



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6



REGIONE
LAZIO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

2023 – 2025

(art. 6, commi da 1 a 4, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113)

Indice

Premessa	4
1. Riferimenti normativi	4
2. SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	5
2.1 Sottosezione di programmazione Valore pubblico	5
2.1.1 Analisi del contesto esterno	6
2.1.2 Analisi del contesto interno	11
2.1.3 Conclusioni.....	21
2.2 Sottosezione di programmazione Performance	22
2.2.1 Il Piano della Performance	22
2.2.2 Il ciclo di gestione della performance.....	22
2.2.2.1 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.....	22
2.2.2.2 La Performance Organizzativa	23
2.2.2.3 La Performance individuale.....	24
2.2.3 La Programmazione Strategica.....	25
2.2.4 Albero della Performance	27
2.2.5 Obiettivi Operativi.....	30
2.2.5.1 Obiettivi operativi comuni a tutte le strutture.....	30
2.2.5.2 Strutture ospedaliere	31
2.2.5.3 Distretti Sanitari.....	32
2.2.5.4 Dipartimento di Salute Mentale.....	33
2.2.5.5 Dipartimento della Prevenzione	33
2.2.5.6 Farmaceutica ospedaliera e territoriale.....	34
2.2.5.7 Strutture tecnico-amministrative	34
2.2.5.8 Strutture operative - Ciclo della Performance Organizzativa 2023.....	35
2.2.6 Piano Azioni Positive per il triennio 2022/2024	38
2.2.7 Piano della comunicazione	41
2.3 Sottosezione di programmazione Rischi corruttivi e trasparenza	44
2.3.1 Premessa	44
2.3.2 Scopo e finalità del Piano	44
2.3.3 Struttura del Piano	45
2.3.4 Processo di adozione e validità temporale.....	46
2.3.5 Ambito di applicazione.....	47
2.3.6 Obblighi di conoscenza	48
2.3.7 Stato di attuazione del PTPC 2022 - 2024.....	48
2.3.8 Obiettivi del Piano	48
2.3.9 Coordinamento con il ciclo della performance.....	49
2.3.10 Soggetti, compiti e responsabilità.....	50

2.3.10.1	Soggetti e compiti	50
2.3.10.2	Responsabilità.....	52
2.3.11	Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	53
2.3.12	Sistema di gestione del rischio di corruzione	54
2.3.12.1	Definizione del contesto e mappatura dei processi.....	54
2.3.12.2	Identificazione dei rischi.....	55
2.3.12.3	Analisi dei rischi	55
2.3.12.4	Identificazione e programmazione delle misure di prevenzione	61
2.3.12.5	Il monitoraggio e le azioni di risposta	62
2.3.13	Programmazione delle misure di riduzione e prevenzione del rischio	63
2.3.13.1	Misure di prevenzione di carattere generale.....	63
2.3.13.2	Misure ulteriori di carattere generale.....	76
2.3.14	La trasparenza amministrativa.....	77
2.3.15	Diritto di accesso civico	78
2.3.16	Trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679).....	78
2.3.17	Il processo di attuazione della trasparenza - individuazione degli Uffici responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati	79
2.3.18	Ulteriori obblighi di trasparenza.....	81
3.	SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	84
3.1	Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa	84
3.2	Sottosezione di programmazione Organizzazione del lavoro agile.....	87
3.2.1	Normativa di riferimento	89
3.2.2	Oggetto e ambito di applicazione	89
3.2.3	Destinatari.....	90
3.2.4	Accordo individuale	90
3.2.5	Potere direttivo di controllo e disciplinare	91
3.2.6	Luoghi di lavoro	92
3.2.7	Orario di lavoro e disconnessione	92
3.2.8	Strumentazione tecnologica.....	93
3.2.9	Formazione	94
3.2.10	Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro	94
3.3	Sottosezione di programmazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale	95
3.3.1	Obiettivi a breve termine	97
3.3.2	Obiettivi a medio/lungo termine.....	97
3.3.3	Consistenza e costi del personale al 31/12/2022	99
3.3.4	Risorse destinate alla contrattazione integrativa per l'anno 2022	99
3.3.5	Dirigenza medica veterinaria e dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie.....	99
3.3.6	Area dirigenza professionale tecnica e amministrativa	100

3.3.7 Area del comparto	101
3.3.8 Previsione anno 2023.....	102
3.3.9 Quadro previsionale delle risorse umane anno 2023.....	110
3.3.10 Quadro previsionale delle risorse umane anni 2024-2025	111
3.3.11 Attività in prestazioni aggiuntiva	111
3.3.12 Specialistica ambulatoriale	111
3.4 Piano della formazione	111
4. SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....	112

ALLEGATI AL PIANO

Allegato 1 – Organigramma Aziendale

Allegato 2 – Performance 2023 – Obiettivi 2023 per linee strategiche

Allegato 3 – Piano triennale delle azioni positive

Allegato 4 – Piano della comunicazione

Allegato 5 – Catalogo dei processi, dei rischi specifici, stima del rischio e misure di prevenzione specifiche

Allegato 6 – Elenco dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013

Allegato 7 – Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza relativa all'attività svolta nell'anno 2021

Allegato 8 – Codice di comportamento

Allegato 9 – Delibera nomina RASA

Allegato 10 – Piano di formazione per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2022-2024

Allegato 11 – Obiettivi di accessibilità

Allegato 12 – Consistenza e costi del personale al 31/12/2021

Allegato 13 – Piano Formativo Aziendale 2023-2025

Premessa

Le finalità del PIAO sono:

- consentire un maggior coordinamento dell'attività programmatica delle pubbliche amministrazioni e una sua semplificazione;
- assicurare una migliore qualità e trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi ai cittadini e alle imprese.

In esso, gli obiettivi, le azioni e le attività dell'Ente sono ricondotti alle finalità istituzionali e alla *mission* pubblica complessiva di soddisfacimento dei bisogni della collettività e dei territori.

Si tratta quindi di uno strumento dotato, da un lato, di rilevante valenza strategica e, dall'altro, di un forte valore comunicativo, attraverso il quale l'Ente pubblico comunica alla collettività gli obiettivi e le azioni mediante le quali vengono esercitate le funzioni pubbliche e i risultati che si vogliono ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare.

Per il 2022 il documento ha necessariamente un carattere sperimentale: nel corso del corrente anno proseguirà il percorso di integrazione in vista dell'adozione del PIAO 2023-2025.

1. Riferimenti normativi

L'art. 6, commi da 1 a 4, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), che assorbe una serie di piani e programmi già previsti dalla normativa - in particolare: il Piano della performance, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, il Piano organizzativo del lavoro agile e il Piano triennale dei fabbisogni del personale - quale misura di semplificazione e ottimizzazione della programmazione pubblica nell'ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle PP.AA. funzionale all'attuazione del PNRR.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione viene redatto nel rispetto del quadro normativo di riferimento relativo alla Performance (decreto legislativo n. 150 del 2009 e le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica) ai Rischi corruttivi e trasparenza (Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013) e di tutte le ulteriori specifiche normative di riferimento delle altre materie, dallo stesso assorbite, nonché sulla base del "Piano tipo", di cui al Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30 giugno 2022, concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Ai sensi dell'art. 6, comma 6-bis, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, come introdotto dall'art. 1, comma 12, del decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito con modificazioni dalla legge n. 25 febbraio 2022, n. 15 e successivamente modificato dall'art. 7, comma 1 del decreto legge 30 aprile 2022, n. 36, la data di scadenza per l'approvazione del PIAO in fase di prima applicazione è stata fissata al 30 giugno 2022.

Ai sensi dell'art. 8, comma 3, del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, il termine per l'approvazione del PIAO, in fase di prima applicazione, è differito di 120 giorni dalla data di approvazione del bilancio di previsione;

Sulla base del quadro normativo di riferimento e in una visione di transizione dall'attuale alla nuova programmazione, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024, ha quindi il compito principale di fornire una visione d'insieme sui principali strumenti di programmazione operativa e sullo stato di salute dell'Ente al fine di coordinare le diverse azioni contenute nei singoli Piani.

2. SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione di programmazione Valore pubblico

La Asl Roma 6 ha il compito di promuovere, nel territorio di competenza ed in collaborazione con le altre realtà che a vario titolo partecipano al sistema del SSR e/o lo costituiscono, la tutela della salute, sia individuale che collettiva, così come definito dall'Art.32 della Costituzione, garantendo con le più attuali e flessibili forme organizzative e strategie operative, il soddisfacimento dei bisogni assistenziali.

Nel perseguimento della propria mission, la Asl Roma 6 agisce assumendo a valori imprescindibili e fondanti del proprio operato la tutela dei diritti e della dignità della Persona umana e la sua centralità, nel rispetto e secondo le priorità dettate dagli alti valori costituzionali. Tra questi assumono particolare rilievo l'eguaglianza, intesa come non discriminazione, la continuità delle cure, l'universalità e l'equità di trattamento e di accesso, l'efficienza ed efficacia dell'azione intesa soprattutto come appropriatezza organizzativa e clinica, nonché la partecipazione e la libertà di scelta.

L'impegno nel garantire la migliore qualità di vita possibile, attraverso interventi appropriati e coordinati di prevenzione, di promozione della salute, di diagnosi, di cura e di riabilitazione, consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera è costantemente perseguito nel rispetto dell'equilibrio delle risorse e secondo le indicazioni nazionali e regionali a salvaguardia anche degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione.

L'Azienda assicura lo svolgimento delle proprie attività istituzionali nella prospettiva:

- di mantenere elevati livelli di qualità dell'assistenza riducendo i costi;
- di perseguire la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e della comunità nel proprio ambito territoriale;
- di creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale e umano del personale e dei collaboratori.

Principi cardine dell'attività della ASL Roma 6 sono:

- la centralità della persona e umanizzazione dell'assistenza: il target dell'attività dell'Azienda sanitaria resta sempre il miglioramento dello stato di salute psico-fisica della popolazione;
- la garanzia degli standard più elevati nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, sia per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni ospedaliere sia per tutte le attività sanitarie e socio sanitarie che rispondono alle necessità della popolazione nel contesto del territorio;
- la formazione continua, che consente di valorizzare il capitale umano incrementandone conoscenze e competenze, e producendo come effetto collaterale il miglioramento dell'assistenza fornita al cittadino;
- l'autonomia imprenditoriale, esercitata tramite l'emanazione dell'Atto Aziendale e la definizione degli obiettivi Aziendali che si intendono raggiungere in coerenza con la programmazione socio sanitaria regionale e nazionale;
- la condivisione degli obiettivi con il personale, che concorre secondo le proprie competenze e capacità al raggiungimento degli stessi.

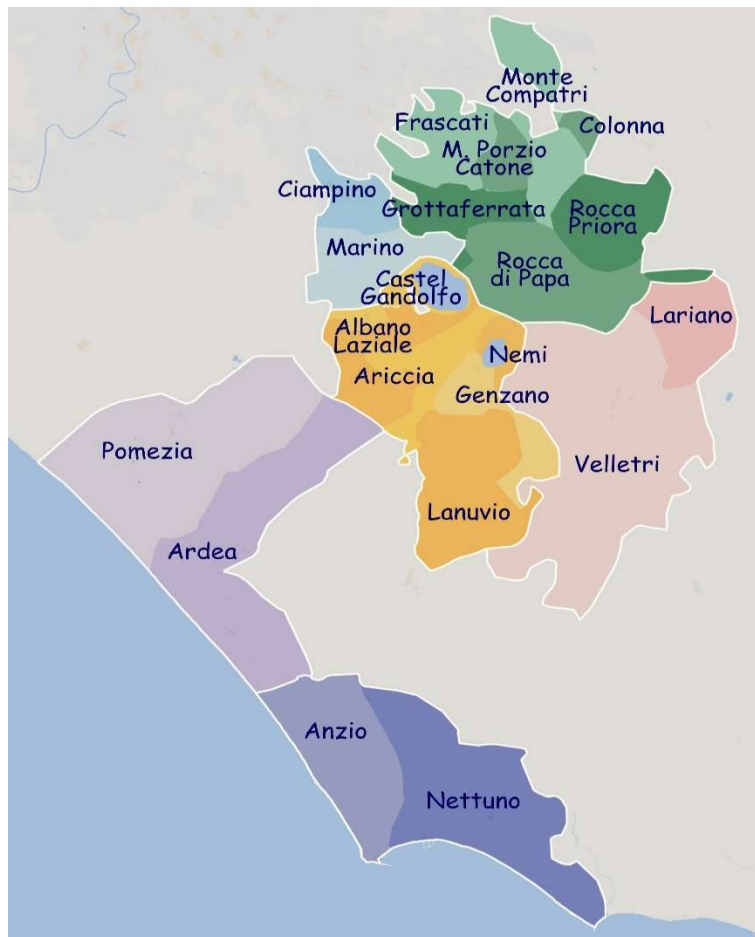
Attorno a questi principi gravitano le scelte strategiche della Direzione Aziendale, che ha adottato le logiche del miglioramento continuo e della progettualità evolutiva, valorizzando le risorse umane, anche attraverso la realizzazione di adeguati percorsi di formazione e di incentivazione.

2.1.1 Analisi del contesto esterno

La Asl Roma 6 tutela la salute di una popolazione pari a 541.765 abitanti insistente nell'ambito territoriale coincidente con i comuni di Albano Laziale, Anzio, Ardea, Ariccia, Castel Gandolfo, Ciampino, Colonna, Frascati, Genzano, Grottaferrata, Lanuvio, Lariano, Marino, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Nemi, Nettuno, Pomezia, Rocca di Papa, Rocca Priora, Velletri.

Il complesso dell'area di competenza, comprende la porzione sud della Provincia di Roma, ed è caratterizzata da due distinte realtà geografiche e socioeconomiche:

- I Castelli Romani, territorio ricomprendente i comuni collinari e montani del complesso dei Colli Albani;
- Il Litorale latino, territorio ricomprendente le città della porzione sud del litorale romano.

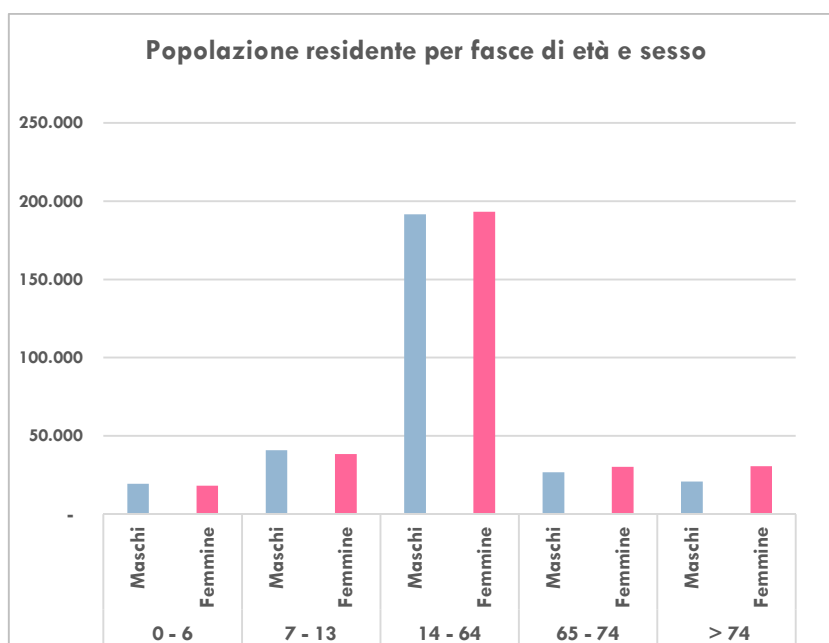
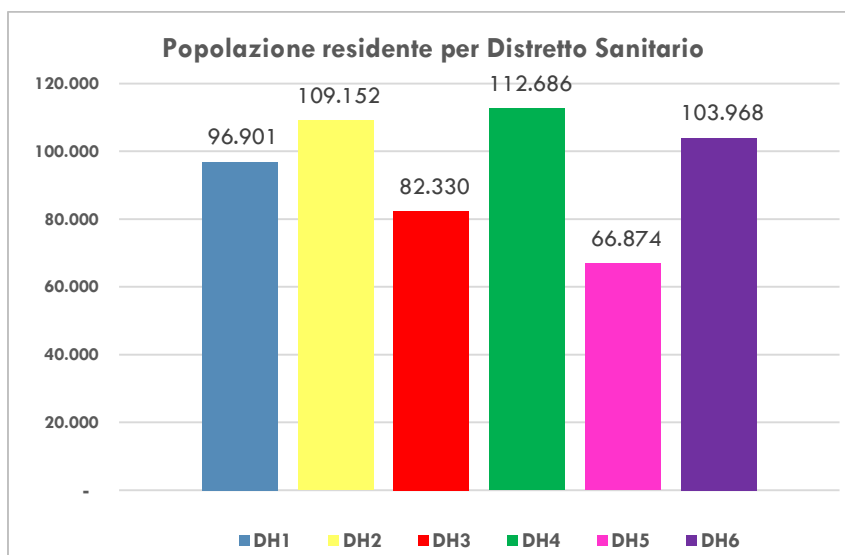


L'Azienda è territorialmente articolata in 6 Distretti correlati fra loro da una unica struttura, denominata il "Dipartimento del Territorio" ed in una rete di stabilimenti di produzione ospedaliera a gestione diretta.

POPOLAZIONE E TERRITORIO

L'Azienda si posiziona nella zona centro sud del Lazio, con una superficie territoriale di km² 658,06 con una popolazione di 541.765, suddivisi in sei ambiti distrettuali.

Di seguito la popolazione residente per Distretto Sanitario e poi suddiviso per fasce di età e sesso:



PROFILO CRIMINOLOGICO DEL TERRITORIO

Lo scenario all'interno del quale maturano le strategie e si concretizza l'azione amministrativa della ASL Roma 6 ha come sfondo il contesto esterno e quindi, in primis, le condizioni dell'ambiente di riferimento, sociale ed economico. Indubbiamente, le caratteristiche del contesto esterno ed interno costituiscono fattori in grado di influire significativamente sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'amministrazione e rappresenta uno degli elementi in base al quale definire la strategia di prevenzione e calibrare le relative misure alle specifiche criticità.

Come si legge nel rapporto "La corruzione in Italia nel triennio 2016-2019: numeri, luoghi e contropartite del malaffare", elaborato dall'ANAC e pubblicato il 17 ottobre 2019.

Dal citato Rapporto emerge come il 74% delle vicende, 113 casi, ha riguardato l'assegnazione di appalti pubblici, a conferma della rilevanza del settore e degli interessi illeciti a esso legati per via dell'ingente

volume economico. Il restante 26%, pari a 39 casi, è composto da ambiti di ulteriore tipo, quali procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari.

Il settore più a rischio si conferma quello legato agli appalti pubblici, appunto al 74% ed in particolare ai lavori pubblici, per il 40%. Gli Enti maggiormente coinvolti sono i Comuni, per il 41%, seguiti dalle Società partecipate, 24 casi, pari al 16%, e dalle Aziende sanitarie, 16 casi, ovvero l'11%. Il comparto più colpito dalla Magistratura oltre che quello dei lavori pubblici è quello legato al ciclo dei rifiuti, al 22% e quello sanitario al 13%.

Il Rapporto commenta i dati appena riportati affermando che è “un bilancio a tinte fosche, soprattutto per gli appalti pubblici, ma non certo paragonabile a Tangentopoli. Se non altro perché la “mazzetta” sembra essere tramontata, rimpiazzata da beni materiali e non, ben più facili da occultare. Il livello di “mazzette” è molto meno significativo del passato, si tratta di episodi di piccolo calibro. Alla tangente ora si preferiscono favori, un esempio per tutti: il posto di lavoro”. Nel dettaglio “fra agosto 2016 e agosto 2019 sono state 117 le ordinanze di custodia cautelare per corruzione spiccate dall’Autorità giudiziaria in Italia e correlate in qualche modo al settore degli appalti: esemplificando è quindi possibile affermare che sono stati eseguiti arresti ogni 10 giorni circa. (...) In linea con questa cadenza temporale sono anche i casi di corruzione emersi analizzando i provvedimenti della Magistratura: 152, ovvero uno a settimana, solo a considerare quelli scoperti”.

Quello che emerge dal rapporto dell’ANAC è anche un cambio di modalità. La corruzione in Italia si dematerializza, alla vecchia tangente si sostituisce spesso il pagamento con beni o servizi, più difficilmente dimostrabile come reato per gli inquirenti. L’assegnazione di un posto di lavoro a un parente o un sodale, oppure di una consulenza reale o fittizia fino ad arrivare alla concessione di benefit come viaggi, cene, ristrutturazioni edilizie. Ed anche, talvolta, il soddisfacimento della richiesta di prestazioni sessuali.

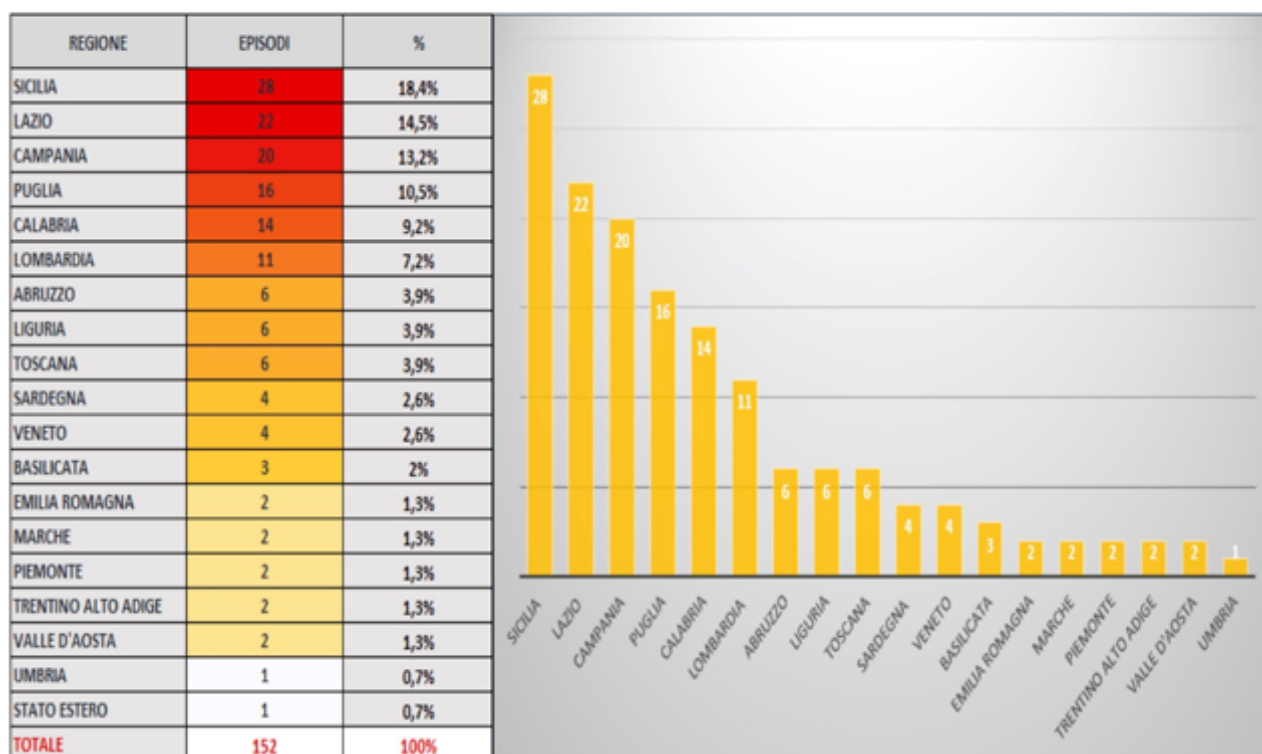
In particolare, il posto di lavoro è la nuova moneta di scambio della corruzione e riguarda il 13% dei casi scoperti nel triennio 2016 – 2019 dalle Autorità ed è usato come controvalore soprattutto al Sud. A seguire, a testimonianza dell’avvento di più sofisticate modalità criminali, si colloca l’assegnazione di prestazioni professionali per l’11%, specialmente sotto forma di consulenze, spesso conferite a persone o realtà giuridiche riconducibili al corrotto o in ogni caso compiacenti. Le regalie sono presenti invece nel 7% degli episodi. Tra queste rientrano benefit di diversa natura, come la benzina, i pasti e i pernottamenti, ma anche singolari ricompense di diversa tipologia, tra cui le ristrutturazioni edilizie, le riparazioni, i servizi di pulizia, il trasporto mobili, i lavori di falegnameria, giardinaggio o tinteggiatura. Tutte contropartite di modesto controvalore, indicative della facilità con cui viene talora svenduta la funzione pubblica ricoperta.

Inoltre nel documento dell’ANAC si legge che, il denaro continua a rappresentare il principale strumento dell’accordo illecito, tanto da ricorrere nel 48% delle vicende esaminate, sovente per importi esigui, che vanno dai 2.000 ai 3.000 euro ma in alcuni casi anche da 50 a 100 euro appena e talvolta quale percentuale fissa sul valore degli appalti.

Dal dossier emerge ancora come al di là di quanto si possa pensare, la corruzione non passa solo dalla politica, ma dall’intero apparato burocratico; infatti nel triennio 2016-2019, il coinvolgimento diretto della parte politica è diventato minoritario, su 207 indagati 47 sono Politici, mentre è coinvolto, per il 56%, l’apparato burocratico: Dirigenti, Funzionari, RUP, Commissari di gara. I numeri appaiono comunque tutt’altro che trascurabili, dal momento che nel periodo di riferimento sono stati 47 i Politici indagati, 23% del totale; di questi 43 sono stati arrestati: 20 Sindaci, 6 Vice-Sindaci, 10 Assessori e 7 Consiglieri.

