnologici necessari per la fruizione dei dati stessi".

5. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

5.1 Struttura organizzativa

L'Organizzazione della ASL Roma 4 al momento è improntata su quanto previsto dall'Atto aziendale così come pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 63 del 06.08.2019, successivamente parzialmente modificato con deliberazione del Direttore Generale n. 1212 del 30.06.2021, approvata con Determinazione della Regione Lazio n. G09632 del 16.07.2021, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 72, supplemento n. 2, del 20.07.2021.

Sono in previsione, però, nuove modifiche anche in virtù di nuove linee strategiche che l'Azienda intende sviluppare e in previsione anche del redigendo nuovo Piano Strategico Aziendale.

L'organizzazione ora rappresentata, quindi, è da intendersi solo riferita al momento attuale ed è declinata nelle seguenti strutture:

DG	DIREZIONE GENERALE
UOS	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
UOSD	GOVERNO DELLA RETE DEGLI EROGATORI - VERIFICA REQUISITI ACCREDITAMENTO E MONITORAGGIO MODELLI 231 - UFFICIO CONTROLLI AZIENDALI
UOSD	PIANIFICAZIONE STRATEGICA, SVILUPPO, BUDGET E CONTROLLO DI GESTIONE, VALUTAZIONE, RENDICONTAZIONE SOCIALE E AUDIT CIVICO
DSA	DIREZIONE SANITARIA
UOC	DISTRETTO 1
UOC	DISTRETTO 2
UOC	DISTRETTO 3
UOC	DISTRETTO 4
UOSD	RISK MANAGEMENT, QUALITA' E FORMAZIONE
AREA	AREA FUNZIONALE DEL FARMACO
UOC	FARMACIA OSPEDALIERA
UOC	FARMACIA TERRITORIALE
UOS	FLUSSI INFORMATIVI TERRITORIALI
DAA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
AREA	AREA FUNZIONALE RISORSE STRUMENTALI
UOC	TECNOLOGIE BIOMEDICHE E SISTEMI INFORMATICI
UOC	DIREZIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTI E POLO
UOC	PROVVEDITORATO
UOS	GESTIONE CONTRATTI
UOC	TECNICA
UOS	PATRIMONIO
AREA	AREA FUNZIONALE RISORSE FINANZIARIE E PERSONALE
UOC	BILANCIO
UOC	PERSONALE
UOS	PERSONALE A CONVENZIONE
UOS	SVILUPPO ORGANIZZATIVO
UOSD	AFFARI GENERALI E LEGALI
AREA	AREA FUNZIONALE DIREZIONE POLO OSPEDALIERO ASL ROMA 4 - SAN PAOLO/PADRE PIO
UOC	DIREZIONE SANITARIA POLO
UOC	MEDICINA
UOS	MEDICINA BRACCIANO
UOC	DIALISI OSPEDALE - TERRITORIO
UOS	NEFROLOGIA BRACCIANO E UDD CAPENA
UOSD	DIABETOLOGIA
UOSD	ONCOLOGIA
UOC	LABORATORIO ANALISI
UOC	RADIOLOGIA
UOS	RADIOLOGIA BRACCIANO
UOS	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA RADIOLOGICA O/T
DIP	DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
UOC	PRONTO SOCCORSO
UOS	OBI
UOC	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
UOS	ANESTESIOLOGIA
UOS	BLOCCO OPERATORIO
UOC	CARDIOLOGIA - UTIC
UOS	ELETTROFISIOLOGIA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
UOC	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
UOC	PEDIATRIA E NEONATOLOGIA
AREA	AREA FUNZIONALE SPECIALITA' CHIRURGICHE
UOSD	OCULISTICA
UOSD	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
UOSD	CHIRURGIA VASCOLARE
UOSD	WEEK SURGERY
UOC	CHIRURGIA GENERALE
UOS	CHIRURGIA BRACCIANO
UOC	ORTOPEDIA
UOS	ORTOPEDIA BRACCIANO
	DISTRETTI
UOC	NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA' ADULTI- CAD E INTEGRAZIONE O/T - COORDINAMENTO UVDM - PROTESICA
UOS	DEMENTIA CON GRAVI DISTURBI COMPORTAMENTALI
UOSD	MEDICINA LEGALE
UOS	ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA
UOS	CURE PRIMARIE - SPECIALISTICA DI BASE E ATTIVITA' DEL TERRITORIO
UOC	TUTELA SALUTE DONNA - COPPIE PREVENZIONE ETA' EVOLUTIVA SOGGETTI FRAGILI E IMMIGRATI
UOC	SER.D. GOVERNO DELLA RETE E ACCREDITAMENTO STRUTTURE
UOS	SER.D. F1 E ATTIVITA' CARCERARIE
UOS	BRONCOPNEUMOLOGIA - RACCORDO O/T
DIP	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UOC	SPRESAL
UOS	PREVENZIONE E VIGILANZA
UOC	SISP
UOS	PREVENZIONE E VIGILANZA
UOS	SERVIZIO PROC. AUTORIZ. E ACCRED. STRUTT. SAN. E SOCIO SAN.
UOC	ATTIVITA' DI PREVENZIONE RIVOLTE ALLA PERSONA
UOS	SERVIZIO VACCINAZIONI
AREA	AREA FUNZIONALE SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
UOC	SIAN
UOS	PREVENZIONE E VIGILANZA
UOC	AREA A - C
UOS	AREA A
UOS	AREA C
UOSD	AREA B
DIP	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
UOSD	RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
UOSD	EPIDEMIOLOGIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE
UOC	SPDC
UOC	COORDINAMENTO CSM
UOS	CSM F1 - F2
UOS	CSM F3 - F4
UOSD	SERVIZIO DIPARTIMENTALE DI INTERVENTO PRECOCE NEGLI ESORDI PSICOTICI
UOSD	TSMREE E TRANSIZIONE ETA' ADULTI
DIP	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE
UOC	GESTIONE PERSONALE DI ASSISTENZA E RIABILITAZIONE
UOSD	GESTIONE PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA PREVENZIONE