Infine, la Relazione ANAC rileva che ad essere interessate sono state pressoché tutte le regioni d'Italia, a eccezione del Friuli Venezia Giulia e del Molise. “Ciò non implica che queste due Regioni possano considerarsi immuni, ma semplicemente che non vi sono state misure cautelari nel periodo in esame”. Dal punto di vista numerico, spicca il dato relativo alla Sicilia, dove nel triennio sono stati registrati 28 episodi di corruzione, il 18,4% del totale, quasi quanti se ne sono verificati in tutte le Regioni del Nord, cioè 29 nel loro insieme. A seguire, il Lazio con 22 casi, la Campania con 20 episodi, la Puglia con 16 fatti e infine la Calabria con 14 casi”.

Tab. 1 - EPISODI DI CORRUZIONE 2016-2019



L'Ufficio Centrale di Statistica del Ministero dell'Interno sulla base dei dati, di fonte SDI, forniti dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza, anche a livello regionale, sui reati contro la Pubblica Amministrazione, con riferimento al numero dei delitti denunciati da tutte le Forze dell'Ordine all'Autorità Giudiziaria e il numero delle segnalazioni riferite a persone denunciate/arrestate.

Numero dei reati commessi in Italia in violazione delle norme contro la P.A. (artt. 314, 316, 317, 318, 319 e 320 C.P.) Dati consolidati di fonte SDI/SSD			
Descrizione reato	Reati commessi 2016	Reati commessi 2017	Reati commessi 2018
Art. 314 -Peculato-	374	371	348
Art. 316 -Peculato mediante profitto dell'errore altrui-	14	6	8
Art. 316 bis -Malversazione a danno dello Stato-	38	31	40
Art. 316 ter -Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato--	328	233	262
Art. 317 -Concussione-	69	67	53
Art. 318 -Corruzione per un atto d'ufficio-	36	35	24
Art. 319 -Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio-	112	126	80
Art. 319 ter -Corruzione in atti giudiziari-	22	10	11

Art. 319 quater -Induzione a dare o promettere utilità-	50	37	31
Art. 320 -Corruzione di una persona incaricata di un pubblico servizio-	13	8	15

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza

Numero dei reati commessi nel Lazio in violazione delle norme contro la P.A. (artt. 314, 316, 317, 318, 319 e 320 C.P.) Dati consolidati di fonte SDI/SSD			
Descrizione reato	Reati commessi 2016	Reati commessi 2017	Reati commessi 2018
Art. 314 -Peculato-	41	48	68
Art. 316 -Peculato mediante profitto dell'errore altrui-	*	*	*
Art. 316 bis -Malversazione a danno dello Stato-	*	0	*
Art. 316 ter -Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato--	20	10	17
Art. 317 -Concussione-	11	8	11
Art. 318 -Corruzione per un atto d'ufficio-	*	6	4
Art. 319 -Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio-	24	16	10
Art. 319 ter -Corruzione in atti giudiziari-	4	0	*
Art. 319 quater -Induzione a dare o promettere utilità	*	5	6
Art. 320 -Corruzione di una persona incaricata di un pubblico servizio-	*	0	*

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza

(*) nota: ai sensi dell'art. 4 del Codice di deontologia e di buona condotta per il trattamento dei dati personali per scopi statistici, adottato in attuazione dell'art.106 del D. Lgs 196/2003, i numeri di eventi/sogetti inferiori o uguali a 3 sono contrassegnati *

Numero dei reati commessi nella Provincia di Roma in violazione delle norme contro la P.A. (artt. 314, 316, 317, 318, 319 e 320 C.P.) Dati consolidati di fonte SDI/SSD			
Descrizione reato	Reati commessi 2016	Reati commessi 2017	Reati commessi 2018
Art. 314 -Peculato-	29	31	49
Art. 316 -Peculato mediante profitto dell'errore altrui-	*	0	*
Art. 316 bis -Malversazione a danno dello Stato-	*	0	*
Art. 316 ter -Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato--	13	7	12
Art. 317 -Concussione-	4	5	8
Art. 318 -Corruzione per un atto d'ufficio-	*	4	*
Art. 319 -Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio-	12	10	4
Art. 319 ter -Corruzione in atti giudiziari-	*	0	*
Art. 319 quater -Induzione a dare o promettere utilità	*	5	*
Art. 320 -Corruzione di una persona incaricata di un pubblico servizio-	*	0	*

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza

(*) nota: ai sensi dell'art. 4 del Codice di deontologia e di buona condotta per il trattamento dei dati personali per scopi statistici, adottato in attuazione dell'art.106 del D.Lgs 196/2003, i numeri di eventi/soggetti inferiori o uguali a 3 sono contrassegnati *

Rapporti con altri Enti del territorio e protocolli di legalità

Sempre in tema di contrasto all'illegalità, appare utile citare due iniziative importanti intraprese da questa ASL:

- Protocollo con la Procura della Repubblica di Velletri per l'allestimento di un apposito gabinetto per l'analisi delle sostanze stupefacenti. La convenzione è oramai a regime e comporta l'affidamento delle consulenze a personale pubblico con un conseguente dimezzamento dei costi a carico dell'erario. Tale protocollo è stato inserito dal C.S.M. nel manuale delle buone prassi.
- Protocollo anti violenza con la Procura della Repubblica di Velletri, iniziativa volta alla creazione di una rete che possa offrire assistenza alle donne e ai minori vittime di abusi. Di recente si è cercato di allargare questa rete coinvolgendo altri comuni dei Castelli e del litorale.

2.1.2 Analisi del contesto interno

L'aggregazione territoriale degli Ospedali esistenti nella azienda viene confermata in quattro Poli Ospedalieri, costituiti dagli stabilimenti ospedalieri a gestione diretta, funzionalmente aggregati per afferenza territoriale, geografica e culturale, ciascuno costituito dai seguenti stabilimenti:

POLI OSPEDALIERI	
1	Polo 1 Frascati: Ospedale a vocazione medica; sede di pronto soccorso
2	Polo 2 Ospedale dei Castelli – Ospedale a vocazione medica; sede di pronto soccorso
3	Stabilimento Ospedaliero di Velletri – sede DEA I° Livello – Ospedale a vocazione chirurgica
4	Stabilimento Ospedaliero di Anzio – sede DEA I° Livello

Conformemente a quanto previsto dall'art. 3 quater del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., nonché dalla Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni*”, si è prevista un'articolazione operativa dell'Azienda in sei distretti, coordinati dal Dipartimento del Territorio:

DISTRETTI SANITARI	
1	Frascati, Monteporzio, Montecompatri, Colonna, Rocca Priora, Rocca di Papa, Grottaferrata
2	Albano Laziale, Ariccia, Genzano di Roma, Castel Gandolfo, Lanuvio, Nemi
3	Marino, Ciampino
4	Pomezia, Ardea
5	Velletri, Lariano
6	Anzio, Nettuno

L'Azienda Sanitaria Locale Asl Roma 6 consta di un numero di dipendenti, pari 3.889 operatori, cui si aggiunge il personale con rapporto di convenzione costituito da 404 Medici di Medicina Generale, 81 Pediatri di Libera Scelta, 47 Medici della Continuità Assistenziale, 131 Specialisti Ambulatoriali, 27 Medici di medicina dei servizi.

DISTRETTI	MMG	PLS	Totale complessivo
RM 6.1	68	14	82
RM 6.2	79	15	94
RM 6.3	60	13	73
RM 6.4	73	16	89
RM 6.5	49	9	58
RM 6.6	75	14	89
Totale complessivo	404	81	485

Le risorse umane, che assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale, negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del turn over operato in attuazione delle politiche di riduzione della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale.

La progressiva riduzione di personale ha determinato crescenti difficoltà, con specifico riferimento a quelle aree e a quei settori in cui si sono registrate maggiori uscite di risorse umane, mettendo a repentaglio, in alcuni casi, la garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tale situazione ha reso necessaria l'acquisizione di nuove unità di personale, in sostituzione di quelle a vario titolo cessate o in via di cessazione, anche in considerazione dell'attuazione delle recenti riforme avviate in tema di previdenza, che hanno incrementato notevolmente il numero di pensionamenti, aggravando ulteriormente le carenze di organico.

Per tale ragione, nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021 2023, è stata prevista l'assunzione di diverse figure professionali.

Di seguito la tabella con le caratteristiche del personale attualmente dipendente:

Contratto	Ruolo	Genere		Totale complessivo
		F	M	
DIRIGENZA MEDICA		364	313	677
DIRIGENZA SPTA	Amministrativo	12	5	17
	Professionale	3	4	7
	Sanitario	79	23	102
	Tecnico	2	4	6
COMPARTO	Amministrativo	275	121	396
	Sanitario	1.613	547	2.160
	Tecnico	356	168	524

Totale complessivo	2.704	1.185	3.889
---------------------------	-------	-------	-------

Analisi dell'organizzazione in un'ottica di genere:

Azione 1.1 - Analisi e Indicatori di genere (ad es. suddivisione del personale per genere di età secondo il livello tempo indeterminato e determinato 2022; suddivisione del personale per genere di età secondo e tipo di Presenza (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%; posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali ripartite per genere; anzianità nei profili non dirigenziali ripartite per genere). Aggiornamento, verifica ed implementazioni delle indagini già effettuate sul benessere lavorativo ed organizzativo.

La produzione è, inoltre, rappresentata anche da una consistente rete di Strutture Private Accreditate che erogano sia prestazioni di ricovero, sia prestazioni specialistiche ambulatoriali: Regina Apostolorum ad Albano Laziale; Case di Cura: INI a Grottaferrata, S. Raffaele a Montecompatri, S. Raffaele a Rocca di Papa, Villa delle Querce a Nemi, S. Anna a Pomezia, Madonna delle Grazie a Velletri, Villa dei Pini ad Anzio.

La ASL Roma 6 considera la presenza di tale panorama di produttori privati accreditati nella complessiva rete della produzione come una importante opportunità.

Perché questa possa trasformarsi in ricchezza ed essere posta al servizio della salute collettiva è indispensabile che la ASL, e più in generale il servizio pubblico, assuma pienamente il ruolo e la funzione di guida e di regolatore del sistema al quale è chiamata dalle attuali condizioni sociali ed economiche, prima ancora che normative.

Nella piena consapevolezza di tale compito l'Azienda adatta il proprio comportamento organizzativo ed investe le proprie strutture delle connesse responsabilità allo scopo di direzionare la più utile partecipazione del privato accreditato al servizio del sistema ed a salvaguardia e cura della salute della propria popolazione di riferimento.

A tal proposito assume, tra l'altro, una significativa funzione di stimolo alla implementazione di interazioni e sinergie con i propri servizi di committenza e di produzione a gestione diretta.

La ASL Roma 6 tiene conto della presenza del privato accreditato nelle proprie scelte organizzative e direzionali, anche al fine di perseguire ottimali equilibri economici e crescenti economie di scala.

STRUTTURE ACCREDITATE NEL TERRITORIO ASL ROMA 6		
	STRUTTURE	Indirizzo e recapito telefonico
CASE DI CURA	Regina Apostolorum	via S. Francesco, 58 Albano tel. 06.93298823
	INI	via S. Anna, snc Grottaferrata tel. 06.942851
	S. ANNA"	via del Mare, 69 Pomezia tel. 06.916331
	Madonna delle Grazie	via S. d'Acquisto, 67 Velletri tel.06.964411
	S. Raffaele Rocca di Papa	via Ariccia, 16 Rocca di Papa tel. 06.9428601
	S. Raffaele Montecompatri	via S. Silvestro, 25 Montecompatri tel. 06.947811
	Villa delle Querce Poligest	via delle Vigne, 12 Nemi tel. 06.936581
	Villa dei Pini A.S.A.	via Casal di Brocco, 1 Anzio tel. 06.986091/ 800.076076
	AIRRI Ciampino s.r.l.	via Giuditta Levato, 13 Ciampino tel. 06.79365251
	Argos	via Santa Maria Goretti, 78 A - Nettuno tel. 06 9859484

ISTITUTI DI RIABILITAZIONE EX ART. 26	Ars Sana	via dei Villini, Ariccia 17 tel. 06.9322897
	Ars Sana 2	via dei Villini, Ariccia 17 tel. 06.9322897
	Assohandicap	via Pietro Nenni, 2 Marino tel. 06.9388891
	Il Chicco	via Ancona, 1 Ciampino tel. 06.7962104
	S. Giovanni di Dio	via Fatebenefratelli, 2 Genzano tel. 06.937381
	Villaggio E. Litta	via Anagnina km 0,500 Grottaferrata tel. 06.935412
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI R.S.A	Angeli Custodi italcliniche	via A. Gramsci, 95 Nettuno tel. 06.9880740
	Il Tetto	via Pietro Nenni, 16 Marino tel. 06.9388891
	Il Pigneto	via Cori, 18 Velletri tel. 06.960281
	La Teresiana	via S. Teresa, 6 Anzio tel. 06.9848069
	Mater dei	via dei Villini, 17 Ariccia tel. 06.93269200
	Sacro Cuore	via San Lorenzo, 12 Lanuvio tel. 06.9376933
	S. Giovanni di Dio	via Fatebenefratelli, 2 Genzano tel. 06.937381
	S. Raffaele Rocca di Papa	via Ariccia, 16 Rocca di Papa tel. 06.9428601
	S. Raffaele Montecompatri	via S. Silvestro, 25 Montecompatri tel. 06.947811
	Villa dei Pini A.S.A.	via Casal di Brocco, 1 Anzio tel. 06.986091
	Villa delle Querce Poligest	via delle Vigne, 12 Nemi tel. 06.936581
	Villa Gaia italcliniche	via A. Gramsci, 77 Nettuno tel. 06.9880740
Villa Nina - Giomi	via Nettunense vecchia, 110 Frattocchie – Marino tel. 06.93546008	
CENTRO RESIDENZIALI / SEMIRESIDENZIALI DI TIPO ESTENSIVO	Centro Salus	via di Galloro, 14/16 Ariccia tel. 06.93391174
	Mater dei	via dei Villini, 17 Ariccia tel. 06.93269200
	S. Giovanni di Dio	via Fatebenefratelli, 2 Genzano tel. 06.937381
STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE TERAPEUTICHE-RIABILITATIVE	Eunos	via Napoli, 221 Lariano tel. 06.9648167
	Gledhill Al Colle	via Colle Cavalieri, 32 Lanuvio tel. 06.93780128
	Gledhill	via Cesare Colizza, 56/A Marino tel. 06.97249441
	Gnosis Castelluccia	via Boville, 1 Marino tel. 06.93162106
	La Grande Montagna	via Arturo Toscanini, 17 Marino tel. 06.9300470
	Il Filo di Penelope	via delle Rose, 16 Lariano tel. 06.96490039
	Residenzialità Psichiatrica San Raffaele Montecompatri	via San Silvestro, 25/a Montecompatri tel. 06.947811
	Villa Bona	lungomare dei Troiani, 58 Ardea tel. 06.9140332
	Villa Costanza	via Belmonte, 74 Rocca Priora tel. 06.9470223
	Villa Monia	via Colle Picchione, 71 A - Marino tel. 06.93546660
	Villa Nova	via Garibaldi, 337 Lariano tel. 06.9656690
	Villa von Siebenthal	via della Madonnina, 1 Genzano tel. 06.9330412
LUNGODEGENZA	S. Raffaele Rocca di Papa	via Ariccia, 16 Rocca di Papa tel. 06.9428601
	Villa dei Pini A.S.A.	via Casal di Brocco, 1 Anzio tel. 06.986091
	Villa delle Querce Poligest	via delle Vigne, 12 Nemi tel. 06.936581
HOSPICE	INI	via S. Anna, sn Grottaferrata tel. 06.942851
	S. Raffaele Rocca di Papa	via Ariccia, 16 Rocca di Papa tel. 06.9428601
	S. Raffaele Montecompatri	via S. Silvestro, 25 Montecompatri tel. 06.947811
RIABILITAZIONE	INI	via S. Anna, snc Grottaferrata tel. 06.942851
	S. Raffaele Montecompatri	via S. Silvestro, 25 Montecompatri tel. 06.947811
	Villa dei Pini A.S.A.	via Casal di Brocco, 1 Anzio tel. 06.986091
	Villa delle Querce Poligest	via delle Vigne, 12 Nemi tel. 06.936581
ACUTI	INI	via S. Anna, sn Grottaferrata tel. 06.942851
	Madonna delle Grazie	via S. d'Acquisto, 67 Velletri tel. 06.964411
	Regina Apostolorum	via S. Francesco, 58 Albano tel. 06.93298823

	S. ANNA	via del Mare, 69 Pomezia tel. 06.916331
	S. Raffaele Montecompatri	via S. Silvestro, 25 Montecompatri tel. 06.947811
	Villa delle Querce Poligest	via delle Vigne, 12 Nemi tel. 06.936581
DIALISI	Medica San Carlo	via Maffeo Pantaleoni Frascati
	Miranephro	via Laurentina 136 Ardea
	Madonna delle Grazie	via S. d'Acquisto, 67 Velletri tel.06.964411
	Villa dei Pini A.S.A.	via Casal di Brocco, 1 Anzio tel. 06.986091
	Regina Apostolorum	via S. Francesco, 58 Albano tel. 06.93298823
	Villa Nina	via Nettunense vecchia, 110 Frattocchie – Marino tel. 06.93546008
	Nephronet Dialisi	Via Spoleto 5, Pomezia

L'emergenza Covid-19 ha generato numeri molto significativi all'interno dell'Azienda, sia in termini di cittadini coinvolti, che in termini di risorse professionali, materiali e tecnologiche impiegate per la gestione dei casi, dei sospetti e di tutti i contatti.

Tutto l'assetto aziendale è stato oggetto di continue rimodulazioni e ricalibrizioni degli assetti erogativi in ragione dell'evolversi della pandemia.

Per quanto attiene l'attività di ricovero, la scelta aziendale è stata quella di identificare una struttura ospedaliera che potesse svolgere una sostanziale funzione di "Covid-Center" in grado di accogliere i pazienti affetti da tale patologia necessitanti di ricovero che si presentavano ad uno qualsiasi degli ospedali aziendali. La scelta non poteva che ricadere sull'Ospedale dei Castelli perché più di tutti si prestava sotto il profilo logistico, tecnologico e professionale a svolgere tale funzione. La scelta si è rivelata vincente in quanto l'azienda, attraverso l'Ospedale dei Castelli, proprio in ragione dell'attivazione dei reparti Covid ha di fatto evitato di gravare sulla rete regionale.

Di seguito un quadro sinottico riepilogativo dei ricoveri effettuati nel 2019 presso l'Ospedale dei Castelli dal quale si evince come nel 2020 siano stati effettuati 464 ricoveri che hanno sviluppato 6.507 giornate di degenza con un impegno professionale e tecnologico molto elevato.

SPECIALITA'	Posti Letto		GG. Degenza	Degenza media	Degenza media Pre Operatoria	% DRG CHIRURGICI	Punti DRG	PPM	Tariffato	Tasso di Utilizzo %	Indice di Rotazione	Turn Over
	Mediamente Disponibili	N. Dimessi										
CHIRURGIA COVID		1	20	20,0	19,0	-	0,4	0,4	1.895			
MEDICINA COVID	52,6	308	4.715	15,3	4,7	1,3	544,4	1,8	1.733.212	58,6	5,9	10,8
ORTOPEDIA COVID		2	46	23,0	12,5	100,0	3,7	1,9	15.551			
TERAPIA INTENSIVA COVID	9,2	76	787	10,4	1,4	6,6	91,5	1,2	318.916	55,9	8,3	8,2
EMERGENZA COVID	22,5	77	939	12,2	1,2	-	113,8	1,5	373.021	68,4	3,4	5,6
TOTALE	84,3	464	6.507				754		2.442.595			

Nell'ultimo report della Regione Lazio sull'emergenza Covid-19 (report del 22 novembre 2021) si conferma per la quinta settimana consecutiva valori di RDt e RHct superiori a 1 con un indice di occupazione superiore all'80%. Di fatto si conferma che la situazione epidemiologica corrisponde alla fase di attivazione delle Scenario di rischio 2, secondo i criteri descritti nella Fase IX e si prevede un incremento progressivo settimanale di posti letto in relazione all'evoluzione degli indicatori.

All'interno dello scenario così definito presso l'Ospedale dei Castelli sono stati complessivamente 25 posti letto: n. 10 posti letto di Medicina Semintensiva Covid e n. 15 posti letto di Medicina Covid e, stante l'attuale fase epidemiologica caratterizzata da una curva in crescita dei positivi e dei ricoveri ospedalieri, si prevede un incremento dell'attività di ricovero legata alla pandemia.

Di notevole importanza, sia in termini di finalità conseguite che in termini di risorse umane e materiali assorbite, l'attivazione di moduli di RSA a gestione diretta negli ex ospedali De Sanctis di Genzano e il S. Giuseppe di Albano. Infatti, nella seconda metà di aprile 2020, è stata attivata presso l'ex Ospedale di Genzano la prima RSA regionale pubblica Covid-19, di livello estensivo e con una dotazione iniziale di 20 posti letto, dedicata esclusivamente ad accogliere utenti positivi al SARS- COV-2. Tale dotazione di posti letto è stata immediatamente incrementata con l'attivazione di un secondo modulo di 16 posti letto. Presso il S. Giuseppe di Albano, invece, il 13 maggio 2020 sono stati attivati tre moduli di RSA No-Covid, destinati ad accogliere quei pazienti negativizzati presso le strutture Covid, in attesa della loro reintegrazione al domicilio o presso le strutture residenziali territoriali. Nel novembre del 2020 l'ex ospedale S. Giuseppe di Albano è stato riattivato e censito su NSIS (cod. 120299) per consentire l'apertura di un reparto di medicina Covid di 29 posti letto. Nel corso dei primi mesi del 2021 i posti letto di medicina Covid sono saliti a 45 e sono stati attivati 3 posti letto di T.I. Covid. Nel corso dell'anno, a seguito del netto miglioramento di tutti gli indicatori legati alla pandemia, si è proceduto alla disattivazione dei posti letto attivati presso il S. Giuseppe.

Nel corso dei primi nove mesi del 2021 l'attività di ricovero Covid ha fatto registrare complessivi n. 955 ricoveri che hanno sviluppato 15.277 giornate di degenza, così come desumibile dalla tabella che segue.

Attività COVID - dimissioni primi 9 mesi del 2021 presso i reparti covid

Presidio	UOD	SPECIALITA'	Posti Letto Mediamente Disponibili	N. Dimessi	GG. Degenza	Degenza media
Ospedale dei Castelli	0977	CHIRURGIA COVID	4	3	87	29
	2677	MEDICINA COVID	50,2	392	7.281	18,6
	3677	ORTOPEDIA COVID	4	4	64	16
	4977	TERAPIA INTENSIVA COVID	9	105	1.575	15
	5177	EMERGENZA COVID	25,2	216	3.391	15,7
Totale			92,4	720	12.398	
San Giuseppe di Albano	2677	MEDICINA COVID	28,6	209	2.579	12,3
	4977	TERAPIA INTENSIVA COVID	3	10	131	13,1
Totale			31,6	219	2.710	
Generale Provinciale di Anzio	5177	EMERGENZA COVID	1,8	16	169	10,6
Totale complessivo			125,8	955	15.277	

Per quanto attiene invece alle attività di contrasto alla pandemia in termini di diagnosi precoce e di contenimento della pandemia, l'Azienda è impegnata su molti fronti e in molteplici attività nei diversi contesti di vita e di lavoro.

Gran parte di questa attività è posta in capo ai dipartimenti di Prevenzione e del Territorio.

Nella figura di seguito riportata è possibile osservare una sintesi dei dati relativi alla settimana dal 15 al 21 novembre 2021.

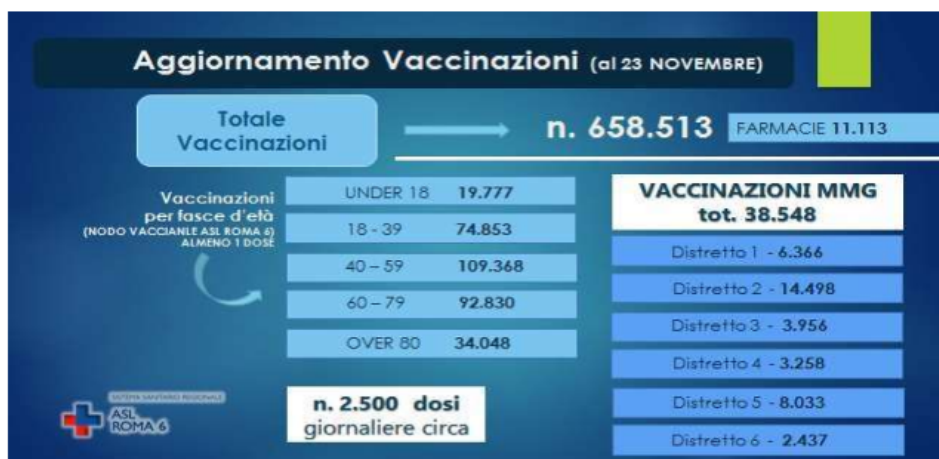


Tra i setting di intervento preventivo e di contrasto privilegiati dall’Azienda, rientrano senz’altro le scuole. L’impegno in tale ambito è estremamente assorbente, come desumibile dall’osservazione dei dati riportati nella figura sottostante.



Altra attività assolutamente strategica, che ha richiesto un dispiego di risorse professionali e materiali straordinario, è rappresentata dalla realizzazione della campagna vaccinale anti-Covid in cui l’Azienda ha dedicato, e continua a dedicare, massima attenzione e impegno.

Nella figura sottostante sono riportati i dati di attività in questo settore strategico per il contrasto alla pandemia:



Nella figura sottostante una rappresentazione del layout organizzativo adottato dall’Azienda in tema di campagna vaccinale anti-Covid:



AGGIORNAMENTO ATTIVITA' VACCINALI AL 27/12/2021

Fascia di età	Vaccinazioni al 27.12.21
UNDER-18	44.572
18-29	77.820
30-39	73.006
40-49	109.401
50-59	135.440
60-69	124.818
70-79	105.884
80-89	69.998
90+	14.802

Totale complessivo	755.741
---------------------------	----------------

Numero dose	Vaccinazioni al 27.12.21
1	333.630
2	305.193
3	116.918
Totale complessivo	755.741

Tipologia centro vaccinale	Vaccinazioni al 27.12.21
CENTRI VACCINALI ASL ROMA6	529.128
CENTRI VACCINALI STRUTTURE ACCREDITATE	148.958
MMG/PLS	51.378
VACCINAZIONI ESTERNE EQUIPE ASL ROMA6	26.277
Totale complessivo	755.741

Mesi	Prime dosi	Seconde dosi	Terze dosi	Totale complessivo
2021-12	10.838	14.234	71.161	96.233
2021-11	6.603	11.973	31.932	50.508
2021-10	11.683	16.091	13.203	40.977
2021-09	21.413	20.066	622	42.101
2021-08	27.989	30.101		58.090


2021-07	26.445	84.507		110.952
2021-06	59.086	58.141		117.227
2021-05	83.485	24.305		107.790
2021-04	38.103	23.469		61.572
2021-03	27.696	13.794		41.490
2021-02	11.936	3.078		15.014
2021-01	7.645	5.434		13.079
2020-12	708			708
Totale complessivo	333.630	305.193	116.918	755.741

Di particolare importanza l'attività relativa all'erogazione delle Cure Anticorpali Monoclonali. Alla data del 25 novembre, sono stati trattati n.90 pazienti dei quali n.10 in regime di ricovero.

Un ulteriore servizio realizzato a vantaggio dei cittadini, è rappresentato dal triage telefonico, con professionisti dedicati, finalizzato ad agevolare l'arruolamento a questo particolare setting curativo degli over 65.

Cure Anticorpi Monoclonali

La Asl Roma 6 è tra le 15 aziende inserite nel network regionale per la somministrazione degli anticorpi monoclonali.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 6

↓

PAZIENTI TRATTATI CON ANTICORPI MONOCLONALI n. 80
Fino a 25 NOVEMBRE 2021
+ 10 IN RICOVERO

Per accedere al Centro di Somministrazione degli Anticorpi Monoclonali anti Covid-19 è necessario che i pazienti vengano identificati dal proprio medico curante, dall'USCAR o dal Pronto soccorso che si occuperanno di avvertire il Centro mediante invio via mail del modulo regionale contenente tutte le informazioni utili.

Da novembre 2021 attivo anche il TRIAGE TELEFONICO REGIONALE RIVOLTO AGLI OVER 65 PER ARRUOLAMENTO

Non meno importante ai fini della salvaguardia della salute individuale, è l'attività svolta dai nostri professionisti all'interno dell'ambulatorio "Long Covid" collocato presso l'ex ospedale "De Sanctis" di Genzano (cfr. figura sottostante).



Bisogna inoltre tener presente, ai fini della programmazione delle risorse umane, della imminente attivazione di nuovi servizi sanitari, nonché il potenziamento di quelli già in essere. E tutto questo non solo per recuperare livelli di produttività almeno sovrapponibili a quelli del 2019, ma anche per riassorbire importanti quote di mobilità passiva e contrarre le liste di attesa.

Presso l'Ospedale dei Castelli è prossima l'attivazione dell'UTN e del servizio di emodinamica e con l'apertura dei posti letto di chirurgia vascolare vi sarà un notevole impulso all'attività di radiologia interventistica, che vanta spazi e tecnologie all'avanguardia.

Con riferimento agli eventi disciplinari e penali che hanno interessato l'Azienda nel corso del 2021 e primi mesi del 2022, si segnalano 38 procedimenti disciplinari, la sospensione cautelare ai sensi dell'art. 74, comma 1, del CCNL Area Sanità e dell'art. 10 del Codice di Disciplina Aziendale, di un dipendente del Dipartimento di Prevenzione, UOSD Anagrafe Canina per presunti fatti corruttivi penalmente rilevanti, avvenuta con deliberazione del Direttore Generale n. 18 del 14/01/2022 e la sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale con un medico di medicina generale ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera d) dell'ACN 2009, disposto con deliberazione del Direttore Generale n. 219 del 21/02/2022.

2.1.3 Conclusioni

L'analisi condotta ai fini della predisposizione del presente Piano evidenzia un contesto esterno caratterizzato dalla presenza di alcuni elementi critici, dovuti per lo più alla collocazione del territorio in cui opera la ASL Roma 6 nell'ambito della Città metropolitana di Roma Capitale, e per questo capaci di influire negativamente sul livello di rischio corruttivo. Al contrario le caratteristiche socio-economiche e culturali del territorio di riferimento rappresentano un punto di forza al diffondersi e radicarsi di fenomeni, come quelli della criminalità organizzata e del degrado etico-culturale, che potrebbero favorire il diffondersi di fenomeni corruttivi.

Concorre inoltre a mitigare ulteriormente l'esposizione al rischio la circostanza che la maggior parte degli ambiti di attività dell'Azienda sono presidiati da norme di legge, di livello statale e/o regionale e da regolamenti che disciplinano le fasi del processo, delimitando e riducendo l'ambito di discrezionalità e prevenendo, al contempo, la possibilità di errori involontari da parte dei funzionari.

Contribuisce a mitigare ulteriormente il rischio di fatti corruttivi, la gestione informatizzata di alcuni dei più importanti processi dell'Azienda, attraverso applicativi che garantiscono la tracciabilità delle operazioni e dei soggetti responsabili, anche sotto il profilo contabile e del rispetto dei vincoli di spesa, dei processi posti in essere.

2.2 Sottosezione di programmazione Performance

2.2.1 Il Piano della Performance

La presente sottosezione sulla Performance viene sviluppata in coerenza ai principi fissati dal 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”, che prevede l'adozione di un documento programmatico denominato "Piano della Performance" che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il Piano persegue la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti in relazione alle risorse impiegate ed ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l'Azienda Sanitaria Locale Roma 6 si è prefissata per 2023 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

2.2.2 Il ciclo di gestione della performance

2.2.2.1 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

Il Sistema di misurazione della performance è uno strumento essenziale per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppato e implementato, può svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e performance organizzative.

Il Sistema adottato nel 2018 dalla Asl Roma 6 con Deliberazione n.525 del 28 giugno, tiene conto delle principali modifiche organizzative che hanno riguardato l'Azienda negli scorsi anni, con i conseguenti impatti sulle attività correlate alla misurazione e valutazione della performance, ed è stato adeguato rispetto alle novità normative introdotte dalla riforma della pubblica amministrazione (L. 124/2015 cd “riforma Madia”) e alle modifiche apportate al D.lgs. 150/2009 dal D.lgs. n.74 del 25 maggio 2017, oltre che secondo le indicazioni contenute dalle Linee Guida n. 2 /2017 della Funzione Pubblica.

Il documento, che si caratterizza per uno spiccato orientamento alla soddisfazione e al coinvolgimento del cittadino, si prefigge lo scopo di disciplinare le attività e le modalità di monitoraggio, verifica dei risultati e valutazione della Performance dell'Azienda nel suo complesso, oltre che del personale dell'Asl Roma 6, nel rispetto dei vigenti CC.NN.LL. e della normativa di riferimento.

Il SMVP costituisce un importante tassello del processo di crescita e miglioramento avviato dall'Azienda, finalizzato, da un lato, a dare concreta attuazione ai principi della meritocrazia e della trasparenza, cui si ispira l'intero impianto della “Riforma Brunetta”, dall'altro a favorire processi di innalzamento quali-quantitativo dei livelli di assistenza da erogare alla popolazione.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della Asl Roma 6 ha per oggetto la misurazione e valutazione delle Performance intesa come il contributo che ciascun soggetto (unità

organizzativa, team o singolo individuo), apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita.

In tale prospettiva, si distingue tra:

- Performance dell'Azienda nel suo complesso rilevabile attraverso il documento programmatico Piano delle Performance, strettamente collegato alle strategie aziendali, declinato annualmente in sede di definizione del budget;
- Performance Organizzativa riferita a ciascuna delle unità operative in cui è articolata l'Azienda;
- Performance Individuale riferita a ciascun dipendente, integrata con quella Organizzativa, e finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze manageriali/professionali, trasversali/tecniche di ogni risorsa.

2.2.2.2 La Performance Organizzativa

La Performance Organizzativa attiene all'Azienda nel suo complesso, alle unità organizzative in cui la stessa si articola, nonché a processi e progetti, con riferimento alle attività programmate, ai relativi indicatori e target di misurazione, nonché ai risultati attesi e raggiunti.

Oggetto della valutazione della componente organizzativa della Performance è la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati alla Azienda nel suo complesso, esplicitati nel Piano della Performance, così come declinati alle varie articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali) nell'ambito dell'intero ciclo.

Coerentemente a tale impianto, la Performance Organizzativa si sviluppa attraverso tre momenti fondamentali:

- la pianificazione, che consiste nella definizione degli indirizzi strategici che l'Azienda intende perseguire in attuazione delle linee programmatiche regionali, esplicitati all'interno del Piano Triennale della Performance, in cui vengono definiti gli obiettivi che l'Azienda intende raggiungere, gli indicatori di misurazione e i risultati attesi, sia a livello complessivo aziendale, sia nella declinazione alle singole articolazioni organizzative aziendali, esplicitata nelle schede di budget alle stesse assegnate;
- il monitoraggio, che consiste nella misurazione periodica dei risultati conseguiti nel periodo considerato, finalizzata ad individuare eventuali scostamenti dagli obiettivi prestabiliti e a porre in essere azioni per il riallineamento;
- la valutazione dell'attività svolta e dei relativi risultati, tenendo conto degli elementi del contesto, interno ed esterno, che hanno contribuito alla completa, parziale o mancata realizzazione.

La Valutazione della Performance Organizzativa si innesca, quindi, nell'ambito del più ampio Ciclo di Gestione della Performance, articolato nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
2. collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;

4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico - amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

Il percorso “a cascata” nell’attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della Performance Organizzativa alla Performance Individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ed essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali ai Dipartimenti, previa negoziazione con i rispettivi Direttori e Responsabili di Incarichi di Funzione.

I Direttori dei Dipartimenti, assegnano, previa opportuna negoziazione, gli obiettivi ai dirigenti delle strutture complesse e semplici dipartimentali, comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e le modalità previste per il raggiungimento degli stessi; informano, inoltre, sui criteri e le modalità di valutazione della performance individuale.

Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione), nel corso dell’anno 2023, saranno gradualmente perfezionati tutti i passaggi che la normativa richiede, affinché il documento recepisca in maniera esaustiva, le indicazioni relative alle aspettative e alle attese di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni).

2.2.2.3 La Performance individuale

La Performance Individuale riguarda tutto il personale dipendente dell’Azienda, distinto nelle due aree contrattuali della dirigenza e del comparto.

La valutazione dei dipendenti è diretta alla verifica dei comportamenti individuali, della professionalità espressa nell’espletamento del servizio, alla verifica dei risultati raggiunti a fronte degli obiettivi assegnati.

È inoltre finalizzata, per i responsabili di struttura (semplice o complessa) alla valutazione delle capacità di governo e di gestione assegnate anche in funzione degli obiettivi da perseguire.

Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione annuale della performance individuale sono i seguenti:

- evidenziare l’importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell’azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, anche in relazione alla natura, tipologia e contenuto dell’incarico, ove attribuito, mettendo in risalto il comportamento e la capacità professionale, la capacità gestionale e manageriale, ove richiesta;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende, in termini di risultati e comportamenti, dal singolo dipendente rispetto agli obiettivi assegnati e ai risultati attesi;
- supportare il personale nel miglioramento della loro performance, anche per generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell’azienda;

- valutare la performance del dipendente e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona interessata (supportare l'allineamento);
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance individuale attraverso opportuni sistemi incentivanti ispirati alla cultura della meritocrazia;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

2.2.3 La Programmazione Strategica

Questo ambito programmatico è predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del d.lgs. n.150/2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo.

L'Azienda annualmente predispone un sistema integrato di Pianificazione Strategica e di Programmazione a medio-lungo periodo.

La pianificazione rappresenta il processo attraverso il quale l'Azienda, nell'ambito di una progettualità pluriennale, definisce i propri obiettivi, le azioni strategiche da realizzare e le azioni per conseguire gli obiettivi.

Il processo di pianificazione è articolato nelle seguenti fasi:

- recepimento delle direttive nazionale e regionali;
- formulazione degli obiettivi ed elaborazione di indicatori, individuazione di target;
- valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

La presente programmazione trova ispirazione nei principi di:

- trasparenza, secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 3 del D.lgs. 150/2009 e s.m.i.;
- verificabilità degli obiettivi, attraverso una serie di indicatori numerici/economici ed un range di tollerabilità dell'obiettivo;
- intelligibilità della veridicità e verificabilità, al fine di garantire facilità di comprensione degli interlocutori interni ed esterni;
- coerenza interna ed esterna dei contenuti;
- partecipazione, condivisione della visione strategica e degli obiettivi operativi con tutti i professionisti (Dirigenza e Comparto) che operano all'interno dell'Azienda.

Il Piano deve essere visto anche come uno strumento di forte orientamento per la guida dell'azienda:

- per operatori interni, al fine di orientare l'attività direzionale, ricostruendone "l'ambizione collettiva" e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche;
- per utenti esterni, al fine di rappresentare ai diversi portatori di interesse, le priorità strategiche e la conseguente assunzione di responsabilità esecutiva e di rendicontazione nei loro confronti.

La programmazione delle attività deve essere effettuata proseguendo e consolidando le iniziative intraprese negli anni precedenti, nonché attivando azioni in linea con la normativa ed i documenti di programmazione nazionale e regionale.

Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro fondamento nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa aziendale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale, di seguito richiamati:

- Piano triennale della Prevenzione e della Corruzione e della Trasparenza;
- Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (P.A.R.S.) (Determinazione n. G00643 del 25/01/2022);
- Piano triennale delle Azioni Positive;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 (DGR 970/2021)

Nelle more dell'individuazione da parte della Regione Lazio degli obiettivi di Performance 2023 vengono ripresi, in continuità e per quanto compatibili ed integrati, con i successivi atti di programmazione regionale gli obiettivi assegnati con:

- alla D.G.R. 762/2021 - "Definizione, ai sensi dell'art.2 comma 3 del D.lgs.04 agosto 2016, n.171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2021";
- alla DGR 1111/2022 - "Definizione, ai sensi dell'art.2 comma 3 del D.lgs.04 agosto 2016, n.171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2022", trasmessa il 06/12/2022, in cui vengono esplicitati gli obiettivi con evidenza delle aree di maggiore miglioramento di performance e le aree di maggiore criticità aziendali;
- obiettivi assegnati all'atto della stipula del contratto al direttore Generale della Asl Roma 6 (Decreto del presidente Regione Lazio n.t00048 del 28/03/2022).

L'Azienda promuove, altresì, ulteriori obiettivi di rilevanza aziendale ad integrazione di quando derivante dalla programmazione regionale, prioritari per garantire un'offerta sanitaria di eccellenza correlata ad una gestione efficiente delle risorse a disposizione.

L'Azienda ritiene di perseguire le linee di indirizzo intraprese adottando azioni trasversali relativamente a:

- Piano Aziendale per l'attività chirurgica (PSAAC), di cui alla Del.1378 del 29/12/2022;
- Piano Aziendale per il contrasto al sovraffollamento in PS/DEA, di cui alla Del.1377 del 29/12/2022;
- Piano Aziendale della Prevenzione, di cui alla Del.1135 del 28/11/2022;
- Azioni per garantire l'adesione, la copertura il rispetto dei tempi di attesa sia del 1° che 2° livello dei tre programmi di Screening;
- Piano aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE), di cui alla Del.1189 del 29/11/2022;
- Reingegnerizzazione dei processi e transizione digitale:
 - "Piano Aziendale di adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica (Del.1386 del 30/12/2022)

2.2.4 Albero della Performance

L'Albero della Performance rappresenta graficamente i legami tra mission, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla mission aziendale.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della Performance.

Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

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

Tali obiettivi vengono declinati e assegnati a tutte le strutture e/o servizi strategici individuati dalla Direzione, assicurando una costruttiva concertazione ed i relativi approfondimenti con tutti i Direttori/Responsabili ed i Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

L'Azienda, nel processo di formulazione della mappa strategica, associa ad ogni obiettivo strategico anche uno o più indicatori e il relativo valore obiettivo (target) utile a misurare l'effettivo raggiungimento dell'obiettivo stesso in termini strettamente quantitativi individuando in sede previsionale i risultati attesi, i relativi costi/ricavi e le scadenze temporali fissate per il conseguimento degli obiettivi, in coerenza con le risorse attribuite nel bilancio preventivo annuale.

Partendo quindi dagli obiettivi generali (strategici-macro) previsti nel Piano della Performance, vengono definiti gli obiettivi operativi specifici annuali, che saranno oggetto della negoziazione nel Ciclo di Gestione della Performance con le strutture aziendali.

In base alle proposte ed alle istanze emergenti dal feedback negoziale, gli obiettivi specifici proposti potranno venire ulteriormente connotati e personalizzati.

Tali obiettivi saranno perseguiti da tutte le strutture individuate per la negoziazione, ciascuna nel proprio ambito di competenza.

Gli obiettivi specifici, assegnati alle strutture titolari del Ciclo di Gestione della Performance, riguardano due diversi ambiti: il conseguimento degli obiettivi generali e la gestione efficiente ed efficace delle attività istituzionali, (obiettivi gestionali).

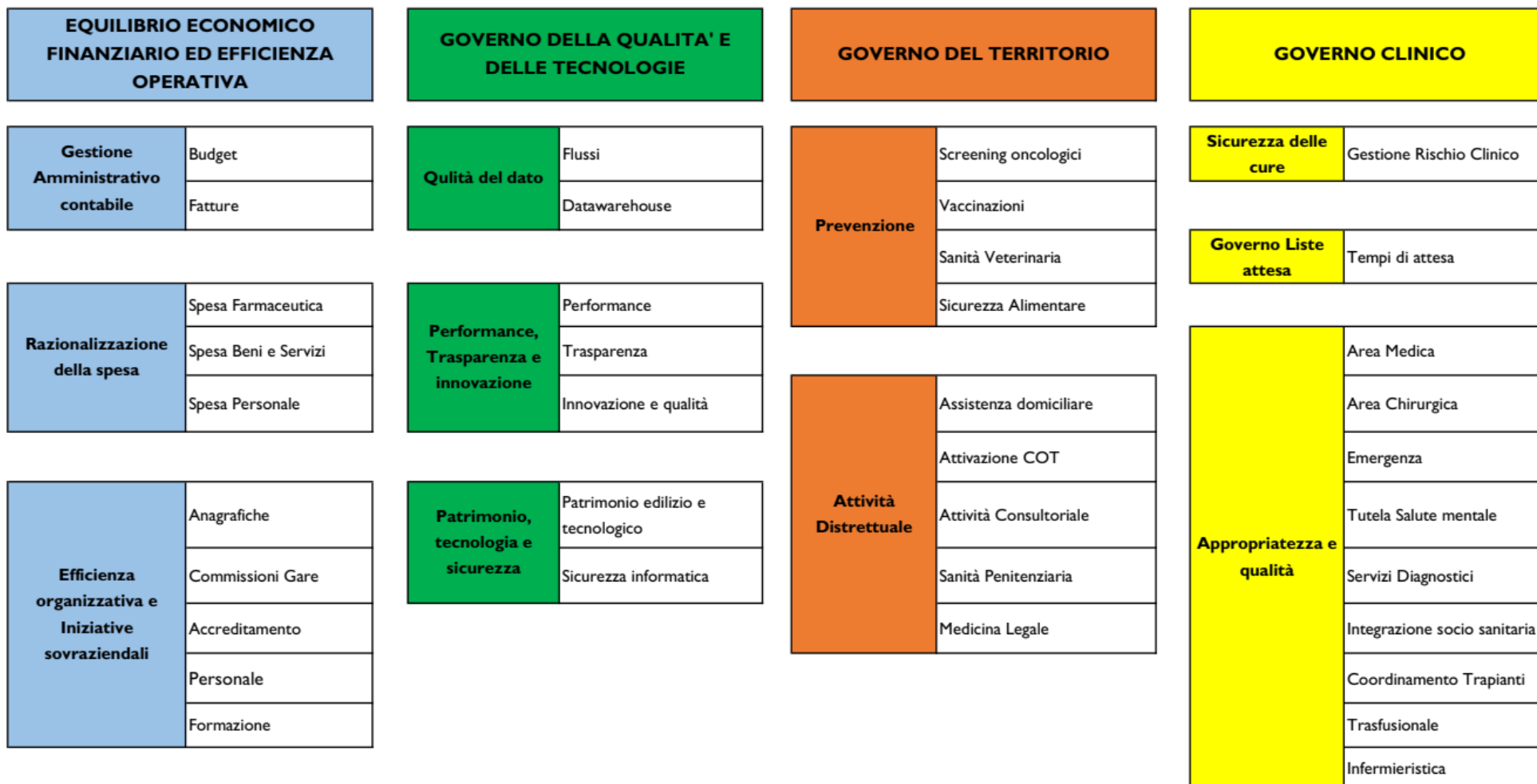
Il raggiungimento della performance complessiva dell'Azienda passa dunque attraverso la realizzazione di una complessa serie di obiettivi integrati tra loro a diversi livelli e tra loro coerenti.

La misurazione della performance così declinata rappresenta per la Asl uno strumento di governo essenziale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente agli obiettivi di medio e breve periodo.

L'albero della Performance dell'Azienda Roma 6 è strutturato come segue:

- a) sono individuate le 4 aree strategiche nelle quali l'Azienda si impegna a misurarsi per garantire risultati in termini di miglioramento;
- b) per ciascuna di queste aree strategiche sono declinati obiettivi generali (strategici) "macro" da raggiungere;
- c) nell'ambito dei macro-obiettivi sono stati individuati obiettivi - sempre integrati tra loro e coerenti con i livelli superiori - di carattere sanitario e amministrativo da declinare in obiettivi operativi (specifici) da assegnare alle strutture aziendali;
- d) per ogni obiettivo specifico è stato definito un indicatore tra le quattro tipologie di indicatori: di stato delle risorse, di efficienza, di efficacia e di impatto, al fine di misurare la Performance organizzativa, intesa come l'insieme dei risultati attesi dell'Azienda nel suo complesso, che permette di programmare, misurare e poi valutare come l'organizzazione, consapevole dello stato delle sue risorse utilizza le stesse in modo razionale (efficienza) per erogare servizi adeguati alle attese degli utenti (efficacia), al fine di migliorare il livello di assistenza di quest'ultimi e degli stakeholder (impatto).

ALBERO DELLA PERFORMANCE 2023



*Tale schema sarà integrato , se necessario, in sede di negoziazione prevista per il mese di Febbraio 2023

2.2.5 Obiettivi Operativi

Nell'ambito degli obiettivi strategici sono individuati gli obiettivi operativi che sono declinati ai diversi livelli organizzativi aziendali attraverso il processo di negoziazione, già avviato da quest'Azienda da diversi anni, che si concretizza nella formalizzazione delle schede di Performance Organizzativa, attraverso cui si assegnano ad ogni struttura aziendale gli obiettivi operativi, individuando al contempo gli indicatori necessari a consentirne la valutazione del grado di raggiungimento dei risultati rispetto al target atteso predefinito.

Nello specifico, il processo di individuazione e assegnazione degli obiettivi strategici muove dal livello Direzionale e dagli uffici di Staff, e prevede per ogni obiettivo assegnato ai Centri di Responsabilità aziendali, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

Tale processo, che si sviluppa in coerenza con gli obiettivi strategici fissati a livello regionale, si estrinseca infine nella definizione delle schede di Performance Organizzativa per ogni Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura semplice Dipartimentale e Strutture di particolare importanza strategica, nei quali sono esplicitati gli obiettivi di attività negoziati.

Nelle schede di Performance Organizzativa sono definiti gli obiettivi, con la specificazione di indicatori di risultato per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi rispetto ai risultati attesi, che, pertanto, costituiscono la base per la misurazione dell'efficienza, ovvero degli output ottenuti in relazione agli input impiegati, e dell'efficacia, ovvero dei risultati raggiunti in relazione ai target desiderati.

La valutazione della Performance Organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'OIV, dei risultati di Performance raggiunti dalla Azienda.

L'azienda per l'anno 2023 si riserva di approvare la declinazione degli obiettivi una volta terminata la fase di negoziazione con i Direttori di struttura.

Di seguito, in anteprima, si delineano alcuni obiettivi operativi di Performance prioritari per l'anno 2023.

Con successivo altro provvedimento, terminata la fase di negoziazione con le strutture individuate, di cui all'allegato di seguito riportato, sarà cura della Struttura Tecnica Permanente formalizzare la declinazione degli obiettivi regionali, aziendali, nonché strategici nelle schede di Performance Organizzativa.