La nuova organizzazione, naturalmente, determinerà nuovi livelli di responsabilità organizzativa, sia a livello dirigenziale che di incarichi funzionali del personale del comparto.

In ogni caso alla data del 01.04.2022 la ASL Roma 4 consta di n. 1703 dipendenti di cui n. 148 a tempo determinato (compreso un tempo determinato conferito ai sensi dell'art. 15 septies) e n. 1555 a tempo indeterminato (considerando anche i comandati in entrata ed in uscita).

Sul totale dei dipendenti n. 1299 afferiscono all'area del Comparto mentre n. 404 all'area della Dirigenza sia Sanitaria che Professionale e Amministrativa.

5.2 Organizzazione del Lavoro Agile

L'ASL Roma 4 si era già dotata di un regolamento in materia di TELELAVORO con deliberazione del Direttore Generale n. 376 del 30.03.2015.

Naturalmente la fase emergenziale derivata dalla pandemia da SARS COV 2 ha indotto l'Azienda ad aprire alla possibilità di ricorrere ad ulteriori modelli flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa con particolare riferimento al "lavoro agile" (Smart Working).

Come in tutte le Aziende Sanitarie, però, la possibilità di ricorrere allo smartworking è sempre stata condizionata all'esigenza di non compromettere i Livelli Essenziali di Assistenza.

Per tale ragione i dipendenti del ruolo sanitario (salvo eccezioni documentate), data la loro funzione prettamente clinico – assistenziale, non hanno potuto accedere a tale istituto.

In ogni caso, dal 15 ottobre, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa è tornata ad essere per tutti quella in presenza, tornando ad essere il lavoro agile uno strumento di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, pur potendo ancora contare su una modalità "semplificata" dello svolgimento del lavoro agile, visto il permanere dello stato di emergenza.

Con il termine dello stesso stato di emergenza, a decorrere dal 01.04.2022, la UOC Personale ha predisposto, in attesa della definizione degli istituti che regolano il rapporto di lavoro con contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione, una circolare recante indicazioni operative per lo svolgimento del lavoro agile per il periodo 01.05.2022 – 30.06.2022.

Anche in questo caso, però, il lavoro agile interesserà tendenzialmente il solo personale del ruolo amministrativo, pur potendo essere prese in considerazioni eventuali richieste da sottoporre alla valutazione del Responsabile di settore.

Le modalità operative previste sono le seguenti:

Il ricorso al lavoro agile deve essere autorizzato dal dirigente responsabile dell'ufficio, il quale valuta le richieste di ricorso allo smartworking del personale in servizio presso il proprio ufficio, tenendo conto degli obiettivi di buon andamento e di produttività dell'ufficio medesimo e delle seguenti condizioni:

a) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;

b) ciascun ufficio deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;

c) deve essere garantita un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile;

d) la prestazione lavorativa deve essere resa da ciascun lavoratore prevalentemente in presenza;

e) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile deve essere effettuato con gli strumenti tecnologici forniti dall'amministrazione o in Suo possesso, idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni (come da procedura indicata nella circolare del 26 ottobre 2022, n. 125901 con apposito invio alla U.O.C. Tecnologie Biomediche e Sistemi Informatici);

f) l'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria. La modalità di esecuzione viene stabilita mediante accordo tra le parti. L'accordo individuale - il cui fac simile si allega alla presente circolare - è stipulato per iscritto, ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017. L'accordo definisce:

1. la durata;
2. la modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
3. la modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 della legge n. 81/2017;
4. le ipotesi di giustificato motivo di recesso;
5. i tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza. Devono essere individuati periodi temporali nei quali il dipendente può non erogare alcuna prestazione lavorativa, assicurando la cd. fascia di inoperabilità (disconnessione). Tale fascia comprende in ogni caso il periodo di undici ore di riposo consecutivo;

g) gli obiettivi della prestazione resa in modalità agile unitamente agli indicatori di misurazione della prestazione medesima devono essere individuati nella scheda di programmazione facente parte integrante dell'accordo;

h) i risultati raggiunti e le eventuali cause di scostamento rispetto agli obiettivi devono essere riportati nella scheda di monitoraggio;

i) ciascun dirigente, al fine di garantire la salute e la sicurezza del dipendente, ai sensi del

decreto legislativo n. 81/2008, consegna al dipendente informativa sui rischi generali e specifici.