2.2.5.1 Obiettivi operativi comuni a tutte le strutture

- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento dei dati nei sistemi informativi gestionali.
- Garantire l'equilibrio economico-finanziario della gestione assicurando la definizione dei fabbisogni di risorse e il contenimento dei costi nel rispetto delle condizioni di equilibrio (budget) stabilite dalla direzione generale.

- Assicurare il rispetto delle misure previste nel Piano triennale della Prevenzione e della Corruzione e della Trasparenza aziendale.
- Garantire gli adempimenti legati alla reingegnerizzazione dei processi e alla transizione digitale.
- Diffondere l'utilizzo di strumenti di governance per finalità di programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di data warehouse (viste di sintesi per area/ambito, viste di dettaglio, indicatori di appropriatezza e performance generali e specifici).
- Attivare il controllo aziendale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema di monitoraggio contabile.
- Favorire l'interoperabilità tra i sistemi informativi.

2.2.5.2 Strutture ospedaliere

- Predisporre la pianificazione delle attività ambulatoriali e di ricovero (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale e al recupero delle prestazioni non erogate nel periodo di emergenza pandemica.
- Assicurare il governo dei tempi di attesa per le prestazioni di Ricovero, Esami strumentali diagnostici e/o operativi, Diagnostica di laboratorio, Day Service e Ambulatoriali, secondo i criteri di priorità previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Garantire il corretto percorso clinico del paziente e la sua completa presa in carico, anche attraverso percorsi integrati in relazione ai vari setting assistenziali nonché attraverso la corretta implementazione dei PDTA, ove previsti, favorendo l'impostazione multi-disciplinare e multiprofessionale della cura e dell'assistenza, nonché l'integrazione e il coordinamento delle risorse.
- Ridurre i ricoveri impropri per DRG ad alto rischio di inappropriatezza nel rispetto dello standard stabilito a livello ministeriale del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e a ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario.
- Contenere la degenza media e i ricoveri oltre soglia, anche mediante il corretto utilizzo degli strumenti disponibili per le Dimissioni ospedaliere protette (DOP), nonché il trasferimento in strutture di riabilitazione e lungodegenza.
- Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa diagnosi.
- Contenere la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento conservativo chirurgico per tumore maligno della mammella, nel rispetto degli standard previsti (Nuovo sistema di garanzia).
- Incrementare la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni, nel rispetto degli standard previsti (Nuovo sistema di garanzia).
- Migliorare la qualità di processo: % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione.
- Migliorare la qualità di processo: (H17C) % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno. (H18C) % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.

- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di screening primo e secondo livello per mammografico e secondo livello per cervice-uterino e colon retto.
- Attuare le indicazioni aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.
- Incremento prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.
- Incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici.
- Migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto di riabilitazione ospedaliera in dotazione.
- Contenere la degenza media su standard definiti per tipologia di trattamento (riabilitazione fisica, neurologica, pneumologica, cardiologica).
- Assicurare percorsi per la prevenzione e gestione del rischio clinico e la sicurezza complessiva nei percorsi di assistenza e di cura, elaborando metodi e tecniche utili al contenimento eventi avversi correlati alle attività di prevenzione, cura e assistenza.
- Potenziare i servizi per la tutela della salute dei lavoratori, anche mediante la mappatura dei rischi e la rilevazione del benessere organizzativo.

2.2.5.3 Distretti Sanitari

- Predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite Ambulatoriali, Esami strumentali diagnostici e/o operativi, Day Service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Potenziare le cure domiciliari nel rispetto dei valori soglia definiti nel Nuovo Sistema di Garanzia.
- Attuare gli interventi previsti per il percorso nascita.
- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di screening cervico-uterino e mammografico.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.
- Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica entro i tetti stabiliti dalla regione.
- Incrementare le prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.

- Incrementare la presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata.
- Assicurare la Presa in carico dei pazienti in riabilitazione ambulatoriale.
- Potenziare le cure riabilitative domiciliari in raccordo con i Distretti Sociosanitari.
- Assicurare percorsi per la prevenzione e gestione del rischio clinico e la sicurezza complessiva nei percorsi di assistenza e di cura, elaborando metodi e tecniche utili al contenimento eventi avversi correlati alle attività di prevenzione, cura e assistenza.
- Potenziare i servizi per la tutela della salute dei lavoratori, anche mediante la mappatura dei rischi e la rilevazione del benessere organizzativo.

2.2.5.4 Dipartimento di Salute Mentale

- Predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Assicurare la Presa in carico dei pazienti psichiatrici.
- Assicurare la Presa in carico dei pazienti di NPI.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite specialistiche e Day Service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne.
- Contenere il numero di TSO ai residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione di minori per patologie psichiatriche.
- Contenere i ricoveri ripetuti tra 8 e 30gg in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture residenziali e diurne pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale.
- Verificare l'efficacia dei piani terapeutici residenziali.
- Assicurare attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche.
- Assicurare la collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per l'inserimento sociale.
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio aziendale.

2.2.5.5 Dipartimento della Prevenzione

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19 mediante: o il potenziamento delle attività di monitoraggio e la sorveglianza attiva della circolazione del virus SARS-CoV-2, in collaborazione con i medici di

medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale; o l'attuazione dei piani di vaccinazione anti-Covid.

- Attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione.
- Attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.
- Potenziare la copertura vaccinale.
- Assicurare adempimenti LEA - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

2.2.5.6 Farmaceutica ospedaliera e territoriale

- Assolvere alle funzioni di governo del processo di assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, collaborando alla definizione di una politica del farmaco interna coerente con gli obiettivi dati dalla Regione Lazio alle Direzioni Generali per il contenimento e la razionalizzazione della spesa di farmaci e dispositivi medici entro i tetti assegnati.
- Promuovere e monitorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci e dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa.
- Assicurare il monitoraggio nell'utilizzo appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici fornendo indicazione alle unità operative ospedaliere e distrettuali utili al contenimento della spesa.

2.2.5.7 Strutture tecnico-amministrative

- Assicurare costante supporto alla direzione generale nella definizione degli indirizzi strategici mediante la predisposizione dei documenti di programmazione e la gestione delle relative procedure:
 - Piani strategici e dei fabbisogni, Bilanci di previsione annuali e pluriennali;
 - Piano triennale del fabbisogno di personale con la programmazione e gestione delle procedure di reclutamento;
 - Programma triennale dei lavori pubblici con la programmazione e gestione delle procedure di affidamento ed esecuzione dei lavori;
 - Programma biennale degli acquisti di beni e servizi con la programmazione e gestione delle procedure di gara;
 - Piano pluriennale di acquisizione, aggiornamento e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali;
 - Piano per la Transizione alla modalità digitale e dematerializzazione;
 - Piano di sviluppo dei sistemi informativi;
 - Piano delle Performance.
- Procedere alla razionalizzazione e semplificazione delle procedure amministrative e alla verifica e revisione delle procedure amministrative-contabili.
- Monitorare le attività programmate mediante la rendicontazione economica trimestrale, la contabilità analitica, l'andamento del budget e dei risultati raggiunti.

- Migliorare la comunicazione istituzionale con il coinvolgimento degli stakeholder esterni e la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, anche attraverso una corretta gestione delle segnalazioni e dei reclami.
- Assicurare la redazione e il costante aggiornamento del piano formativo aziendale, per le diverse articolazioni organizzative, e la gestione degli eventi formativi.
- Centralizzare le attività tecnico amministrative per le procedure nell'area degli acquisti beni e servizi e dei concorsi pubblici.
- Integrare e omogeneizzare nel sistema contabile tutte le attività gestionali amministrativo-contabili.

2.2.5.8 Strutture operative - Ciclo della Performance Organizzativa 2023

Codice Struttura	Descrizione
01000010	UOC CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA
01000020	UOC INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E WELFARE DI COMUNITA'
01000030	UOC SISTEMI INFORMATIVI SANITARI
01000040	UOC FORMAZIONE E COMUNICAZIONE
01000060	UOC INNOVAZIONE E QUALITA'
0101000001	Servizio Prevenzione e Protezione
01010010	UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISCHIO CLINICO
01010030	UOC INGEGNERIA OSPEDALIERA
01020010	UOC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO
01020020	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
01020030	UOC AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI
01020040	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
01020050	UOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
01020060	UOSD Sistemi Informatici
01020070	UOC SUPPORTO E GESTIONE AMMINISTRATIVA DSM,PREVENZIONE,TERRITORIO
0103000001	Coordinamento Trapianti
01030010	UOC AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
01030050	PROGRAMMI SCREENING
01030292	UOC DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO OdC
01030547	UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H1
01030754	UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H3
01030843	UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H4
0401	DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO
04010020	UOC GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA, MEDICINA CONVENZIONATA, ALPI
04010330	UOC DIREZIONE DISTRETTO H1
04010335	UOC DIREZIONE DISTRETTO H2
04010340	UOC DIREZIONE DISTRETTO H3
04010345	UOC DIREZIONE DISTRETTO H4
04010350	UOC DIREZIONE DISTRETTO H5

04010355	UOC DIREZIONE DISTRETTO H6
04010360	UOC PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE
04010370	UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE
04010375	UOSD Sanità Penitenziaria
04010380	UOSD Medicina Legale
04010385	UOSD Processi Assistenziali e Domiciliari
0415	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE
04150001	UOSD Psicoterapia e Psicodiagnosi
04150002	UOSD Riabilitazione e Progetti di Reinserimento Sociale
04154001	UOC SPDC H1
04154003	UOC CSM H1- H3
04154005	UOC CSM H2- H5
04154007	UOC SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA
04154008	UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE
04154009	UOC CSM H4 - H6
04154092	UOC SPDC OdC
0420	DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE
04201701	UOC SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA (SISP)
04201702	UOC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL)
04201703	UOSD Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)
04201704	UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA A
04201705	UOSD Servizio Veterinario - AREA C
04201706	UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA B
04201708	UOSD Anagrafe Canina
0432	DIPARTIMENTO EMERGENZA
04328101	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H1
04328103	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H3
04328104	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H4
04328105	UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H1
04328107	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H3
04328108	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H4
04328111	UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Marino
04328112	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - OdC
04328113	UOSD Terapia del Dolore
04328192	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - OdC
0435	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
04350801	UOC CARDIOLOGIA - POLO H1
04350803	UOC CARDIOLOGIA - POLO H3
04350804	UOC CARDIOLOGIA - POLO H4
04350892	UOC CARDIOLOGIA - OdC
04351600	UOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA AZIENDALE
04352601	UOC MEDICINA GENERALE - POLO H1
04352603	UOC MEDICINA GENERALE - POLO H3
04352604	UOC MEDICINA GENERALE - POLO H4

04352692	UOC MEDICINA GENERALE - OdC
04352900	UOC NEFROLOGIA E DIALISI AZIENDALE OdC - Polo H4
04353903	UOSD Pediatria Polo H3
04353904	UOC PEDIATRIA - POLO H4
04353992	UOC NEONATOLOGIA E PEDIATRIA OdC
04355200	UOC DERMATOLOGIA AZIENDALE
04355600	UOC RIABILITAZIONE AZIENDALE
04356400	UOC ONCOLOGIA AZIENDALE
0440	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
04400005	UOSD Breast Unit
04400901	UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H1
04400903	UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H3
04400904	UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H4
04400992	UOC CHIRURGIA GENERALE - OdC
04401403	UOC CHIRURGIA VASCOLARE - POLO H3
04403400	UOSD Oculistica
04403601	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H1
04403603	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H3
04403604	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H4
04403692	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - OdC
04403703	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H3
04403704	UOSD Ostetricia e Ginecologia Polo H 4
04403792	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - OdC
04403801	UOSD Otorinolaringoiatria Polo H1-H3
04403804	UOC OTORINOLARINGOIATRIA - POLO H4
04403900	UOSD Odontoiatria e Stomatologia
04404301	UOSD Urologia Polo H1
04404304	UOC UROLOGIA OdC
04460001	UOC PATOLOGIA CLINICA POLO H1 - H3 - OC
04460004	UOC PATOLOGIA CLINICA - POLO H4
04460010	UOSD Senologia
04460300	UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA AZIENDALE
04461800	UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE
04466101	UOSD Medicina Nucleare
04466901	UOSD Radiodiagnostica Polo H1
04466903	UOSD Radiodiagnostica POLO H3
04466904	UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H4
04466992	UOC RADIOLOGIA INTERVENTISTICA OdC
04469392	UOC FARMACEUTICA OSPEDALIERA
04500100	UOC PROFESSIONE INFERMIERISTICA



A cura della Struttura Tecnica Permanente

L'Azienda, come previsto dall'art.11, comma 8 del D.lgs. 150/09 e s.m.i., al fine di garantire trasparenza nei confronti di tutti gli stakeholder, provvederà a pubblicare il presente Piano sul sito web www.aslroma6.it, nell'apposita sezione denominata «Amministrazione Trasparente» e a rendere pubblici e fruibili eventuali suoi aggiornamenti.

A garanzia del regolare svolgimento del Ciclo della Performance 2023, l'Organismo Indipendente di Valutazione sarà tenuto informato di ogni fase dall'assegnazione, al monitoraggio e alla valutazione finale.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 10, comma 1- 2, dello stesso decreto, il presente Piano sarà trasmesso Dipartimento di Funzione Pubblica.

Tutti gli allegati tecnici menzionati nel presente atto di programmazione sono resi disponibili nel Sito Aziendale nella sezione dedicata.

2.2.6 Piano Azioni Positive per il triennio 2022/2024

Un ruolo fondamentale nell'ambito di una efficiente programmazione aziendale è riconosciuto alla promozione delle pari opportunità attraverso il Piano delle Azioni Positive. In base all'articolo 48 del decreto legislativo dell'11 aprile 2006, numero 198 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna),

le amministrazioni pubbliche devono predisporre e approvare il Piano triennale di azioni positive (PTAP). Si tratta di un documento che indica le azioni che l'Amministrazione intende mettere in atto per assicurare la rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. Questa Azienda è al momento impegnata nella redazione di detto documento.

Il decreto legislativo 198/2006 non specifica né i contenuti né la forma del PTAP, prevedendo solamente che “le amministrazioni dello Stato [...] predispongono piani di azioni positive” aventi come fine “la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”, “l’inserimento delle donne nei settori e nei livelli professionali nei quali esse sono sottorappresentate” e “il riequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussiste un divario fra generi non inferiore a due terzi”.

Il primo fondamento di ogni azione positiva, dunque, è quello costituzionale, rintracciabile nell’art. 3, c. 2, (principio di eguaglianza sostanziale) della Costituzione. Anche il diritto dell’Unione Europea, con la Direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, ha provveduto a promuovere l’attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale. Tale Direttiva, attuata in Italia con il D. Lgs. N. 5/2010, rappresenta un corollario a livello comunitario, poiché in essa confluiscono la disciplina comunitaria relativa alla parità retributiva (dir. 75/117), alla parità nelle condizioni di lavoro (dir. 76/2007), alla parità nei regimi professionali e sulla sicurezza sociale (dir.86/378, modificata nel 1996), e all’onere della prova nelle discriminazioni (dir. 97/80).

Il d.lgs. n. 198/2006 impone a tutte le pubbliche amministrazioni di adottare un piano triennale di azioni positive per la realizzazione delle pari opportunità (art. 48, di seguito PAP). Indicazioni sui contenuti dei PAP provengono in parte già dal decreto del 2006, mentre le specifiche dalla direttiva emanata il 23 maggio 2007 dal Ministero per le Riforme e Innovazioni nella P.A. e dal Ministro per i Diritti e le Pari Opportunità. In essa si sottolinea l’importanza che riveste, nell’ambito della P.A., il ruolo propositivo e propulsivo per la promozione e l’attuazione delle pari opportunità nonché della valorizzazione delle differenze nelle politiche lavorative interne. La direttiva del 4 marzo 2011, all’art. 3.2 in materia di compiti del CUG, stabilisce, tra quelli propositivi, che esso predisponga “piani di azioni positive, per favorire l’uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne”. L’art. 21 della legge n. 183/2010 è il fondamento normativo di tale provvedimento che ha disposto alcune innovazioni in materia di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle Amministrazioni Pubbliche. La recente Direttiva n. 2/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica, aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la Direttiva 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia e definisce le Linee Guida di indirizzo volte a dirigere le amministrazioni pubbliche in materia di promozione della parità e delle pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione.

Il Piano delle Azioni Positive 2022/2024, confermato anche per il triennio 2023/2025, svilupperà le seguenti aree di intervento:

1. POTENZIAMENTO ATTIVITA' DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA:

Azione 2.1 - Ampliamento dell’area dedicata al Comitato Unico di Garanzia sul portale Aziendale;

Azione 2.2 - Formazione/informazione del CUG (costante informazione al CUG sui dati del personale dipendente, sulle misure inerenti alla conciliazione vita/lavoro; sulle misure per la tutela delle parità e sulle iniziative delle pari opportunità)

Azione 2.3 - Corso di Formazione (ECM/FCO) di 35 ore circa su tematiche e progetti proposti dal CUG in accordo con la Dirigenza (ad es. riorganizzazione dell'ente; piani di formazione del personale; criteri di valutazione del personale; forme di flessibilità lavorativa come il lavoro agile ecc.).

2. PROMOZIONE E SOSTEGNO ALLA CULTURA DELLE PARI OPPORTUNITÀ E CULTURA DI GENERE:

Azione 3.1 - Favorire iniziative di informazione e sensibilizzazione sui compiti e gli obiettivi del CUG

Azione 3.2 - Promozione della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro (Seminari pari opportunità)

3. CONCILIAZIONE VITA-LAVORO:

Azione 4.1 - Ricognizione delle forme flessibili di lavoro e dei permessi (per la cura dei figli, dei disabili e delle persone anziane) con annessa applicazione dei diritti concernenti la flessibilità lavorativa ed il lavoro agile) al fine di favorire politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro.

4. BENESSERE ORGANIZZATIVO;

5. CONTRASTO A FORME DI DISCRIMINAZIONE E DI VIOLENZA;

Il Piano ha durata triennale e sarà pubblicato sul portale aziendale. Nel periodo di vigenza sarà effettuato il monitoraggio delle azioni adottate con cadenza annuale. Saranno raccolti pareri, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere, annualmente, se necessario, e, comunque, al termine del triennio, ad un adeguato aggiornamento.

La normativa di riferimento per la redazione del Piano delle Azioni Positive è la seguente:

- Costituzione Italiana art. 3: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese."
- Legge n. 125 del 10/04/1991: "Azioni per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro"
- Legge n. 53 del 08/03/2000: "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città"
- D.lgs. n. 165 del 30/03/2001 (art. 7-54-57): "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"

- D.lgs. n. 198 del 01/04/2006: “Codice delle pari opportunità”
- Direttiva del 23/05/2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione e del Ministro per i diritti e le pari opportunità “Misure per attuare pari opportunità tra uomini e donne nelle Amministrazioni Pubbliche
- la direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione e per l’innovazione e del Ministro per le pari opportunità del 4 marzo 2011, (Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni “art. 21, legge 4 novembre 2010, n. 183”);
- la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° giugno 2017, n. 3 (Indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’articolo 14 della legge 7 agosto 2015, 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);
- la direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019 del Ministro per la pubblica amministrazione e del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega in materia di pari opportunità (Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche);

2.2.7 Piano della comunicazione

la Legge n° 150 del 7 giugno 2000 recante la “Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni”, in particolare l’art. 12 prevede la predisposizione annuale da parte delle pubbliche amministrazioni di un Piano di Comunicazione, come strumento per la definizione di un sistema di iniziative coordinato ed efficace.

La Asl Roma 6 con deliberazione n. 510 del 14/07/2022 ha adottato il Piano della Comunicazione 2022 proponendosi di contribuire al perseguimento delle seguenti finalità:

- sviluppo di una coerente politica di comunicazione integrata con i cittadini e le imprese;
- gestione professionale e sistematica dei rapporti con tutti gli organi di informazione (mass media tradizionali e nuovi media);
- realizzazione di un sistema di flussi di comunicazione interna sia per migliorare la qualità dei servizi e l’efficienza organizzativa, sia per creare tra gli operatori del settore pubblico senso di appartenenza alla funzione svolta, pieno coinvolgimento nel processo di cambiamento e condivisione nelle rinnovate missioni istituzionali delle pubbliche amministrazioni;
- ottimizzazione, attraverso la pianificazione e il monitoraggio delle attività di informazione e comunicazione, dell’impiego delle risorse finanziarie.

La comunicazione nell’ambito della gestione aziendale è investita del ruolo di porre ‘in rete’ l’informazione: interna, organizzativa, esterna, istituzionale. Ha il compito di rendere pubblico il proprio operato chiamando a partecipare il cittadino-utente e le istituzioni, puntando ad informare in modo corretto, costante, trasparente.

La pandemia da Covid- 19 ha fatto emergere l’esigenza di una pianificazione comunicativa in grado di conciliare l’immediatezza del messaggio con l’accuratezza e la chiarezza dell’informazione offerta.

Oltre l'emergenza, ma nell'orizzonte di ciò che questa ha suggerito e perfino cambiato nel modo di informare, il modello comunicativo dovrà plasmarsi ancora attorno al modello social il quale mira a raggiungere con un messaggio meno complesso e più efficace i cittadini, in maniera capillare, massiva.

L'impegno dell'Azienda non può che essere quello di potenziare le diverse forme di comunicazione fin qui utilizzate, raccogliendo da un lato i suggerimenti delle tecnologie comunicative in evoluzione, dall'altro le istanze dei diversi attori della Sanità (medici, pazienti, personale sanitario tutto), così da porsi a servizio e sostegno, per le proprie competenze, degli obiettivi generali dell'Azienda, del Sistema Sanitario Nazionale.

OBIETTIVI DEL PIANO

Facilitazione dell'accesso ai servizi, trasparenza.

La Asl Roma 6 intende porre in essere attività di revisione e aggiornamento della gestione dell'accesso ai servizi, al fine di facilitare i rapporti con gli utenti e con i diversi stakeholders.

Gli strumenti informatici, largamente utilizzati dalla pubblica amministrazione per raggiungere gli utenti, richiedono una costante revisione ed aggiornamento per poter essere pienamente funzionali.

Il Portale aziendale è oggi il centro della strategia digitale della Asl Roma 6 e l'obiettivo è quello di offrire oltre alle informazioni anche l'erogazione di alcuni servizi, trasformandolo gradualmente in uno sportello virtuale, il portale del cittadino.

Questo adeguamento si è reso necessario anche per l'esigenza dettata dalla situazione emergenziale di ridurre contatti tra le persone. Nel 2021 è stata digitalizzata la pagina dell'URP per consentire all'utente di entrare in contatto con l'azienda in maniera più semplice ed immediata.

Ci si propone per il 2022 la graduale digitalizzazione di altri servizi, quali le prenotazioni online dei prelievi sia da portale che da app aziendale, la digitalizzazione del servizio PROTESICA con richieste effettuate online e gestite da back-end dagli operatori e la digitalizzazione delle pagine PUA (Punto Unico di Accesso). Il progetto di digitalizzazione per un miglioramento della fruizione dei servizi offerti dai PUA ed una maggiore integrazione con la realtà dell'URP, trova spinta e stimolo anche dalle indicazioni dettate dal PNRR alla Componente 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria" con collegamenti alla missione 5 "Inclusione e coesione". L'interoperabilità delle reti di comunicazione collegherebbe tutti i servizi e i professionisti dell'ambito distrettuale garantendo semplificazione nello scambio di informazioni e facilitando l'integrazione degli interventi. Si aggiunga, inoltre, la possibilità, per il cittadino che accede online di avere informazioni e orientamento e, se necessario, essere indirizzato alla presa in carico.

Ampio spazio alle attività del PNRR: l'obiettivo centrale è quello di descrivere nell'ottica della trasparenza gli investimenti dell'azienda e i progetti realizzati con i fondi, informando passo dopo passo i nostri cittadini e i diversi stakeholder sugli sviluppi del piano di Ripresa e Resilienza.

Tra gli obiettivi costanti del piano di comunicazione aziendale, in linea con i principi del Sistema Sanitario Nazionale vi è il rafforzamento delle azioni volte a garantire il miglioramento degli esiti di salute. Nello specifico:

- favorire l'accesso e la conoscenza del servizio socio-sanitario e indirizzare il cittadino alle strutture più adeguate

- capillari interventi di comunicazione pubblica a supporto dei programmi di screening. Individuare gli interventi per il contenimento delle liste d'attesa, con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e alla visibilità e prenotabilità delle agende di tutti i soggetti erogatori.
- campagna di comunicazione sul tema della VIOLENZA DI GENERE, con messaggi di prevenzione ed educazione sia tramite canali digitali che tradizionali.

Aggiornamento degli strumenti di comunicazione con il pubblico Ai sensi del comma 2 dell'art. 14 del Dlgs. 502/92

In linea con il suddetto disposto la Asl Roma 6 ha previsto:

- Revisione della Carta dei Servizi, con l'obiettivo di connotarla come strumento di impegno verso i cittadini ma anche occasione di miglioramento gestionale dei servizi;
- Aggiornamento del Regolamento di pubblica tutela e della relativa Commissione mista conciliativa per la gestione dei reclami, al fine sia di correggere i disservizi sia di valutare la qualità dei servizi sanitari. L'URP e/o la Commissione Mista Conciliativa provvedono alla gestione dei reclami e, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, propongono eventuali modifiche organizzative all'Azienda stessa.

SOCIAL MEDIA

Il ricorso alla comunicazione digitale ha subito un'ampliamento nell'ultimo anno. Si è prevalentemente dato spazio a linee guida sui comportamenti da seguire, dati ufficiali e comunicazioni della Regione Lazio, nonché descrizione e reportage delle attività svolte durante l'emergenza.

Si procederà su questa linea, forti dell'aumento dei followers (soprattutto sul social facebook, più rispondente al nostro pubblico).

Si utilizzerà però uno specifico e dettagliato piano editoriale che comprenderà:

- un post giornaliero sui dati locali e regionali
- post con faq utili
- post sui servizi attivi e modalità di erogazione
- post settimanale con bollettino sugli incrementi dei casi con link diretto al sito con distribuzione contagi nei vari comuni (fino al termine della pandemia)
- post emozionale su operatori e sul lavoro svolto

PROGETTO ICT

Il progetto «ICT» viene inserito all'interno del Piano della Comunicazione 2022 con l'obiettivo di ottimizzare il sistema comunicativo interno aziendale ed esterno tra amministrazione e cittadino, costituendo inoltre il punto di partenza e condizione necessaria per numerose iniziative specifiche di comunicazione.

Le nuove tecnologie informatiche hanno di fatto una indubbia ricaduta culturale e comunicativa all'interno dell'azienda.

Possono infatti contribuire ad aumentare fortemente l'efficienza, l'efficacia e la qualità delle relazioni all'interno e all'esterno dell'organizzazione aziendale.

Amplificare, intensificare e qualificare gli scambi comunicativi e le modalità di relazione interne ed esterne costruendo opportunità di integrazione culturale e creando valore.

2.3 Sottosezione di programmazione Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Premessa

La legge 190/2012 definisce il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza quale atto di indirizzo che le Pubbliche Amministrazioni devono adottare ai fini dell'individuazione dei principali rischi di corruzione e dei relativi rimedi da predisporre, indicando quindi obiettivi, tempi e modalità concrete di contrasto al fenomeno corruttivo. Esso deve svilupparsi su un arco temporale triennale e va annualmente aggiornato.

Sulla scorta di quanto previsto all'articolo 1, comma 4, della Legge 190/2012, con delibera n. 72 del 11 settembre 2013, è stato approvato il "Piano Nazionale Anticorruzione" – PNA – che ha successivamente subito diverse modifiche, che hanno integrato e parzialmente modificato l'impostazione adottata (delibera n. 831 del 3 agosto 2016, delibera n. 1208 del 22 novembre 2017, delibera 1074 del 21 novembre 2018, delibera n. 1064 del 13 novembre 2019).

Il PNA dunque svolge il ruolo di faro guida per tutti gli enti pubblici individuando i criteri e la metodologia da seguire per una corretta strategia della prevenzione della corruzione, sia a livello nazionale che a livello decentrato.

Nell'elaborazione del presente Piano, quindi, si è adottata una strategia di prevenzione della corruzione ispirata ai criteri e alla metodologia suggeriti nel Piano Nazionale, che costituisce atto di indirizzo per ogni Pubblica Amministrazione.

Il presente documento, che potrà essere aggiornato anche nel corso dell'anno dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione se ritenuto necessario o opportuno, contiene la pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione generali e specifiche per il triennio 2023-2025.

2.3.2 Scopo e finalità del Piano

Il presente Piano ha lo scopo di individuare le misure atte a prevenire ogni possibile episodio corruttivo all'interno dei propri uffici e servizi e di identificare gli attori di tale attività di prevenzione, cui spetterà il compito di monitorare i processi più "sensibili" e maggiormente esposti a rischio di comportamenti illeciti mediante il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture, dei Dirigenti e, a cascata, di tutto il personale dell'Azienda, utilizzando gli strumenti previsti dal presente Piano.

Nell'ambito di tale processo, il ruolo della Direzione è, in primis, quello di dare maggiore incisività ad ogni misura idonea al raggiungimento dello scopo.

Ulteriore scopo del Piano è quello di garantire il suo raccordo con tutti gli altri strumenti di programmazione aziendale e, in particolare, con il Piano della Performance (PP) e col Piano della Formazione, in un'ottica di reale integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale.

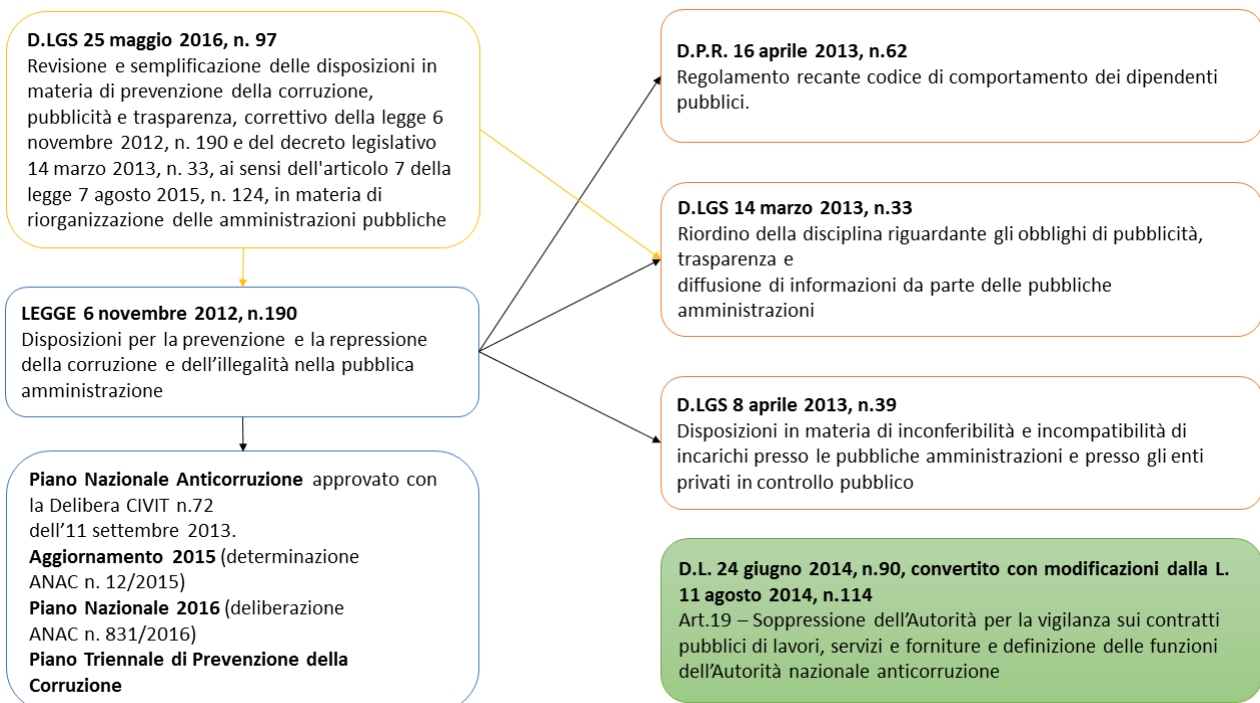
Con l'adozione del presente Piano, l'Amministrazione intende perseguire un duplice ordine di finalità:

- in primo luogo, contrastare e prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla citata normativa, il fenomeno dell'illegalità, consistente nello sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme, nonché, più in generale, ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali e/o di dolosa violazione delle norme e delle regole comportamentali per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura;
- in secondo luogo, ma non per ordine di importanza, creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

Muovendo da tale prospettiva, attraverso il Piano, si intende fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i dipendenti ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità.

La strategia di prevenzione definita nel presente Piano non si configura come un'attività compiuta destinata ad esaurirsi entro un termine definito, bensì come un insieme di strumenti e misure finalizzati alla prevenzione che verranno via via affinati in relazione al feedback e all'esperienza acquisita.

Come meglio illustrato dallo schema sottostante, il PTPCT è uno strumento organizzativo, volto alla realizzazione di un complesso disegno normativo.



2.3.3 Struttura del Piano

Il presente Piano, oltre che dalla parte introduttiva, è strutturato in due sezioni:

- 1) la **Prima Sezione** relativa al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione che contiene:
 - a) finalità ed obiettivi del Piano
 - b) processo di adozione
 - c) soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio di corruzione e illegalità e alle relative responsabilità
 - d) modello di gestione del rischio adottato e individuazione delle aree di rischio;
 - e) misure per la riduzione del rischio
- 2) la **Seconda Sezione** relativa all'elenco dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013 come modificato e integrato dal decreto legislativo n. 97/2016.

Il Piano è corredato dai seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- **Allegato 1** – Organigramma Aziendale
- **Allegato 5** - Catalogo dei processi, riportante i rischi specifici associati a ciascuno di essi, la graduazione del rischio con riferimento a ciascuna area, processo analizzato e le misure di prevenzione da adottare
- **Allegato 6** - Elenco dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013
- **Allegato 7** – Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza relativa all'attività svolta nell'anno 2021
- **Allegato 8** – Codice di comportamento
- **Allegato 9** – Delibera nomina RASA
- **Allegato 10** - Piano di formazione per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2023-2025

2.3.4 Processo di adozione e validità temporale

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione è un documento di carattere programmatico attraverso il quale l'Azienda individua le aree e i processi nei quali il rischio di corruzione è più elevato.

Finalità del Piano è anche il superamento della mera rilevanza penale dei fenomeni corruttivi a favore di un processo culturale e sociale in cui si innesti una politica di prevenzione volta ad incidere sulle cosiddette occasioni della corruzione e individuare le misure per gestire il rischio in modo da prevenire la corruzione, nell'ambito della propria attività amministrativa, in attuazione delle disposizioni di cui alla legge n. 190 del 6 novembre 2012 come modificata ed integrata dal decreto legislativo n. 97 del 25 maggio 2016.

Il presente Piano costituisce atto di indirizzo gestionale che integra il Regolamento degli Uffici e dei Servizi.

Il piano contiene misure di prevenzione oggettiva che, attraverso soluzioni organizzative, mirano a ridurre ogni spazio all'azione di interessi particolari volti al condizionamento delle decisioni pubbliche, nonché misure di prevenzione soggettiva che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa in vari modi ad una decisione amministrativa.

Rispetto ai portatori di interessi esterni, si è proceduto attraverso la formale pubblicazione di un avviso sul sito internet aziendale dal 02/12/2021 al 20/12/2021. All'esito della consultazione, non sono pervenuti contributi o indicazioni, sottolineando un generale distacco da parte dei cittadini alla materia.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato, entro il 31 gennaio di ogni anno, con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Direttori e dai Dirigenti e da tutti gli altri soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio.

L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi;
- emersione di nuovi rischi;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA.

Il Piano 2023-2025, in particolare, tiene conto dei seguenti fattori:

- il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 di cui alla deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione del 13 novembre 2019 n. 1064;
- l'esito del monitoraggio annuale e, in particolare, i contenuti delle relazioni a tal fine presentate dai Direttori e dai Dirigenti;
- l'analisi del contesto interno ed esterno.

Considerato che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo, il presente Piano costituisce uno strumento dinamico i cui contenuti verranno affinati, integrati, modificati e aggiornati anche in relazione al feedback ottenuto dalla sua applicazione e all'evoluzione organizzativa.

2.3.5 Ambito di applicazione

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

- a) Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale;
- b) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- c) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici;
- d) Personale assunto con contratto di somministrazione;
- e) Borsisti, stagisti e tirocinanti.

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della Unità Operativa Complessa Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente Piano e del Codice di Comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di

violazione delle disposizioni del PTPC e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

2.3.6 Obblighi di conoscenza

La presa visione del Piano e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari di cui al precedente paragrafo.

Per agevolare l'assolvimento di tale obbligo:

- a cura del competente Ufficio, viene pubblicato un avviso sul sito istituzionale e sulla rete intranet e inviata una mail per informare i destinatari individuati nel precedente paragrafo dell'avvenuta pubblicazione del Piano e dei suoi aggiornamenti e dell'obbligo di prenderne visione;
- i Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite mail;
- il Responsabile della Unità Operativa Complessa Gestione Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposito sito web;
- i Responsabili delle ditte/associazioni il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura o di collaborazione/convenzione, nell'ambito dell'ASL, adottano le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza del PTPC e del Codice di Comportamento dell'Azienda da parte dei propri dipendenti/collaboratori.

2.3.7 Stato di attuazione del PTPC 2022 - 2024

La responsabilità del monitoraggio del PTPC è attribuita al RPCT, che ogni anno predisponde una relazione sulle attività di monitoraggio svolte e gli esiti rilevati ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190 del 2012 e ai sensi di quanto disposto dal PNA.

Alla luce di quanto richiamato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione della ASL Roma 6, con relazione predisposta secondo il modello definito dall'ANAC con comunicato del 30 novembre 2022, e pubblicata nel sito istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione trasparente" sotto sezione "Altri contenuti – Corruzione" ha provveduto a rendicontare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel PTPC 2022- 2024.

Detta relazione è inoltre allegata al presente Piano quale **Allegato 7**.

2.3.8 Obiettivi del Piano

Nel contesto sopra esposto il Piano anticorruzione della ASL Roma 6 ha una impostazione "positiva", quale Piano per la "buona amministrazione", finalizzato alla riaffermazione dei principi di imparzialità, legalità, integrità, trasparenza, efficienza, pari opportunità, uguaglianza, responsabilità, giustizia e solo in via residuale quale strumento sanzionatorio dei comportamenti difforni.

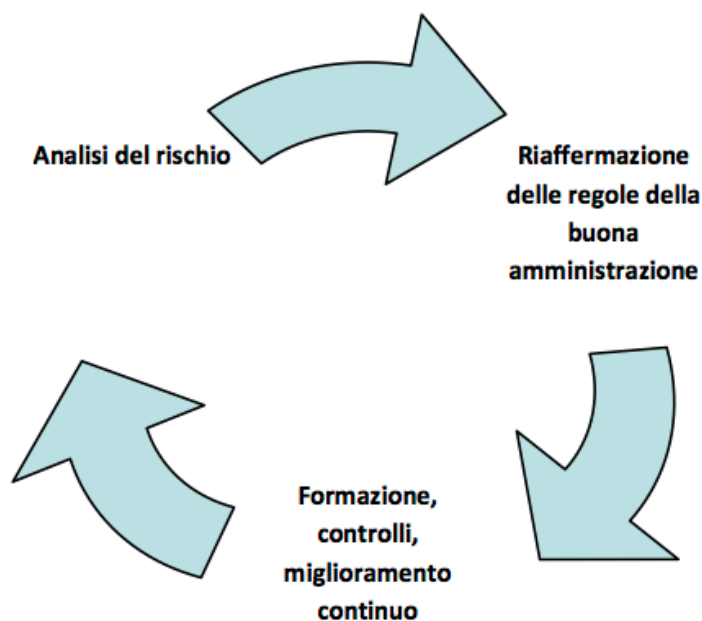
Per pretendere il rispetto delle regole occorre, infatti, creare un ambiente di diffusa percezione della necessità di tale osservanza. Affinché l'attività di prevenzione della corruzione sia davvero efficace è basilare la formazione della cultura della legalità, rendendo residuale la funzione di repressione dei comportamenti difforni.

Le misure contenute nel Piano hanno, pertanto, lo scopo di riaffermare la buona amministrazione e, di conseguenza, di prevenire fenomeni corruttivi. Una pubblica amministrazione che riafferma i principi costituzionali della buona amministrazione, contribuisce a rafforzare anche la fiducia di cittadini e imprese nei suoi confronti.

A livello operativo è necessario integrare i vari provvedimenti legislativi per evitare che ciascuna norma proceda, nell'applicazione, in maniera autonoma, avulsa dal contesto e, quindi, in un'ottica di mero adempimento. Deve scaturirne un'azione sinergica che si dispieghi attraverso le seguenti azioni:

- miglioramento degli strumenti di programmazione
- introduzione di un sistema integrato di controlli interni a carattere collaborativo.
- misure per il rispetto del Codice comportamentale dell'ente
- incremento della trasparenza
- formazione rivolta al personale operante nelle aree più esposte a rischio di corruzione
- implementazione degli strumenti di rendicontazione sociale
- assegnazione di obiettivi di qualità ai dirigenti
- implementazione dell'innovazione tecnologia
- miglioramento della comunicazione pubblica

Il Piano deve svolgere, quindi, la funzione di favorire la buona amministrazione e di ridurre il rischio (c.d. minimizzazione del rischio), attraverso il seguente ciclo virtuoso:



2.3.9 Coordinamento con il ciclo della performance

Le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 alla normativa anticorruzione e, in particolare, il comma 8 bis introdotto all'art. 1 della legge n.190/2012 dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016, stabiliscono un forte nesso tra i Piani di prevenzione della corruzione e gli obiettivi stabiliti nei documenti di

programmazione. Il comma citato, infatti, stabilisce che l'Organismo di valutazione verifichi, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i Piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Inoltre, il comma 8 dell'articolo 1 della legge n.190/2012, come novellato dall'articolo 41 del D.Lgs. n. 97/2016 prescrive che: *“l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza”* e che questi ultimi *“costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione”*.

Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al D.Lgs. 33/2013, entrambe come modificate ed integrate dal D.Lgs. n. 97/2016, costituiscono obiettivi strategici della ASL Roma 6 e che, conseguentemente e coerentemente, l'Azienda provvederà annualmente ad individuare, su motivata proposta formulata dal RPC e dal Responsabile della Trasparenza anche sulla base delle eventuali criticità emerse all'esito del monitoraggio, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi operativi nel Piano delle Performance, nel duplice versante della performance organizzativa e della performance individuale.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 D.Lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

2.3.10 Soggetti, compiti e responsabilità

2.3.10.1 Soggetti e compiti

Concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità e partecipano al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti:

- **il Direttore Generale**, il quale:
 - designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza;
 - adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza e l'aggiornamento annuale;
- **il Responsabile della Prevenzione della Corruzione Dott. Ettore Pompili**, il quale assume diversi ruoli all'interno dell'amministrazione e per ciascuno di essi svolge i seguenti compiti:
 - in materia di prevenzione della corruzione:
 - obbligo di vigilanza del RPCT sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;
 - obbligo di segnalare all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;

- obbligo di indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, co. 7, l. 190/2012).
- in materia di whistleblowing:
 - ricevere e prendere in carico le segnalazioni;
 - porre in essere gli atti necessari ad una prima attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute.
- in materia di inconfiribilità e incompatibilità:
 - capacità di intervento, anche sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e, per i soli casi di inconfiribilità, dell'applicazione di misure interdittive;
 - segnalazione di violazione delle norme in materia di inconfiribilità ed incompatibilità all'ANAC.
- in materia di AUSA:
 - sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del PTPCT.
- **Il Responsabile della Trasparenza, Dott.ssa Loretta Giorgiantoni**, il quale provvede a:
 - svolge le funzioni indicate dall'art. 43 del D.Lgs. 33/2013;
 - raccorda la propria attività con quella svolta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione
- **Il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA)**, nella persona del Direttore della UOC Acquisizione Beni e Servizi, Dott.ssa Daniela Pacioni, nominata con deliberazione del Direttore Generale n. 51 del 27 gennaio 2017 (**Allegato 9**). Ai sensi del comunicato del Presidente dell'ANAC, pubblicato in data 28 dicembre 2017, il RPC della ASL Roma 6 attesta che il RASA ha provveduto ad adempiere a tutti gli obblighi di compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.
- **I dirigenti**, i quali:
 - svolgono attività informativa nei confronti del responsabile e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, Legge n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
 - partecipano al processo di gestione del rischio;
 - propongono le misure di prevenzione (art. 16 D.Lgs. n. 165 del 2001);
 - assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
 - adottano le misure gestionali, quali l'avvio dei procedimenti disciplinari, la sospensione e, ove possibile, la rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.Lgs. n. 165 del 2001);
 - osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della Legge n. 190 del 2012);
 - provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte dall'ufficio a cui sono preposti.
- **Organismo Indipendente di Valutazione**, il quale:
 - considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
 - svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.Lgs. n. 33 del 2013);
 - esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'azienda (art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165 del 2001);

- verifica la corretta applicazione del piano di prevenzione della corruzione da parte dei Dirigenti ai fini della corresponsione della indennità di risultato.
 - verifica coerenza dei piani triennali per la prevenzione della corruzione con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance.
 - verifica i contenuti della Relazione sulla performance in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, potendo chiedere, inoltre, al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e potendo effettuare audizioni di dipendenti.
 - riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.
- **l'Ufficio Disciplina, il quale:**
 - svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D.Lgs. 165/2001);
 - provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, comma 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.);
 - cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
 - **tutti i dipendenti dell'azienda:**
 - osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di Comportamento;
 - **i collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda:**
 - osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di Comportamento;
 - segnalano le situazioni di illecito.

2.3.10.2 Responsabilità

Responsabilità del Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella Legge 114/2014 *“salvo che il fatto costituisca reato, applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000, nel caso in cui il soggetto obbligato ometta l'adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento.”*.

Responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

A fronte dei compiti che la Legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento. In particolare:

- ai sensi dell'art. 1, comma 8, della Legge 190/2012, come modificata ed integrata dal D.Lgs. 97/2016, *“la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale”*;
- ai sensi dell'art. 1, comma 12, della Legge 190/2012, come modificata ed integrata dal D.Lgs. 97/2016, il Responsabile della Prevenzione *“In caso di commissione, all'interno dell'azienda,*

di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- *di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui all'art. 1, comma 8, della Legge 190/2012 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del medesimo articolo;*
- *di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano”.*
- *Ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge 190/2012, come modificata ed integrata dal D.Lgs. 97/2016, “In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano”.*

La responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Responsabilità dei dipendenti

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione ed informazione e segnalazione previste dal presente Piano e delle regole di condotta previste nel Codice di Comportamento da parte dei dipendenti dell'Azienda è fonte di responsabilità disciplinare.

Alle violazioni di natura disciplinare si applicano, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, le sanzioni previste dai regolamenti di disciplina.

Provvedimenti nei confronti del personale convenzionato, dei collaboratori a qualsiasi titolo e dei dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture della ASL Roma 6 o in nome e per conto della stessa sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

È fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda, anche sotto il profilo reputazionale.

2.3.11 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive al fine di rafforzare il sistema di prevenzione.

I Responsabili di Struttura e i Referenti delle macro-aree, semestralmente, provvedono alla trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, di un elenco contenente il numero e l'oggetto delle informazioni di cui al seguente elenco:

- 1) sentenze, provvedimenti, notizie e richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'ASL Roma 6 esclusivamente per fatti di natura corruttiva;
- 2) richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;
- 3) rilievi del Collegio Sindacale;
- 4) relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;

2.3.12 Sistema di gestione del rischio di corruzione

2.3.12.1 Definizione del contesto e mappatura dei processi

Lo standard ISO 31000 individua, come prima fase del processo di gestione del rischio, la definizione del contesto interno ed esterno, al fine di comprendere le caratteristiche dell'ambiente esterno in cui l'organizzazione opera, nonché le modalità operative adottate e le attività che essa svolge per il raggiungimento dei propri fini.

L'analisi del contesto esterno è stata sviluppata elaborando i dati oggettivi (statistiche giudiziarie) e soggettivi (dati di percezione), relativi ai fenomeni di corruzione e altre forme di illegalità.

L'analisi del contesto interno, oltre ai dati generali relativi alla struttura e alla dimensione e complessità organizzativa, è stata basata sulla rilevazione e analisi dei processi organizzativi. In tale modo, è stata concretamente applicata una delle principali indicazioni metodologiche previste dalla norma ISO 31000. Infatti, come suggerito anche dal Piano Nazionale Anticorruzione, la rilevazione dei processi è lo strumento che *“consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio”*.

La rilevazione dei processi è stata sviluppata a un livello di aggregazione tale da ottimizzare la rilevazione, l'elaborazione e la rappresentazione dei dati, mantenendo l'analisi per unità organizzativa e area di rischio. I risultati della rilevazione sono stati esposti nel **Catalogo dei Processi della ASL Roma 6 Allegato 5 al presente Piano**.

Ai fini della realizzazione del Catalogo sono state combinate diverse fonti informative, tra cui in particolare:

- La Macrostruttura dell'ente e le funzioni assegnate alle Aree;
- La normativa in materia di EE.LL. per perimetrare le competenze istituzionali;
- Le missioni e i programmi di bilancio per individuare le attività espletate;
- Le aree e i processi di cui alla L. 190/2012 ed al PNA.

Ciascun processo presente nel catalogo dei processi, è descritto attraverso i seguenti elementi:

- l'area di rischio,
- il processo descritto in tutte le fasi,
- la struttura o le strutture responsabili della sua attuazione.

Le aree di rischio prese in considerazione ai fini della suddivisione dei processi sono le seguenti:

1. Acquisizione, gestione e progressione del personale - incarichi e nomine

2. Affari legali contenzioso e procedimenti sanzionatori
3. Affidamento lavori, servizi, forniture - contratti pubblici
4. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
5. Attività libero professionale e liste d'attesa
6. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
7. Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio
8. Gestione e distribuzione interna ed agli utenti di farmaci e materiale sanitario
9. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
10. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
11. Vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Nel presente Piano confluisce l'attività di revisione e implementazione della mappatura dei processi che le Aree, per mezzo dei Dirigenti, hanno sviluppato, anche in relazione alle indicazioni fornite dall'Allegato 1 al PNA 2019.

2.3.12.2 Identificazione dei rischi

L'obiettivo principale della fase di identificazione e analisi degli eventi rischiosi consiste nella definizione dei presupposti razionali per una corretta individuazione delle misure di prevenzione più appropriate.

A partire dal Catalogo dei Processi è stato sviluppato un Registro degli eventi rischiosi. Tale registro contiene, in maniera logicamente organizzata, i possibili rischi di corruzione identificati per ciascun processo organizzativo censito.