5.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Al 31.12.2021 il personale dipendente della ASL Roma era pari a n. 1611 unità, di cui n. 98 unità a tempo determinato (comprehensive di una unità con rapporto di lavoro a tempo determinato conferito ai sensi dell'art. 15 septies del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.) e n. 1513 unità a tempo indeterminato, comprensivi dei comandati in entrata ed in uscita.

Delle 1611 unità, n. 1252 unità afferiscono al personale del Comparto e n. 359 al personale della Dirigenza sia Sanitaria (medica e non medica) che Professionale e Amministrativa

Con nota prot. n. 14580 del 17.03.2022 la ASL Roma 4 ha trasmesso alla Regione Lazio la proposta di fabbisogno del personale 2021 – 2023, correlandola con una relazione della Direzione Strategica nella quale si precisava che la proposta era stata “*predisposta seguendo una metodologia elaborata valutando il contesto organizzativo generale, sia rispetto all’attuale assetto organizzativo aziendale e rispettivi bisogni di personale, sia prospettico in ragione degli interventi previsti nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), ormai in fase di progettazione. Tali interventi determineranno una profonda riorganizzazione delle Strutture Operative e dei Servizi Territoriali già insistenti nell’ampio territorio aziendale, che saranno oggetto di una decisa azione di potenziamento*”.

Determinante nella richiesta di personale è stata la costante perdita di unità che l’Azienda ha subito fino all’anno 2018, in ragione sia del Piano di Rientro cui era soggetta la Regione Lazio che dalla poca attrattività di una Azienda di provincia rispetto alle Aziende del circuito metropolitano di Roma.

Solo a partire dal 2019 si è assistito ad un dapprima lieve incremento delle unità in forza, poi sempre più evidente anche in ragione dell’espletamento di diverse procedure concorsuali e di mobilità prima non possibili.

La fase pandemica, inoltre, e la conseguente possibilità di indire procedure semplificate ha ulteriormente consentito un incremento della dotazione organica se pur non tale da compensare le perdite avute negli ultimi 7 anni.

Come sopra richiamato, la nuova riorganizzazione aziendale, anche in previsione degli interventi previsti nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, prevedrà necessariamente una decisa azione di potenziamento.

Il precedente piano triennale per il fabbisogno 2020 – 2022 è stato approvato con determinazione regionale GR3906-000003 del 23/08/2021.

5.4 Formazione del personale

Le priorità strategiche, desunte da documenti regionali, in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale sono individuate nelle seguenti:

Promozione della salute e prevenzione

Rete integrata del territorio

Rete Ospedaliera e specialistica

Affari Legali e Generali

Patrimonio e tecnologie

Risorse umane

Medicina di Genere

Appropriatezza Prescrittiva

Middle Management

Formazione ope-legis

L'ideale penetrazione del processo formativo/informativo avviene attraverso la strutturazione dipartimentale delle articolazioni aziendali previste nell'Atto Aziendale con un primo momento di rilevazione del fabbisogno formativo seguito quindi da una sua valutazione da parte di un comitato costituito "ad hoc" e con l'ideale finanziamento e, quindi, in un momento di effettuazione attraverso una metodica strutturata nella quale vengono definiti i compiti attuativi suddivisi tra gli attori coinvolti.

Lo strumento principale di pianificazione ed esecuzione dei percorsi formativi è il Piano Formativo Aziendale Annuale che, a seguito di un percorso strutturato, viene adottato con Deliberazione del Direttore Generale Aziendale.

Viene prevista anche la possibilità dell'emergere di esigenze formative contingenti non pianificate per le quali vengono predisposte risorse economiche e organizzative specifiche.

Si dispone di un notevole numero di personale altamente qualificato con formazione sia universitaria che post-universitaria/post-lauream di vario tipo (specializzazione, master, dottorato ecc.) per l'ampio ed adeguato sviluppo delle tematiche formative individuate o emergenti.

Laddove si registrasse una eventuale carenza di risorse interne, in toto od in parte, si ritiene di poter ricorrere ad enti e istituti formativi pubblici o privati di elevata qualità direttamente constatata mediante convenzione ovvero di acquisto di servizi formativi.

Le iniziative formative pianificate e programmate possono essere frequentate dal personale laureato e non laureato in maniera coordinata e compatibile con le esigenze del servizio.

Gli obiettivi formativi perseguiti dall'azienda presentano le seguenti tipologie:

Obiettivi formativi tecnico-professionali: individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuale nel settore specifico di attività;

Obiettivi formativi di processo:

individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività, nelle procedure e nei procedimenti idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, appropriatezza, sicurezza dei processi di in un determinato segmento di produzione;

Obiettivi formativi di sistema:

individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività, nelle procedure e nei procedimenti idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, appropriatezza, sicurezza dei processi di livello sistemico o generale.

6.MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio verranno poste in essere con riferimento alla normativa di settore relativa a Performance, Rischi corruttivi, POLA, Fabbisogno Triennale del Personale.

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