Per procedere alla più corretta identificazione degli eventi rischiosi sono state combinate diverse fonti e metodi, tra cui in particolare:

- a) l'analisi del contesto interno e esterno, più volte menzionata;
- b) le caratteristiche proprie dei diversi processi;
- c) i dati giudiziari relativi alle fattispecie corruttive verificatesi nel Comune;
- d) l'interlocuzione con i Dirigenti ed i responsabili di Posizione Organizzativa;
- e) le check list esistenti (per es. approfondimenti tematici degli aggiornamenti del PNA).

L'**Allegato 5**, a cui si rinvia, contiene per intero il Registro degli Eventi rischiosi.

2.3.12.3 Analisi dei rischi

La definizione del livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi dei processi è importante al fine di individuare quelli su cui concentrare l'attenzione per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio e guidare l'attività di monitoraggio da parte del RPCT.

Prima di procedere ad illustrare la metodologia utilizzata dalla ASL Roma 6 per l'analisi dei rischi, appare utile prima di tutto definire cosa si intende per valutazione del rischio, ovvero *“la misurazione dell'incidenza di un potenziale evento sul conseguimento degli obiettivi dell'amministrazione”*.

Sulla base della definizione appena riportata pertanto, l'analisi dei rischi consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità ed impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio.

La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l'evento accada in futuro, mentre l'impatto valuta il suo effetto qualora lo stesso si verifichi, ovvero l'ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (impatto e probabilità), sopra definiti, si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili significative caratterizzate da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento.

Al fine di applicare la metodologia elaborata, al catalogo dei processi dell'Ente, si è operato secondo le seguenti fasi:

1. **Misurazione** del valore di ciascuna delle variabili proposte, sia attraverso l'utilizzo di dati oggettivi (dati giudiziari), sia attraverso la misurazione di dati di natura soggettiva, rilevati attraverso valutazioni espresse dai responsabili dei singoli processi mediante l'utilizzo di una scala di misura uniforme di tipo ordinale articolata in Alto, Medio e Basso.
2. **Definizione** del valore sintetico degli indicatori di probabilità e impatto attraverso l'aggregazione delle singole variabili applicando nuovamente la moda al valore di ognuna delle variabili di probabilità e impatto ottenuto nella fase precedente.
3. **Attribuzione** di un livello di rischio a ciascun processo, articolato su cinque livelli: rischio alto, rischio critico, rischio medio, rischio basso, rischio minimo sulla base del livello assunto dal valore sintetico degli indicatori di probabilità e impatto, calcolato secondo le modalità di cui alla fase precedente.

Con riferimento all'indicatore di probabilità sono state individuate otto variabili ciascuna delle quali può assumere un valore **(3) Alto, (2) Medio, (1) Basso**, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI PROBABILITA'			
N.	Variabile	Livello	Descrizione
P1	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	(3) Alto	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		(2) Medio	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		(1) Basso	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza

P2	<p>Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso</p>	(3) Alto	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		(2) Medio	Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		(1) Basso	La normativa che regola il processo è puntuale, è di livello nazionale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa
P3	<p>Rilevanza degli interessi “esterni” quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo</p>	(3) Alto	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		(2) Medio	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		(1) Basso	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
P4	<p>Livello di opacità del processo, inteso quale capacità di dare conoscenza dell'intero svolgimento del procedimento dall'avvio alla conclusione sia attraverso l'applicazione degli obblighi di “Trasparenza Amministrativa” sia attraverso il diritto di “accesso civico”, sia attraverso le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 (Es. comunicazione avvio del procedimento, intervento nel procedimento, ecc.)</p>	(3) Alto	Gli obblighi di “Trasparenza Amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge n. 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere esclusivamente i risultati finali del processo
		(2) Medio	Gli obblighi di “Trasparenza Amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge n. 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere i risultati finali del processo e solo limitatamente le fasi endoprocedimentali e prodromiche
		(1) Basso	Gli obblighi di “Trasparenza Amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge n. 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere i risultati finali del processo, le fasi endoprocedimentali e prodromiche

P5	Presenza di “eventi sentinella” per il processo, ovvero procedimenti avviati dall’autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell’Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	(3) Alto	Un procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell’ultimo anno
		(2) Medio	Un procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni
		(1) Basso	Nessun procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell’Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni
P6	Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal PTPCT per il processo/attività, desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili	(3) Alto	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		(2) Medio	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		(1) Basso	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l’attuazione delle misure
P7	Criticità nei controlli previsti da leggi, o regolamenti in ordine alla capacità di neutralizzare i rischi individuati per il processo	(3) Alto	I controlli previsti da leggi o regolamenti non consentono di neutralizzare i rischi connessi al processo se non in minima parte
		(2) Medio	I controlli previsti da leggi o regolamenti consentono di neutralizzare parte dei rischi connessi al processo
		(1) Basso	I controlli previsti da leggi o regolamenti consentono di neutralizzare la maggior parte dei rischi connessi al processo

Con riferimento all’indicatore di impatto, sono state individuate quattro variabili ciascuna delle quali può assumere un valore **(3) Alto**, **(2) Medio**, **(1) Basso**, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI IMPATTO

N.	Variabile	Livello	Descrizione
I1	Impatto sull'immagine dell'Ente inteso come la risonanza mediatica che il verificarsi di un evento rischioso avrebbe ed alla capacità di minare l'immagine di imparzialità e servizio alla collettività dell'Ente	(3) Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, anche in considerazione del livello di responsabilità cui si collocherebbe potrebbe portare ad un danno all'immagine dell'Ente elevato
		(2) Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, anche in considerazione del livello di responsabilità cui si collocherebbe potrebbe portare ad un danno all'immagine dell'Ente contenuto
		(1) Basso	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, anche in considerazione del livello di responsabilità cui si collocherebbe potrebbe portare ad un danno all'immagine dell'Ente trascurabile
I2	Impatto in termini di contenzioso , inteso come i costi economici e/o organizzativi che l'Amministrazione dovrebbe sostenere a seguito del verificarsi di uno o più eventi rischiosi per il trattamento del conseguente contenzioso	(3) Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		(2) Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		(1) Basso	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
I3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	(3) Alto	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente
		(2) Medio	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Ente o risorse esterne
		(1) Basso	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
I4	Impatto in termini di costi , inteso come i costi che l'Amministrazione dovrebbe sostenere a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	(3) Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente molto rilevanti
		(2) Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente sostenibili
		(1) Basso	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che

			potrebbero essere addebitate all'Ente trascurabili o nulli
--	--	--	--

Per la valorizzazione delle variabili, si è fatto riferimento alle descrizioni proposte nelle schede di probabilità e impatto per individuare il livello di rischio più adeguato.

Nel caso di dubbio fra due livelli, in base al criterio prudenziale nella stima del rischio, si è sempre preferito scegliere il più alto.

Ai fini dell'elaborazione del valore sintetico degli indicatori di probabilità ed impatto, attraverso l'aggregazione dei singoli valori espressi per ciascuna variabile, è stata applicata la moda statistica. Nel caso in cui i valori delle variabili presentino più di un valore modale, è stato utilizzato quello di livello più alto (Es. moda Alto, moda Medio, utilizzo moda Alto).

Dopo aver attribuito i valori alle singole variabili degli indicatori di impatto e probabilità seguendo gli schemi proposti dalle precedenti tabelle e aver proceduto alla elaborazione del loro valore sintetico per ciascun indicatore, come specificato in precedenza, si è proceduto all'identificazione del livello di rischio per ciascun processo, attraverso la combinazione logica dei due fattori, secondo i criteri indicati nella tabella seguente.

Combinazioni valutazioni PROBABILITA' - IMPATTO		Livello di rischio
PROBABILITA'	IMPATTO	
(3) Alto	(3) Alto	Rischio alto
(3) Alto	(2) Medio	Rischio critico
(2) Medio	(3) Alto	
(3) Alto	(1) Basso	Rischio medio
(2) Medio	(2) Medio	
(1) Basso	(3) Alto	
(2) Medio	(1) Basso	Rischio basso
(1) Basso	(2) Medio	
(1) Basso	(1) Basso	Rischio minimo

Il collocamento di ciascun processo dell'Amministrazione, in una delle fasce di rischio, come indicate all'interno della precedente tabella, consente di definire il rischio intrinseco di ciascun processo, ossia il rischio che è presente nell'organizzazione in assenza di qualsiasi misura idonea a contrastarlo, individuando quindi allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

Trattandosi, di una metodologia per la stima del rischio di tipo qualitativo, basata su giudizi soggettivi espressi in autovalutazione dai responsabili dei processi, il RPCT, ha avuto la possibilità di vagliare le valutazioni espresse per analizzarne la ragionevolezza al fine di evitare una sottostima del rischio che possa portare alla mancata individuazione di misure di prevenzione.

I risultati dell'attività di stima e ponderazione del rischio dei processi della ASL Roma 6, sono dettagliati nel **Catalogo dei processi e dei rischi, Allegato 5 al presente Piano.**

2.3.12.4 Identificazione e programmazione delle misure di prevenzione

La fase di identificazione e progettazione delle misure di prevenzione è stata finalizzata alla individuazione degli interventi organizzativi volti a ridurre o neutralizzare il rischio di corruzione, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, sono state utilizzate innanzitutto le misure “generali” indicate nel Piano Nazionale Anticorruzione.

Attraverso l’interlocuzione con i Dirigenti si è anche proceduto alla identificazione di misure specifiche ulteriori applicabili ai processi di competenza delle singole Aree.

In particolare, dopo aver analizzato nel dettaglio il processo e gli eventi rischiosi ad esso associati è stato possibile intercettare quelle misure che, per il profilo di rischio specifico individuato, potessero incidere sulla riduzione della probabilità di accadimento degli eventi rischiosi e/o sul loro impatto potenziale.

Ogni Dirigente, per la propria unità organizzativa di competenza, e per ogni processo di pertinenza ha provveduto ad individuare le misure generali o specifiche più adatte a mitigare i rischi di corruzione fra quelle individuate dalle seguenti tipologie

- a) **misure di controllo:** volte a rafforzare la posizione dell’ufficio rispetto ai comportamenti fraudolenti dei terzi a fronte di provvedimenti ampliativi della propria sfera personale. Gli output previsti sono solitamente i verbali delle varie tipologie di controllo (verifiche, ispezioni, etc.) attestanti gli esiti dei controlli stessi;
- b) **misure di trasparenza:** volte ad individuare atti e procedimenti la cui pubblicità, sebbene non imposta dalla legge, viene avvertita come fondamentale dalla collettività in considerazione della rilevanza degli effetti che determinano. L’output previsto è l’evidenza dell’avvenuta pubblicazione del dato, informazione o atto previsto.
- c) **misure di definizione e promozione dell’etica e di standard di comportamento:** volte ad individuare, in processi particolarmente delicati, per i quali non si ritengono sufficienti le norme e gli strumenti disciplinari in vigore, ulteriori norme di dettaglio sui comportamenti da tenere nei rapporti interni e verso i cittadini. Gli output previsti sono gli atti (circolari o comunicazioni) con i quali si richiamino norme e principi o si comunichino nuove disposizioni.
- d) **misure di regolamentazione:** volte a disciplinare una più dettagliata regolamentazione dei procedimenti, al fine di restringere al massimo le sacche di incertezza idonee a mascherare e a favorire possibili fenomeni corruttivi. L’output previsto è la redazione di un regolamento, procedura o qualsivoglia strumento che disciplini le azioni e i comportamenti.
- e) **misure di semplificazione:** volte a semplificare e standardizzare la documentazione rendendo il processo più intellegibile all’esterno sia in termini di sviluppo procedimentale sia di ascrizione delle competenze, in tutti i casi in cui il susseguirsi di discipline non sempre uniformi e le incertezze interpretative dei testi normativi hanno determinato degli aggravati procedurali. L’output previsto può riguardare la standardizzazione della documentazione amministrativa o nuove disposizioni che sistematizzino e semplifichino i procedimenti.
- f) **misure di formazione:** volte a garantire l’acquisizione e lo sviluppo di competenze da parte degli attori del processo. L’output previsto è l’evidenza della formazione attuata (piani di formazione, attestati di partecipazione, etc.)

- g) **misure di rotazione:** volte a realizzare ulteriori misure di rotazione del personale del medesimo ufficio rispetto ai vari processi gestiti (per es. rotazione degli incarichi, delle pratiche). L'output previsto è il verbale/documento attestante la rotazione e i criteri seguiti.
- h) **misure di sensibilizzazione e partecipazione:** volte a implementare sia un buon sistema di comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione posta in essere, sia nella progettazione di soluzioni organizzative atte a creare e a gestire un dialogo interno all'Amministrazione e tra questa e la società civile. Gli output previsti sono le evidenze dell'avvenuta comunicazione, sensibilizzazione e partecipazione (per. es. verbali, comunicazioni, etc.).
- i) **misure di disciplina del conflitto di interessi:** volte a disciplinare particolari ambiti ove occorre un maggior dettaglio dei possibili casi di conflitto, prevedendo apposita modulistica per le autodichiarazioni. L'output previsto è il documento di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi calato su particolari realtà e situazioni.

Il dettaglio delle tipologie di misure di prevenzione associate ad ogni processo mappato per ogni unità organizzativa è riportato nell'**Allegato 1** al presente Piano. Inoltre il successivo **paragrafo 13** illustra le misure generali e specifiche individuate nonché la tipologia cui appartengono.

Per ogni misura individuata si è proceduto ad una specifica programmazione, definendo:

- Fasi per l'attuazione: indicazione puntuale dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura. L'esplicitazione di tali fasi è utile al fine di scadenziare l'adozione della misura, nonché di consentire un agevole monitoraggio da parte del RPCT;
- Tempi di realizzazione: indicazione dei tempi entro cui l'amministrazione intende realizzare ciascuna delle fasi precedentemente indicate.
- Ufficio/Soggetto Responsabile: in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa.

L'intera attività di programmazione delle misure, sia generali, sia specifiche è avvenuta a livello centralizzato, con il coordinamento del RPCT.

2.3.12.5 Il monitoraggio e le azioni di risposta

Il ciclo di gestione del rischio si conclude e completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia della strategia di prevenzione definita nel Piano e delle relative misure. Concorrono a garantire l'azione di monitoraggio, oltre al RPC, i Dirigenti, limitatamente alle strutture organizzative di rispettiva pertinenza e l'OIV, nell'ambito dei propri compiti di vigilanza. Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del Piano e delle relative misure è stato definito un processo di monitoraggio strettamente collegato con i momenti del Piano delle Performance ferma restando la tempestività quale caratteristica di informazione per contingenze urgenti. Tale scelta è stata effettuata al fine di non appesantire ulteriormente le attività dell'Azienda con nuovi momenti di monitoraggio e per dare continuità a tutti gli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo di cui l'amministrazione già dispone.

Dell'attività di monitoraggio si darà conto nella Relazione predisposta dal RPC entro il 15 dicembre di ogni anno o diversa scadenza stabilita dall'ANAC.

2.3.13 Programmazione delle misure di riduzione e prevenzione del rischio

La pianificazione delle misure di mitigazione e trattamento del rischio corruttivo sviluppa in termini programmatici, le priorità di trattamento emerse nella fase di analisi e ponderazione dei rischi.

La pianificazione di ogni misura prevede tempi certi e responsabilità chiare per garantirne l'effettiva attuazione, nonché un set di indicatori attraverso cui verificarne la realizzazione e, quindi, assicurare l'efficacia dell'intervento stesso.

In questa sezione sono indicate le misure di trattamento del rischio generali e specifiche che verranno attuate dall'Azienda nel triennio 2023-2025, con indicazione delle tempistiche di attuazione e degli uffici e/o soggetti responsabili.

2.3.13.1 Misure di prevenzione di carattere generale

Al fine di rendere più agevole la lettura delle misure generali, si riporta un quadro sinottico, nel quale ciascuna misura è classificata rispetto alla specifica categoria.

MISURE DI PREVENZIONE	CATEGORIA
Astensione in caso di conflitto d'interesse	Disciplina del conflitto di interessi
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio (rotazione "ordinaria")	Rotazione
Trasferimento a seguito di rinvio a giudizio o di avvio di procedimento disciplinare (rotazione "straordinaria")	Regolamentazione
Conferimento e autorizzazioni incarichi	Controllo
Inconferibilità per incarichi dirigenziali	Regolamentazione
Svolgimento di attività successiva alla cessazione dal servizio (<i>Pantouflage</i>)	Regolamentazione
Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
Formazione	Formazione
Formazione di Commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la PA	Regolamentazione

Il Codice di Comportamento

Questa Amministrazione, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. 165/01, come modificato dall'art. 1, comma 44, Legge 190/2012 e del successivo DPR 62/2013, ha adottato il Codice di Comportamento con deliberazione del Direttore Generale n. 479 del 12 agosto 2014 e ha provveduto al suo aggiornamento con deliberazione del Direttore Generale n. 1028 del 16 luglio 2021.

Il Codice individua i principi e i valori cui è ispirata l'azione amministrativa della ASL Roma 6; si tratta cioè di una sorta di carta dei valori cui devono conformarsi i dipendenti e gli altri soggetti tenuti alla sua osservazione.

La finalità del Codice, quale misura di prevenzione della corruzione, è quella di orientare i comportamenti verso standard di integrità. Essa è, per tale ragione, trasversale a tutta l'organizzazione.

I tempi, le modalità di attuazione della presente misura e i soggetti responsabili sono sintetizzati nella seguente tabella:

IL CODICE DI COMPORTAMENTO			
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
1. Monitoraggio della conformità del comportamento dei dipendenti alle previsioni del Codice	Entro il 15/12 di ogni anno	Dirigenti	N. sanzioni applicate nell'anno Riduzione/aumento sanzioni rispetto all'anno precedente

L'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione, adottato con Delibera n.1074 del 21 novembre 2018, suggerisce di affiancare all'attività di individuazione e progettazione delle misure di prevenzione della corruzione, un'analisi circa le ricadute che queste possono avere sui doveri di comportamento.

Si riporta di seguito la mappatura dei doveri di comportamento connessi alla piena attuazione, da parte dei dipendenti, sul versante dei comportamenti soggettivi, delle misure previste nel presente PTPCT.

MISURE DI PREVENZIONE	DOVERI DI COMPORTAMENTO
La Trasparenza	Art. 3 – Principi generali Art. 8 – Prevenzione della corruzione Art. 9 – Trasparenza e tracciabilità Art. 16 – Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice
Accesso civico “semplice”, Accesso civico “generalizzato”, Accesso “documentale”	Art. 3 – Principi generali Art. 8 – Prevenzione della corruzione Art. 9 – Trasparenza e tracciabilità Art. 11 – Comportamento in servizio Art. 12 – Rapporti con il pubblico Art. 13 – Disposizioni particolari per i Dirigenti

	Art. 16 – Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice
Astensione in caso di conflitto d’interesse	Art. 3 – Principi generali Art. 4 – Regali, compensi e altre utilità Art. 5 – Partecipazione ad associazioni e organizzazioni Art. 6 – Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d’interesse Art. 7 – Obbligo di astensione Art. 8 – Prevenzione della corruzione Art. 9 – Trasparenza e tracciabilità Art. 16 – Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio (rotazione "ordinaria")	Art. 3 – Principi generali Art. 8 – Prevenzione della corruzione Art. 11 – Comportamento in servizio Art. 13 – Disposizioni particolari per i Dirigenti
Trasferimento a seguito di rinvio a giudizio o di avvio di procedimento disciplinare (rotazione “straordinaria”)	Art. 3 – Principi generali Art. 8 – Prevenzione della corruzione Art. 11 – Comportamento in servizio Art. 13 – Disposizioni particolari per i Dirigenti
Conferimento e autorizzazioni incarichi extraistituzionali	Art. 3 – Principi generali Art. 4 – Regali, compensi e altre utilità Art. 5 – Partecipazione ad associazioni e organizzazioni Art. 6 – Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d’interesse Art. 7 – Obbligo di astensione Art. 8 – Prevenzione della corruzione Art. 11 – Comportamento in servizio Art. 13 – Disposizioni particolari per i dirigenti Art. 16 – Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice

Inconferibilità per incarichi dirigenziali	<p>Art. 3 – Principi generali</p> <p>Art. 5 – Partecipazione ad associazioni e organizzazioni</p> <p>Art. 6 – Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d’interesse</p> <p>Art. 8 – Prevenzione della corruzione</p> <p>Art. 13 – Disposizioni particolari per i dirigenti</p>
Svolgimento di attività successiva alla cessazione dal servizio (<i>Pantouflage</i>)	<p>Art. 3 – Principi generali</p> <p>Art. 8 – Prevenzione della corruzione</p> <p>Art. 9 – Trasparenza e tracciabilità</p> <p>Art. 14 – Contratti ed altri atti negoziali</p> <p>Art. 16 – Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice</p>
Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito: “whistleblower”	<p>Art. 3 – Principi generali</p> <p>Art. 8 – Prevenzione della corruzione</p> <p>Art. 13 – Disposizioni particolari per i dirigenti</p> <p>Art. 16 – Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice</p>
Formazione	<p>Art. 2 – Principi generali</p> <p>Art. 11 – Comportamento in servizio</p> <p>Art. 13 – Disposizioni particolari per i Dirigenti</p> <p>Art. 15 - Vigilanza, monitoraggio e attività formative</p>
Formazione di Commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la PA	<p>Art. 3 – Principi generali</p> <p>Art. 5 – Partecipazione ad associazioni e organizzazioni</p> <p>Art. 6 – Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d’interesse</p> <p>Art. 7 – Obbligo di astensione</p> <p>Art. 15 - Vigilanza, monitoraggio e attività formative</p> <p>Art. 16 – Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice</p>

Astensione in caso di conflitto d'interesse

Tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 bis della Legge n. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della Legge 190/2012, e dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di Comportamento nazionale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità stabilite dal Codice di Comportamento aziendale.

I tempi, le modalità di attuazione della presente misura e i soggetti responsabili sono sintetizzati nella seguente tabella:

ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO D'INTERESSE			
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
1. Segnalazione da parte dei dipendenti di ogni situazione di conflitto anche potenziale	Tempestivamente e con immediatezza	I Dirigenti sono responsabili della verifica e del controllo nei confronti dei dipendenti	N. Segnalazioni/N. Dipendenti N. Controlli/N. Dipendenti
2. Segnalazione da parte dei dirigenti al diretto superiore di eventuali conflitti di interesse anche potenziali	Tempestivamente e con immediatezza	Superiore gerarchico	N. Segnalazioni volontarie/N. Dirigenti N. Controlli/N. Dirigenti
3. Monitoraggio della attuazione della Misura	Entro il 15/12 di ogni anno	Dirigenti RPC	Report N. Segnalazioni/N. casi scoperti N. Provvedimenti disciplinari/N. mancate segnalazioni

Rotazione del personale addetto alle aree a rischio (rotazione "ordinaria")

Con riferimento alla rotazione "ordinaria", già nei precedenti PTPCT si era sottolineata la particolare criticità nell'applicazione della misura della rotazione ordinaria nel corso di questi anni.

La rotazione ordinaria del personale, com'è noto, va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Parimenti garantire l'alternanza tra più soggetti competenti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, riduce il rischio che possano

cristallizzarsi relazioni particolari con il conseguente consolidarsi di privilegi e aspettativa di risposte illegali improntate a collusione.

Con specifico riferimento alle scelte operative da realizzare in merito alla rotazione “ordinaria”, si intende realizzare scelte organizzative, nonché adottare misure di natura preventiva al fine di avere effetti analoghi alla rotazione, quali la previsione da parte dei dirigenti di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l’isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza “interna” delle attività, l’articolazione delle competenze, c.d. “segregazione delle funzioni”, l’adozione o l’aggiornamento di Regolamenti disciplinanti attività afferenti a Aree di rischio critiche.

Si riportano di seguito misure alternative di rotazione in parte già attuate e da mantenere ed implementare secondo quanto previsto nel piano di rotazione di cui sopra, nel corso del triennio 2022-2024.

MISURE ALTERNATIVE ALLA ROTAZIONE “ORDINARIA” DEL PERSONALE	
AZIONI	RISULTATI
1. Compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio	<p>Intercambiabilità nelle singole mansioni tra più dipendenti, in modo da creare più dipendenti con le competenze sui singoli procedimenti.</p> <p>Promozione di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l’unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell’istruttoria.</p> <p>Privilegiare la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l’esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.</p>
2. Segregazione funzioni	<p>Suddivisione delle fasi procedurali del controllo e dell’istruttoria con assegnazione mansioni relative a soggetti diversi.</p> <p>Affidare le mansioni riferite al singolo procedimento a più dipendenti in relazione a tipologie di utenza (es. cittadini singoli/persone giuridiche) o fasi del procedimento (es. protocollazione istanze/istruttoria/stesura provvedimenti/controlli), avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia sempre assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l’adozione del provvedimento finale.</p>

Privilegiare in tema di appalti la rotazione dei RUP.

Rotazione del personale in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per fatti di natura corruttiva (c.d. rotazione straordinaria)

Rispetto alla rotazione “**straordinaria**”, si fa riferimento alla disciplina contenuta nell’art. 16, comma 1, lettera l-quater del D.Lgs. n. 165/2011 secondo cui “*I dirigenti di uffici dirigenziali generali provvedono al monitoraggio delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell’ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*”.

È importante chiarire che detta misura di prevenzione, che va disciplinata nel PTPCT o attraverso autonomo regolamento, non si associa in alcun modo alla rotazione “ordinaria”.

L’ANAC con la deliberazione n. 215/2019, ha provveduto a fornire indicazioni in ordine a:

- **reati presupposto per l’applicazione della misura**, individuati in quelli indicati dall’art. 7 della Legge n. 69/2015, ovvero gli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale;
- **momento del procedimento penale in cui l’Amministrazione deve adottare il provvedimento motivato di eventuale applicazione della misura**, individuato nel momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all’art. 335 c.p.p. Ciò in quanto è proprio con quell’atto che inizia un procedimento penale.

In considerazione del momento scelto dall’ANAC, quale “avvio del procedimento penale”, si ritiene opportuno stabilire il dovere in capo ai dipendenti della ASL Roma 6, qualora fossero interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all’amministrazione l’avvio di tali procedimenti.

La tabella che segue sintetizza fasi, tempi e soggetti responsabili per l’applicazione della misura:

ROTAZIONE DEL PERSONALE IN CASO DI AVVIO DI PROCEDIMENTI PENALI O DISCIPLINARI PER FATTI DI NATURA CORRUTTIVA (C.D. ROTAZIONE STRAORDINARIA)			
FASI PER L ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
1. Tutte le volte che un dipendente ricade nella casistica di cui all’art. 3 della Legge 97/2001 e s.m.i. e di cui all’art. 16, comma 1, lettera l quater del D.Lgs. n. 165/2011	Sempre	RPC Dirigenti	N. rinvii a giudizio art. 3 l. 97/2001 e fattispecie art. 16, c. 1, lettera l-quater, D.Lgs. n. 165/2001/N. provvedimenti motivati di trasferimento

Conferimento e autorizzazioni incarichi extraistituzionali

La misura mira a disciplinare il conferimento di incarichi istituzionali ed extraistituzionali in capo ad un medesimo soggetto. La misura tende ad evitare l’eccessiva concentrazione di potere in un unico

centro decisionale o il crearsi di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

A tal fine il dipendente è sempre tenuto a comunicare formalmente all'Amministrazione l'attribuzione di incarichi, anche se a titolo gratuito, e l'Amministrazione avrà così la facoltà di dare o meno, previa valutazione delle circostanze, l'autorizzazione a svolgere o meno l'incarico.

La misura in oggetto si sostanzia, quindi, nella fissazione di regole generali che disciplinano le incompatibilità, il cumulo di impieghi, gli incarichi in ogni caso vietati e quelli autorizzabili. Detta disciplina potrà essere contenuta in apposito regolamento o nel codice di comportamento.

Nella tabella che segue sono sintetizzati i tempi, le modalità, i soggetti responsabili dell'attuazione della misura:

CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI			
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
1. Divieto assoluto di svolgere incarichi anche a titolo gratuito senza la preventiva autorizzazione dell'azienda	Sempre ogni qualvolta si verifichi il caso	Tutti i dipendenti dell'Azienda	N. richieste/N. dipendenti N. sanzioni disciplinari per mancata comunicazione/N. dipendenti
2. Monitoraggio della attuazione della Misura	Entro il 15/12 di ogni anno	Dirigente Risorse Umane	N. richieste/N. dipendenti N. sanzioni disciplinari per mancata comunicazione/N. dipendenti Report complessivo annuale

Inconferibilità per incarichi dirigenziali

Il responsabile della prevenzione della corruzione, cura, che nell'ente siano rispettate le disposizioni del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 sull'inconferibilità e incompatibilità degli incarichi con riguardo ad amministratori e dirigenti.

L'art. 17 del decreto appena richiamato recita *“Gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del presente decreto e i relativi contratti sono nulli”*, mentre l'art. 18 prevede per coloro che si sono resi responsabili della violazione del divieto in parola, l'impossibilità per i tre mesi successivi alla dichiarazione di nullità dell'atto, di conferire gli incarichi di propria

competenza. Detta sanzione inibitoria si accompagna alle responsabilità per le conseguenze economiche degli atti adottati, espressamente richiamate dalla disposizione de qua.

Con deliberazione n. 833 del 3 agosto 2016, l'ANAC ha adottato le "Linee guida in materia di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconfiribili e incompatibili.", le quali hanno contribuito a chiarire gli aspetti procedurali e applicativi dell'applicazione della misura.

La tabella che segue sintetizza le fasi, i tempi di attuazione e i soggetti responsabili della misura:

INCONFIRIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI			
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
1. Obbligo di acquisire preventiva dichiarazione prima di conferire l'incarico	Sempre prima di ogni incarico	Soggetti responsabili dell'istruttoria del provvedimento finale della nomina o del conferimento dell'incarico Gestione Risorse Umane per controlli a campione	N. dichiarazioni/N. incarichi (100%) N. verifiche/N. dichiarazioni

Svolgimento di attività successiva alla cessazione di lavoro (*pantouflage*)

Il *pantouflage*, ovvero l'incompatibilità successiva alla cessazione dal servizio di un pubblico dipendente, è stato introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge n. 190/2012 che, modificando l'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, con l'introduzione del comma 16-ter, ha disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La finalità della norma è dunque duplice: da una parte, disincentivare i dipendenti dal precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui entrano in contatto durante il periodo di servizio, dall'altra ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio.

La disciplina sul divieto di *pantouflage* è da riferirsi:

- ai dipendenti degli enti pubblici non economici (già ricompresi fra le pubbliche amministrazioni)
- ai dipendenti degli enti pubblici economici, atteso che il D.Lgs. 39/2013 non fa distinzione fra le due tipologie di enti (come rilevato dal Consiglio di Stato).

Relativamente alla definizione di poteri autoritativi e negoziali, questi devono essere intesi come:

- i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a.;
- i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

I dipendenti con poteri autoritativi sono:

- i dirigenti;
- i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ad esempio ai sensi dell'art. 19, co. 6, del D.Lgs. 165/2001 o ai sensi dell'art. 110 del D.Lgs. 267/2000;
- coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente;
- i dipendenti che hanno comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione.

Il regime sanzionatorio conseguente alla violazione del divieto di *pantouflage* consiste in:

- nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del divieto;
- preclusione della possibilità, per i soggetti privati che hanno conferito l'incarico, di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi;
- obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati per lo svolgimento dell'incarico.

La tabella che segue sintetizza fasi, tempi e soggetti responsabili per l'applicazione della misura:

SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DI LAVORO (PANTOUFLAGE)			
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
1. Previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione	Per tutta la durata del Piano	RUP	Tutti i bandi di gara e gli atti prodromici all'affidamento

dell'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001			
2. Obbligo per ogni contraente e appaltatore dell'Azienda, ai sensi del DPR 445/2000, all'atto della stipula del contratto e/o affidamento di rendere una dichiarazione circa l'insussistenza delle situazioni di lavoro o dei rapporti di collaborazione di cui sopra	Al momento della stipula del contratto e/o affidamento	RUP	Tutti i contratti
3. Obbligo per tutti i dipendenti, al momento della cessazione dal servizio, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegnano al rispetto delle disposizioni dell'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001 (divieto di <i>pantouflage</i>)	Per tutta la durata del Piano	Ufficio Personale	N. dipendenti cessati/N. dichiarazioni (100%)
4. Monitoraggio dell'attuazione della Misura	Entro il 15/12 di ogni anno	Dirigere responsabile dell'ufficio di afferenza della gara o del contratto	Controlli effettuati/ su atti rogati N. violazioni/su contratti rogati

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito: “whistleblower”

In Italia l'istituto giuridico del Whistleblowing è stato introdotto dall'art. 1, comma 51 della Legge n. 190/2012, che ha inserito all'interno del D.lgs. n. 165/2001 l'art. 54-bis, prevedendo un regime di tutela del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

Successivamente la disciplina è stata integrata dal DL n. 90/2014, convertito in Legge n. 114/2014, che ha modificato l'art. 54-bis introducendo anche ANAC quale soggetto destinatario delle segnalazioni di whistleblowing e più di recente dalla Legge n. 179/2017, che ha riformato completamente l'istituto ampliando l'ambito soggettivo di applicazione delle tutele nonché la loro portata nei confronti dei dipendenti che dovessero effettuare segnalazioni nell'interesse dell'amministrazione di appartenenza.

A seguito della riforma dell'istituto ad opera delle Legge n. 179/2017, l'ANAC ha adottato la deliberazione n. 469/2021, di aggiornamento delle precedenti linee guida in materia di whistleblowing adottate con la deliberazione n. 6/2015, fornendo indicazioni circa la necessità di

disciplinare le procedure per la ricezione e gestione delle segnalazioni di whistleblowing all'interno del PTPCT (cfr. paragrafo 2.1 deliberazione ANAC n. 469/2021).

Di seguito si riporta la disciplina per la ricezione e la gestione delle segnalazioni di whistleblowing da parte della Provincia di Rieti.

Modalità di ricezione delle segnalazioni

Le segnalazioni potranno essere inviate attraverso l'apposita procedura informatizzata con garanzia di anonimato, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 71 del 15 febbraio 2016 ovvero all'indirizzo email cui può accedere esclusivamente il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (whistleblowing@aslroma6.it).

Tutte le segnalazioni ricevute attraverso l'indicata piattaforma saranno trattate dal RPCT dell'Ente, il quale è anche il custode dell'identità

Termini per l'avvio e la definizione dell'istruttoria

Il termine per l'esame preliminare della segnalazione, ai fini della verifica della sua ammissibilità è di 45 giorni lavorativi a partire dalla data di ricezione della stessa

Il termine per l'avvio dell'istruttoria è di 45 giorni lavorativi che decorrono dalla data di ricezione della segnalazione.

Il termine per la definizione dell'istruttoria è di 120 giorni lavorativi a decorrere dalla data di avvio della stessa.

Il RPCT motivatamente può provvedere ad estendere i predetti termini.

La gestione delle segnalazioni

Non sono prese in considerazione le segnalazioni presentate da altri soggetti, ivi inclusi i rappresentanti di organizzazioni sindacali e associazioni, in quanto l'istituto del whistleblowing è indirizzato alla tutela della singola persona fisica. In tali casi le segnalazioni sono archiviate in quanto mancanti del requisito soggettivo previsto dall'art. 54-bis.

Con riferimento alle segnalazioni anonime o che pervengono da soggetti estranei alla p.a., saranno prese in considerazione nell'ambito degli "ordinari" procedimenti di vigilanza e nessuna tutela sarà applicata all'identità del segnalante.

La segnalazione e la documentazione ad essa allegata sono sottratte al diritto di accesso agli atti amministrativi previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990; escluse dall'accesso civico generalizzato di cui all'art. 5, co. 2, del d.lgs. 33/2013 nonché sottratte all'accesso di cui all'art. 2-undecies co. 1 lett. f) del codice in materia di protezione dei dati personali.

La segnalazione è considerata inammissibile per:

- a) manifesta mancanza di interesse all'integrità della pubblica amministrazione;
- b) manifesta incompetenza del RPCT dell'Ente sulle questioni segnalate;
- c) manifesta infondatezza per l'assenza di elementi di fatto idonei a giustificare accertamenti;
- d) accertato contenuto generico della segnalazione di illecito tale da non consentire la comprensione dei fatti, ovvero segnalazione di illeciti corredata da documentazione non appropriata o inconferente;

- e) produzione di sola documentazione in assenza della segnalazione di condotte illecite o irregolarità;

Nei suddetti casi il RPCT procede all'archiviazione che viene comunicata al whistleblower.

Nel caso in cui sia necessario coinvolgere altri soggetti nell'esame della segnalazione, la stessa viene trasmessa, unitamente alla documentazione a corredo, previa rimozione di ogni dato o altro elemento che possa, anche indirettamente, consentire l'identificazione del segnalante.

Qualora il RPCT si dovesse trovare in situazione di conflitto di interessi nella gestione di una segnalazione, lo stesso sarà sostituito dal Dirigente del Personale dell'Ente.

La conclusione del procedimento

Qualora, a seguito dell'attività svolta, il RPCT ravvisi elementi di manifesta infondatezza della segnalazione, ne dispone l'archiviazione con adeguata motivazione.

Qualora, invece, il RPCT ravvisi il fumus di fondatezza della segnalazione provvederà tempestivamente a rivolgersi agli organi preposti interni o enti/istituzioni esterne, ognuno secondo le proprie competenze.

La seguente tabella riporta tempi, modalità e soggetti responsabili per l'applicazione della misura:

LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO WHISTLEBLOWING			
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
1. Monitoraggio della attuazione della Misura	Entro il 15/12 di ogni anno	RPC	N. segnalazioni/N. dipendenti N. illeciti/N. segnalazioni

Formazione

La ASL Roma 6 ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e del Codice di Comportamento ed a creare un contesto favorevole alla legalità.

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e dell'illegalità della ASL Roma 6, sarà articolata su due livelli essenziali:

- un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- un livello specifico, rivolto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza, a dipendenti addetti alle aree a rischio e alle altre figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione, avente ad oggetto le politiche, i programmi ed i vari strumenti, tecniche e metodologie utilizzati per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità.

Per il dettaglio degli interventi formativi destinati al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, al Responsabile della Trasparenza nonché ai Responsabili delle articolazioni organizzative, si rimanda all'**Allegato 10** del presente Piano, contenente il programma di formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Formazione di Commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la PA

Ai fini dell'attuazione della misura in oggetto disciplinata all'art. 3 del D.Lgs. 39/2013 e all'art. 35 bis del D.Lgs.165/2001, i dirigenti sono tenuti a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi sulle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni concorso o commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;
- all'atto di conferimento degli incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione dei dipendenti agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.lgs 165/2001.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del DPR n. 445 del 2000, da sottoporre a verifica a campione. Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la PA, occorre:

- astenersi dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- applicare le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. 39/2013;
- conferire l'incarico o disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto. In caso di violazione l'atto è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del D.Lgs. 39/2013.

La tabella che segue sintetizza fasi, tempi e soggetti responsabili per l'applicazione della misura:

FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PA			
FASI PER L ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
1. Tutte le volte che si deve conferire un incarico o fare un assegnazione	Sempre	Dirigente responsabile del procedimento	N. Controlli/N. Nomine o Conferimenti

2.3.13.2 Misure ulteriori di carattere generale

Con riferimento alle attività classificate ad "Alto" rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle articolazioni aziendali cui le stesse afferiscono, in raccordo con i Referenti della macro-area di pertinenza, verificano la rispondenza e, all'occorrenza, adottano/adequano le procedure di

formazione, attuazione e controllo delle decisioni da utilizzare nell'ambito dei processi/attività "sensibili" afferenti la propria struttura, alle previsioni del presente Piano e ai seguenti principi generali:

- ✓ segregazione delle responsabilità e dei compiti e previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;
- ✓ tracciabilità dei processi e delle responsabilità, attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta in qualunque momento la verifica del processo stesso in termini di congruità, coerenza, responsabilità e rispetto della normativa;
- ✓ assegnazione dei compiti e funzioni in coerenza con le competenze, i poteri e le responsabilità inerenti la qualifica posseduta e il profilo professionale di appartenenza;
- ✓ legalità, in forza del quale gli atti e le attività devono essere posti in essere nel più rigoroso rispetto delle norme di legge, dei regolamenti, delle procedure e dei Codici aziendali;
- ✓ rispetto dell'ordine cronologico nella trattazione delle pratiche, fatti salvi i casi di urgenza che devono essere espressamente richiamati nel provvedimento.

Per le ulteriori misure specifiche si rimanda al **Catalogo dei Processi della ASL Roma 6 Allegato 5 al presente Piano.**

2.3.14 La trasparenza amministrativa

L'art. 10 del d.lgs. 97/2016, modificando l'articolo 10 del D.Lgs. 33/2013, sopprime l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di redigere il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, che viene sostituito con l'indicazione in una apposita sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione dell'indicazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013.

La trasparenza, intesa come accessibilità totale a tutti gli aspetti dell'organizzazione costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche per la tutela dei diritti civili e sociali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, è uno strumento essenziale per assicurare il rispetto dei valori costituzionali d'imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione, così come sanciti dall'art. 97 della Costituzione.

Ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 "la trasparenza costituisce un elemento essenziale per la lotta alla corruzione e all'illegalità": la pubblicazione dei dati e delle informazioni sui siti istituzionali diventa lo snodo centrale per consentire un'effettiva conoscenza dell'azione delle PA e per sollecitare e agevolare la partecipazione dei cittadini all'attività amministrativa.

La trasparenza favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività delle pubbliche amministrazioni e attraverso la sua realizzazione si conseguono i seguenti obiettivi:

- a) **l'accountability** cioè la responsabilità della pubblica amministrazione sui risultati conseguiti;
- b) **la responsività** cioè la capacità di rendere conto di scelte, comportamenti e azioni e di rispondere alle questioni poste dagli stakeholder;

- c) **la compliance** cioè la capacità di far rispettare le norme, sia nel senso di finalizzare l'azione pubblica all'obiettivo stabilito nelle leggi sia nel senso di fare osservare le regole di comportamento degli operatori della PA. Significa anche adeguare l'azione amministrativa agli standard di qualità e di appropriatezza definiti dalle leggi e dai regolamenti o dagli impegni assunti volontariamente.

2.3.15 Diritto di accesso civico

Il D.Lgs. 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” ha modificato ed integrato il D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 (cd. “decreto trasparenza”), con particolare riferimento al diritto di accesso civico.

La ASL Roma 6, con deliberazione del Direttore Generale n. 678 del 14 settembre 2017, in linea con le disposizioni dettate dall'ANAC con le linee guida in materia, di cui alla deliberazione n. 1309/2016, ha provveduto a disciplinare la materia, al fine di fornire un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle diverse tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione.

Del diritto all'accesso civico deve essere data ampia informazione sul sito istituzionale dell'ente mediante pubblicazione in “Amministrazione trasparente/Altri contenuti/Accesso civico” di:

- modalità per l'esercizio dell'accesso civico;
- nominativo del responsabile della trasparenza al quale presentare la richiesta d'accesso civico;
- nominativo del titolare del potere sostitutivo, con l'indicazione dei relativi recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale;
- registro delle istanze di accesso civico, da tenere costantemente aggiornato.

2.3.16 Trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679)

Dal 25 maggio 2018 è applicabile il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito RGPD). Inoltre, con decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 il legislatore ha dettato disposizioni per l'adeguamento del Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – alle disposizioni del Regolamento Europeo.

Come osservato dall'ANAC, *“l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge,*

di regolamento». Inoltre il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1».

Pertanto, alla luce delle indicazioni fornite dall'ANAC con l'Aggiornamento 2018 al PNA, resta fermo che il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. In ogni caso e fermi restando il valore e la portata del principio di trasparenza, dunque, le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, devono verificare che sia previsto l'obbligo di pubblicazione.

Anche in presenza di idoneo presupposto normativo, la pubblicazione deve avvenire nel rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679: ***liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di “responsabilizzazione” del titolare del trattamento.***

In particolare si richiama l'attenzione ai principi di:

- adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati “minimizzazione dei dati” (par. 1, lett. c);
- esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Nella medesima direzione si ricorda che:

- l'art. 7 bis, co. 4, D.Lgs. 33/2013 dispone che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione»;
- l'art. 6 D.Lgs. 33/2013 rubricato “Qualità delle informazioni” mira ad assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati.

Si ricorda, inoltre, che il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD svolge specifici compiti di supporto all'amministrazione nell'applicazione della normativa concernente la materia (art. 39 del RGPD).

2.3.17 Il processo di attuazione della trasparenza - individuazione degli Uffici responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati

Il D.Lgs. 97/2016 “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'art. 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di

riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” ha introdotto molteplici cambiamenti alla normativa, è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo: l’introduzione del nuovo istituto dell’accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l’unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza.

L’azienda ha intrapreso iniziative al fine di garantire un duplice profilo di Trasparenza dell’azione amministrativa:

- a) Un profilo “statistico” consistente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all’Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale;
- b) Un profilo “dinamico” direttamente collegato alla performance, che comporta l’obbligo di rispondere delle decisioni prese e delle azioni fatte.

La pubblicità dei dati inerenti all’organizzazione e all’erogazione dei servizi al pubblico s’inserisce strumentalmente nell’ottica di fondo del “miglioramento continuo” dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder).

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione dei dati consente a tutti i cittadini un’effettiva conoscenza dell’azione dell’Azienda, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività. In quest’ottica, la disciplina della trasparenza costituisce forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

L’Azienda allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità tramite la pubblicazione dei dati previsti dalla vigente normativa intende favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione e una gestione ottimale delle risorse pubbliche, inoltre ha come obiettivo sia la garanzia di un adeguato livello di trasparenza nonché lo sviluppo della cultura e dell’integrità.

Inoltre la Trasparenza si pone in relazione al ciclo di gestione della Performance e quindi consente la piena conoscibilità di ogni componente del Piano di Performance e del relativo stato di attuazione. Nello specifico le informazioni relative alla Performance sono realizzate attraverso la pubblicazione del Piano delle Relazioni sulla performance, ivi compresa eventuale documentazione integrativa e/o appendice. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance è disciplinato da apposito regolamento approvato dalla Direzione Aziendale, con riferimento alle diverse categorie di personale.

Tenuto conto delle dimensioni dell’ASL Roma 6 e delle competenze riconducibili alla UOC Affari Generali ed Istituzionali, è stato individuato quale Responsabile della trasparenza il Dirigente Responsabile di tale struttura.

I Dirigenti responsabili della trasmissione dei dati delle strutture indicate nell’allegato elenco “**Allegato 6** – Sezione amministrazione Trasparente – elenco degli obblighi di pubblicazione”:

1. Curano l'elaborazione dei dati e la loro trasmissione ai fini della pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda;
2. Assicurano l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione;
3. Individuano all'interno della propria struttura il personale che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni.

Il Responsabile della trasparenza per le funzioni relative agli adempimenti di pubblicazione dei dati, successivamente alla loro trasmissione, da parte dei dirigenti competenti, procede alla pubblicazione sul sito istituzionale.

Non essendo stato specificato dal Legislatore il concetto di tempestività, si ritiene che laddove sia prevista la "tempestività" - la pubblicazione debba essere effettuata entro e non oltre 15 gg, dalla disponibilità dello stesso. Per i dati soggetti all'aggiornamento "trimestrale", "semestrale" o "annuale", la pubblicazione è effettuata entro e non oltre 15 gg. dalla disponibilità dello stesso, allo scadere del trimestre, semestre o anno.

2.3.18 Ulteriori obblighi di trasparenza

Così come indicato dall'ANAC, all'interno degli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza" presentati il 3 febbraio 2022, si riporta di seguito l'esito della ricognizione effettuata dall'Azienda, con riferimento agli obblighi di pubblicazione all'interno della sezione "Amministrazione trasparente", fissati da provvedimenti normativi o atti di regolazione dell'ANAC in materia di trasparenza.

Obbligo	Fonte normativa o atti di regolazione dell'ANAC	Sezione e sotto sezione in cui effettuare la pubblicazione	Responsabile della pubblicazione
Pubblicazione del provvedimento amministrativo espresso e motivato di conclusione del procedimento di valutazione di fattibilità delle proposte di <i>project financing</i> a iniziativa privata presentate dagli operatori economici di cui all'art. 183, co. 15, d.lgs. 50/2016	Deliberazione ANAC n. 329 del 21 aprile 2021	"Amministrazione trasparente", sotto sezione "Altri contenuti – Dati Ulteriori"	
Piano triennale delle Azioni Positive	Art. 48 del D.lgs. n. 198 del 15 giugno 2006	"Amministrazione trasparente", sotto sezione "Altri contenuti – Dati Ulteriori"	
Pubblicazione dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese,	Art. 12 del DL n. 76/2020, convertito in Legge n. 120/2020, introduttivo del comma 4-bis, all'art. 2 della Legge n. 241/1990	"Amministrazione trasparente", sotto sezione "Attività e procedimenti", sotto sezione di secondo	

<p>comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente, secondo le modalità ed i criteri stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281</p>		<p>livello “Monitoraggio tempi procedurali”</p>	
<p>Pubblicazione, al termine dello stato di emergenza sanitaria, della rendicontazione separata delle erogazioni liberarie ricevute da ciascuna Amministrazione a sostegno dell’Emergenza epidemiologica, secondo i modelli messi a punto dal Ministero Economia e Finanze, allegati ai richiamati comunicati del Presidente dell’ANAC. Detti prospetti dovranno successivamente essere aggiornati trimestralmente al fine di dare conto di eventuali fondi pervenuti successivamente alla cessazione dello stato di emergenza</p>	<p>Comunicato del Presidente dell’ANAC del 29/07/2020, integrato con comunicato del Presidente dell’ANAC del 07/10/2020</p>	<p>“Amministrazione trasparente”, sotto sezione “Interventi straordinari e di emergenza”</p>	
<p>Pubblicazione dell’elenco delle autovetture di servizio a qualunque titolo utilizzate, distinte tra quelle di proprietà e quelle oggetto di contratto di locazione o di noleggio, con l'indicazione della cilindrata e dell'anno di immatricolazione</p>	<p>DPCM 25/09/2014</p>	<p>“Amministrazione trasparente”, sotto sezione “Altri contenuti – Dati Ulteriori”</p>	
<p>Pubblicazione dei rapporti sulla situazione del personale, la relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzione, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di</p>	<p>Art. 47, comma 9, del DL n. 77/2021, convertito in Legge n. 108/2021</p>	<p>“Amministrazione trasparente”, sotto sezione “Bandi di gara e contratti”, sotto sezione di secondo livello “Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura”</p>	

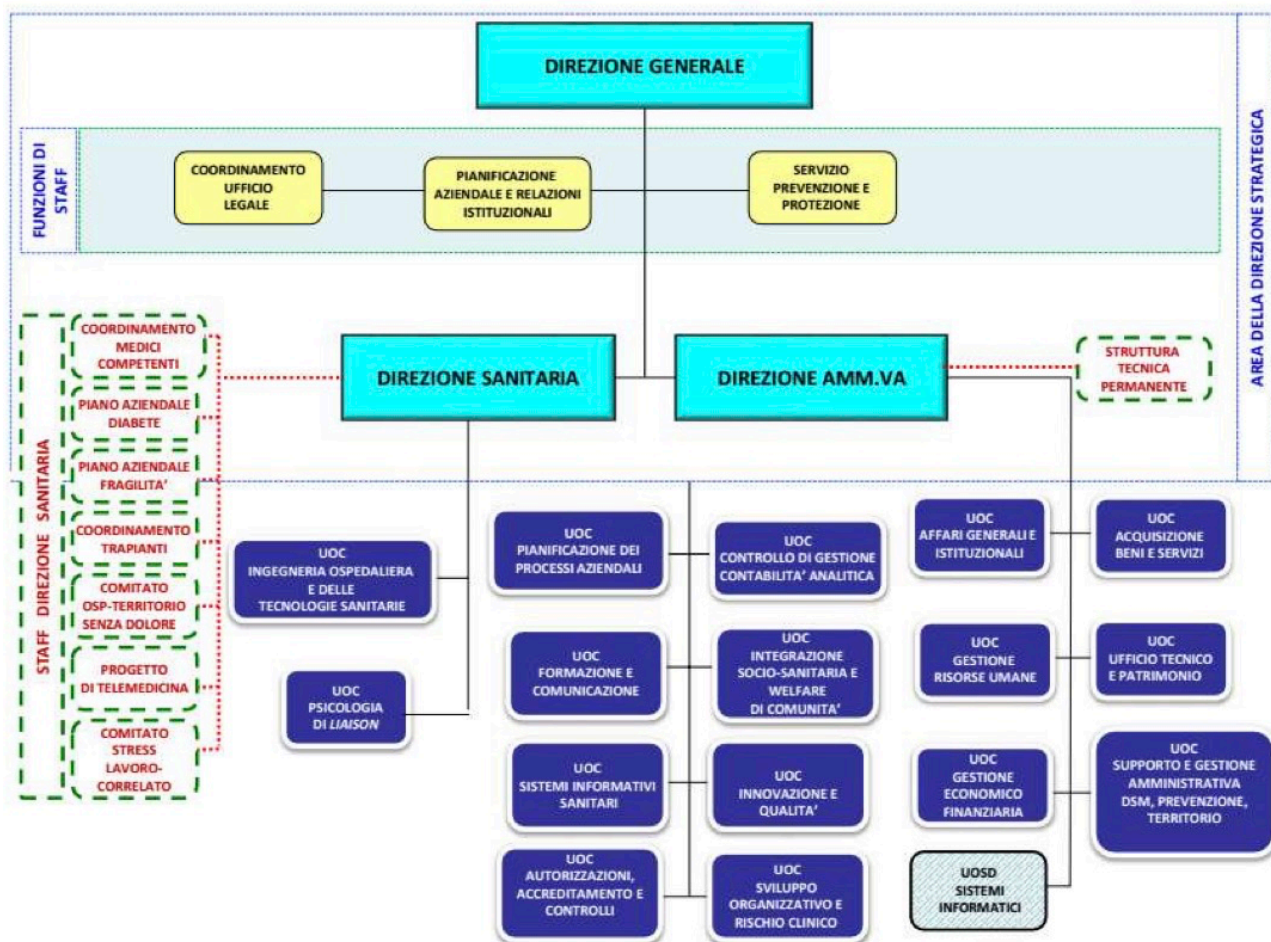
<p>qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti della retribuzione effettivamente corrisposta e la certificazione e la relazione sull'attuazione delle norme in materia di lavoro dei disabili. La norma dispone anche un obbligo di comunicazione dei dati della relazione sulla situazione del personale e di genere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri ovvero ai Ministri o alle autorità delegate per le pari opportunità e della famiglia e per le politiche giovanili e il servizio civile universale, mentre per la certificazione sull'attuazione delle norme in materia di lavoro dei disabili e relativa relazione la trasmissione alle rappresentanze sindacali aziendali</p> <p>Le presenti disposizioni di trasparenza si applicano solo agli appalti afferenti il PNRR e il PNC</p>			
<p>Pubblicazione dei seguenti dati dei pagamenti informatici, ai sensi dell'art. 36 del D.lgs. n. 33/2013, per tutte le amministrazioni tenute all'adesione obbligatoria al sistema PagoPA, di cui all'art 5. del CAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la data di adesione alla piattaforma pagoPA secondo la seguente dicitura "Aderente alla piattaforma pagoPA dal XX.XX.XXXX"; - se utilizzati, gli altri metodi di pagamento non integrati con la piattaforma pagoPA, ovvero: <ul style="list-style-type: none"> • "Delega unica F24" (c.d. modello F24) 	<p>Deliberazione ANAC n. 77 del 16 febbraio 2022</p>	<p>"Amministrazione trasparente - Pagamenti dell'Amministrazione - IBAN e pagamenti informatici"</p>	

<p>fino alla sua integrazione con il Sistema pagoPA;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepa Direct Debit (SDD) fino alla sua integrazione con il Sistema pagoPA; • eventuali altri servizi di pagamento non ancora integrati con il Sistema pagoPA e che non risultino sostituibili con quelli erogati tramite pagoPA poiché una specifica previsione di legge ne impone la messa a disposizione dell'utenza per l'esecuzione del pagamento; • per cassa, presso il soggetto che per tale ente svolge il servizio di tesoreria o di cassa. 			
--	--	--	--

3. SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa

L'organizzazione della ASL Roma 6, può essere riassunta nel seguente organigramma, di cui al nuovo "atto Aziendale" pubblicato sul Bollettino Ufficiale n. 123 del 08/10/2020



L'aggregazione territoriale degli Ospedali esistenti nella azienda viene confermata in quattro Poli Ospedalieri, costituiti dagli stabilimenti ospedalieri a gestione diretta, funzionalmente aggregati per afferenza territoriale, geografica e culturale, ciascuno costituito dai seguenti stabilimenti:

POLI OSPEDALIERI	
1	Polo 1 Frascati: Ospedale a vocazione medica; sede di pronto soccorso
2	Polo 2 Ospedale dei Castelli – Ospedale a vocazione medica; sede di pronto soccorso
3	Stabilimento Ospedaliero di Velletri – sede DEA I° Livello – Ospedale a vocazione chirurgica
4	Stabilimento Ospedaliero di Anzio – sede DEA I° Livello

Conformemente a quanto previsto dall'art. 3 quater del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., nonché dalla Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni*”, si è prevista un'articolazione operativa dell'Azienda in sei distretti, coordinati dal Dipartimento del Territorio:

DISTRETTI SANITARI	
1	Frascati, Monteporzio, Montecompatri, Colonna, Rocca Priora, Rocca di Papa, Grottaferrata

2	Albano Laziale, Ariccia, Genzano di Roma, Castel Gandolfo, Lanuvio, Nemi
3	Marino, Ciampino
4	Pomezia, Ardea
5	Velletri, Lariano
6	Anzio, Nettuno

L'Azienda Sanitaria Locale Asl Roma 6 consta di un numero di dipendenti, pari 3.889 operatori, cui si aggiunge il personale con rapporto di convenzione costituito da 404 Medici di Medicina Generale, 81 Pediatri di Libera Scelta, 47 Medici della Continuità Assistenziale, 131 Specialisti Ambulatoriali, 27 Medici di medicina dei servizi.

DISTRETTI	MMG	PLS	Totale complessivo
RM 6.1	68	14	82
RM 6.2	79	15	94
RM 6.3	60	13	73
RM 6.4	73	16	89
RM 6.5	49	9	58
RM 6.6	75	14	89
Totale complessivo	404	81	485

Le risorse umane, che assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale, negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del turn over operato in attuazione delle politiche di riduzione della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale.

La progressiva riduzione di personale ha determinato crescenti difficoltà, con specifico riferimento a quelle aree e a quei settori in cui si sono registrate maggiori uscite di risorse umane, mettendo a repentaglio, in alcuni casi, la garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tale situazione ha reso necessaria l'acquisizione di nuove unità di personale, in sostituzione di quelle a vario titolo cessate o in via di cessazione, anche in considerazione dell'attuazione delle recenti riforme avviate in tema di previdenza, che hanno incrementato notevolmente il numero di pensionamenti, aggravando ulteriormente le carenze di organico.

Per tale ragione, nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021 2023, è stata prevista l'assunzione di diverse figure professionali.

Di seguito la tabella con le caratteristiche del personale attualmente dipendente:

Contratto	Ruolo	Genere		Totale complessivo
		F	M	
DIRIGENZA MEDICA		364	313	677

DIRIGENZA SPTA	Amministrativo	12	5	17
	Professionale	3	4	7
	Sanitario	79	23	102
	Tecnico	2	4	6
COMPARTO	Amministrativo	275	121	396
	Sanitario	1.613	547	2.160
	Tecnico	356	168	524
Totale complessivo		2.704	1.185	3.889

3.2 Sottosezione di programmazione **Organizzazione del lavoro agile**

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici.

L'art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la "*promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche*" prevedeva espressamente che le amministrazioni pubbliche adottassero misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Le misure da adottare dovevano garantire ad almeno il 10% dei dipendenti richiedenti la possibilità di avvalersi di tali innovative modalità in un arco temporale di tre anni.

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici.

La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

In attuazione delle predette disposizioni la presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori.

La sperimentazione del lavoro agile ha subito una fase di accelerazione in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, diventando modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni.

Il Lavoro agile adottato durante la fase emergenziale ha avuto specifiche caratteristiche e connotazioni che lo hanno differenziato da quello ordinario disciplinato dalla legge 81/ 2017.

Infine, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dello smart working, l'art. 14, comma 1, Legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, comma 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla

Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigano il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Per l'anno 2022, a seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021 del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO. Quest'ultimo ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, tra i quali il POLA, prevedendo come termine per l'adozione dello stesso, in fase di prima applicazione, il 30 giugno 2022 e poi differito al 31.07.2022 dal Decreto PNRR 2 bis convertito in Legge.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore dipendente, basato sul principio guida "lontano ma vicino", teso a porre in evidenza la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi.
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro.
- Responsabilizzazione sui risultati.
- Benessere del lavoratore.
- Utilità per l'amministrazione.
- Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile.
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti.
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive.
- Equilibrio in una logica "win win": l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "*equilibrio tra vita professionale e vita privata*".

Tra i seguenti fattori ricoprono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di gestione del "*cambiamento organizzativo*" per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

La modalità applicativa del lavoro agile in un Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso della Asl Roma 6, per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione.

Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del lavoro agile, che assicura lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto ad almeno il 15% del personale, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

La medesima percentuale dovrà essere garantita anche in caso di mancata adozione del Piano. Tale documento definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti.

Inoltre, nell'ambito degli obiettivi dell'amministrazione individuati nel PIAO, l'organizzazione del lavoro agile diventa un obiettivo specifico della performance organizzativa complessiva.

Al fine di supportare le Amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida che forniscono le indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

3.2.1 Normativa di riferimento

1. Legge n. 124 del 7 agosto 2015 art. 14 “Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”
2. Legge n. 81 del 22 maggio 2017 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, Capo II “Lavoro Agile”.
3. Direttiva n. 3 del 1 giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante “Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art.14 della L. 124/ 2015 e Linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti”.
4. Legge n. 77 del 17 luglio 2020 recante “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19”.
5. Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 dicembre 2020, versione 1.0.
6. Decreto Legge n. 56 del 30 aprile 2021 recante “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”.
7. Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021, 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”.

3.2.2 Oggetto e ambito di applicazione

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è disciplinato dall'art. 263 del Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, così come convertito dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, redatto sulla base delle Linee Guida sul POLA pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, nel dicembre 2020.

Il POLA, insieme ai principali strumenti di programmazione delle Amministrazioni, deve essere integrato nel Piano integrato di attività e organizzazione introdotto dall'art. 6 Dlgs. n. 80/2021.

Il comma 4 bis del citato articolo 263, modificato dal D.L. n. 56 del 30 aprile 2021, stabilisce che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile possa essere applicata ad almeno il 15% del personale impiegato in attività smartizzabile e che in caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica ad almeno il 15% dei dipendenti, ove lo richiedano.

L'adozione del POLA quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa è finalizzata a promuovere:

- dal punto di vista del lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
- dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggiore flessibilità organizzativa.

Il lavoro agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla Legge n.191 del 1998 e s.m.i. poiché il telelavoro prevede lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (generalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio.

Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno dei locali aziendali. Al contrario, il lavoro agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnica al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso.

Si può lavorare da qualsiasi luogo, non timbra il cartellino e non si fanno pause in orari predefiniti. Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario. Ciò su cui ci si focalizza è il raggiungimento di obiettivi e dei risultati.

3.2.3 Destinatari

Legittimato a presentare domanda il personale dipendente in servizio presso la ASL ROMA 6 di Roma, sia del Comparto che della Dirigenza con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato/tempo pieno o parziale, nel rispetto del principio di non discriminazione e di opportunità tra uomo e donna.

Qualora venissero presentate istanze in numero superiore al valore prestabilito viene data la priorità:

- al personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto al rischio di contagio a seguito di contatto con altre persone;
- dipendenti che si trovano in una condizione di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'art.3, comma3, Legge n. 104 del 5 febbraio 1992;
- alle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, ovvero dai lavoratori con i figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3 , comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- alle donne in stato di gravidanza;
- ai dipendenti con esigenze di cura nei confronti di figli minori di 14 anni;
- ai lavoratori che manifestano disagi correlati a maggior tempo di percorrenza per raggiungere la sede di lavoro.

3.2.4 Accordo individuale

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente interessato e il Direttore/Responsabile, redatto in forma scritta ai fini della regolarità amministrativa

e della prova ai sensi dell'art. 19 della Legge n. 81/2017. Tale accordo deve contenere i seguenti elementi:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- obiettivi da raggiungere;
- la tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/annuale);
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere da remoto;
- la strumentazione tecnologica necessaria per l'espletamento dell'attività e relativo software;
- luogo di prestazione del lavoro;
- i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- modalità di recesso da parte del datore di lavoro, che può avvenire con un preavviso di 30 giorni nel caso di accordo a tempo indeterminato, mentre nel caso di lavoratori disabili tale preavviso deve essere reso nel termine di almeno 90 giorni.

Il dipendente dovrà rendicontare al proprio Direttore/responsabile l'attività svolta in regime di lavoro agile ed i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile). Il Direttore/responsabile dovrà verificare che l'accordo soddisfi tutti i requisiti di cui al presente Piano.

Il lavoro agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative, inoltre lo svolgimento della prestazione lavorativa secondo questa modalità non contempla il lavoro straordinario, le prestazioni aggiuntive né i riposi compensativi.

Il buono pasto non è dovuto nei giorni lavorativi non effettuati in presenza presso le sedi aziendali. Al dipendente in lavoro agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNLL vigenti e di quanto indicato nel codice di Comportamento adottato con deliberazione n. 1028 del 16.07.2021.

L'accordo dovrà essere trasmesso alla struttura aziendale competente per materia così come indicato nell'Atto Aziendale.

Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n.81/2017 l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue eventuali modificazioni sono oggetto delle comunicazioni di cui all'art.9 bis del D.L 510/1996 convertito dalla Legge n. 608/1996 attraverso l'apposita piattaforma informatica messa a disposizione sul portale dei servizi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Dopo tali adempimenti, la Struttura suddetta provvederà ad informare il dipendente e il Direttore/Responsabile dell'effettivo avvio del lavoro agile.

3.2.5 Potere direttivo di controllo e disciplinare

La modalità di lavoro in smart working non modifica il potere direttivo e di controllo del proprio Direttore/Responsabile che sarà esercitato analogamente a quelle applicate con riferimento alla

prestazione resa presso i locali aziendali. Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà attraverso la verifica dei risultati ottenuti.

Restano fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del dipendente dovrà sempre essere improntato ai principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CC.NN.LL. vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento adottato con Deliberazione n. 1028 del 16.07.2021.

Durante le operazioni di trattamento dei dati ai quali il dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte, in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, gli stessi devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016 GDPR e dal D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche. Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinare UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento. 8

3.2.6 Luoghi di lavoro

Nelle giornate di lavoro agile, il dipendente avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi rispondenti a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e idonei all'uso abituale di supporti informatici in modo da non compromettere l'incolumità e la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro.

E' necessario fornire preventivamente un'indicazione del luogo al fine della corretta copertura INAIL in caso di infortuni di lavoro.

Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alle strutture di appartenenza per le necessarie denunce.

L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

Ai sensi dell'art. 23 Legge n. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

3.2.7 Orario di lavoro e disconnessione

Il personale autorizzato alla modalità lavoro agile può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, ordinariamente da un minimo di quattro ad un massimo di otto giornate in un mese, da concordare con il Direttore/Responsabile di Struttura.

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'Azienda riconosce il diritto al lavoratore agile di non leggere e non rispondere ad email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare nella fascia oraria al di fuori di quella di contattabilità concordata con il proprio Dirigente o durante l'eventuale pausa (diritto alla disconnessione).

Nell'eventualità di malfunzionamenti tecnici di qualsiasi natura tali da comportare disagi nell'espletamento dell'attività di servizio, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza, che potrà valutare il rientro presso la sede di lavoro per la parte residua della giornata lavorativa e comunque fino alla risoluzione del problema. L'Azienda in presenza di situazioni emergenziali, nonché per esigenze di servizio rappresentate dal Dirigente di riferimento, si riserva di richiedere la presenza in sede del dipendente.

La giornata di lavoro agile è suddivisa in due fasce:

- fascia di svolgimento attività standard: 08.00 - 20.00. Durante tale fascia di attività il lavoratore è contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione e viene garantita una fascia di reperibilità telefonica da riportare nell'accordo individuale; nel caso in cui l'articolazione oraria della giornata preveda anche la prestazione in orario pomeridiano, può essere prevista un'ulteriore fascia di contattabilità, salvo diversi accordi intercorsi tra il dipendente e il proprio Direttore/Responsabile in caso di particolari esigenze di servizio.
- fascia di disconnessione standard: 20.00 - 08.00. Durante tale fascia non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

Nei giorni di lavoro agile non sono configurabili prestazioni supplementari, lavoro straordinario, notturno o festivo, di conseguenza, riguardo alla giornata di lavoro agile sono computate, per il personale del comparto un massimo di 6.00 – 7.12 ore giornaliere, a seconda del profilo orario attribuito, mentre per il personale dirigente sono riconosciute 6.20 – 7.36 ore secondo il calendario settimanale di attività, ovvero il diverso orario giornaliero risultante dall'eventuale contratto part – time.

L'attestazione della presenza in servizio nelle giornate di svolgimento dell'attività lavorativa agile deve essere effettuata secondo le ordinarie modalità, ovvero tramite utilizzo del “workflow” e dell'apposita causale giustificativa a intera giornata.

Il dipendente è tenuto a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza. In particolare l'obbligo di pausa è obbligatorio dopo 6 ore di lavoro.

3.2.8 Strumentazione tecnologica

Per il corretto svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile l'Amministrazione sarà tenuta a fornire al dipendente idonea strumentazione tecnologica in relazione alla specifica attività da svolgere e ne garantisce la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Per accedere alle applicazioni potrà essere utilizzata esclusivamente la connessione Internet fornita dall'Azienda e consentirà la raggiungibilità delle stesse da remoto (Cloud o in alternativa, VPN o accessi in desktop remoto ai server) stabilendo, altresì, che in nessun caso il lavoratore agile, nello svolgimento delle ordinarie prestazioni di servizio, potrà utilizzare un'utenza personale o domestica.

L'utilizzo di supporti informatici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa di proprietà del dipendente può essere consentita in via eccezionale per un periodo molto breve, e soltanto con attestazione che l'Azienda ha in atto una gara d'acquisto della strumentazione necessaria.

Il dipendente dovrà utilizzare la dotazione tecnologica in conformità alle istruzioni ricevute, e soltanto per le finalità strettamente correlate alla prestazione lavorativa, prestando tutta la necessaria diligenza nella custodia della stessa in modo tale da evitarne il danneggiamento e lo smarrimento.

La manutenzione della strumentazione e dei relativi software è a carico dell'Amministrazione.

I costi concernenti l'utenza telefonica nonché la connettività (linea internet) tra la sede dove il dipendente svolge il lavoro agile e la sede di lavoro aziendale sono a carico dell'Amministrazione.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il lavoro agile dovranno essere tempestivamente comunicati al proprio Direttore/ Responsabile, per la soluzione del problema, coinvolgendo il Servizio Sistemi Informativi.

3.2.9 Formazione

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione saranno previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

3.2.10 Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori in particolare quelle di cui al D.lgs. 81/2008 e della L. 81/2017 avente ad oggetto "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato". Riguardo alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

- garantisce la conformità alla normativa di sicurezza degli strumenti tecnologici assegnati;
- consegna annualmente al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, e, comunque, prima dell'avvio dell'attività, una informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi. Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di lavoro agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione indicate dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare eventuali rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

In occasione dello svolgimento della prestazione lavorativa il dipendente dovrà custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni ottenuti in ragione del servizio, attenersi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal Dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro, nonché al rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE n. 679/2016 e del Dlgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali

Il dipendente dovrà tempestivamente informare il Direttore/Responsabile e il DPO nel caso in cui si verifici, nell'ambito della sua attività, una violazione dei dati personali oggetto del trattamento che metta a rischio i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'Amministrazione rende accessibile al dipendente tutte le informazioni e i documenti necessari all'esecuzione delle proprie mansioni, rimanendo comunque obbligata alla protezione degli stessi e adotta misure e soluzioni tecniche idonee a prevenire la perdita nonché la diffusione dei dati, tanto nel rispetto dei principi di riservatezza nei confronti del dipendente, quanto a tutela dei propri interessi aziendali.

3.3 Sottosezione di programmazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

Pianificare il personale significa prevedere, in termini temporali, quantitativi e qualitativi, quali saranno le necessità di risorse umane nel medio periodo. La nuova metodologia per la definizione della programmazione dei fabbisogni di personale introdotta nel panorama legislativo nazionale dal decreto legislativo n. 75 del 2017, induce a una complessiva rivisitazione dell'approccio culturale nella ricerca di quelle condizioni di flessibilità che consentano all'Azienda di decidere in ordine al dimensionamento quali-quantitativo del proprio organico in ragione delle contingenze e delle emergenze interne ed esterne. Il profilo dinamico dell'organizzazione dei servizi relativamente alle necessità di personale dedicato, è uno dei punti cardine dell'innovativa normazione della riforma "Madia" che, novellando il Decreto Legislativo n.165 del 2001, trova il suo fulcro nel Decreto 8 maggio 2018 che, pur non avendo natura regolamentare, reca "linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani dei fabbisogni di personale da parte delle Pubbliche Amministrazioni".

Le politiche del personale attuate negli anni '90 del secolo scorso con le dotazioni organiche che si basavano prevalentemente sulla rilevazione dei carichi di lavoro e che, nelle intenzioni del legislatore, avrebbero dovuto essere uno strumento programmatico funzionale al governo delle consistenze, sono state superate anche in ragione del fatto che spesso le Amministrazioni Pubbliche hanno utilizzato le dotazioni organiche come strumento di mero governo del turnover, accontentandosi di governare i flussi piuttosto che orientarsi verso i livelli di consistenze ottimali.

L'attuale disciplina, a seguito della riforma "Madia", invita ad uscire da una logica di stretto governo dei flussi così come da un approccio esclusivamente incrementale, per attestarsi su una visione più razionale, entrando in un campo più largo, volto, comunque, a trovare una conciliazione tra le due esigenze ancora predominanti, la prima delle quali insiste sul contesto economico e la seconda su quello sociale; una amministrazione, cioè, che da un lato costi meno e dall'altro sia in grado di erogare servizi migliori. In quest'ottica dunque, se l'idea portante rimane quella del fabbisogno di personale come criterio ordinatore e regolatore delle politiche assunzionali, la relativa pianificazione deve

tendere a ricercare le 3 condizioni di flessibilità che permettano di decidere sapientemente il dimensionamento ottimale attraverso la predisposizione di piani triennali e annuali dinamici, diversi dal vecchio schema della dotazione organica quale contenitore rigido.

Il percorso programmatico deve indagare e tener conto in via preliminare e propedeutica di alcuni elementi quali il volume previsto delle attività, la forza lavoro attuale in termini quantitativi e qualitativi nonché il loro grado di utilizzo, le forme e i gradi di meccanizzazione - le trasformazioni tecnologiche possono ridurre il fabbisogno di lavoro o cambiare le competenze professionali richieste -, il possibile ricorso al lavoro straordinario, il volume di lavoro contrattualmente pattuito, il tasso di assenteismo, l'eventuale esternalizzazione di alcune attività.

E' opportuno segnalare, tuttavia, a monte della volontà di razionalizzare il sistema, la presenza dei noti vincoli legati alla natura e alle finalità pubblicistiche delle Amministrazioni Pubbliche; la programmazione del fabbisogno deve avvenire nel rispetto della normativa vigente sia per le modalità che per i limiti di spesa; le assunzioni di personale, poi, richiedono procedure non sempre sufficientemente rapide che si prestano all'emergere di contenziosi, rischiando di vanificare quanto programmato sotto il profilo temporale; la contrattualizzazione del rapporto di lavoro, infine, rischia di diventare un ulteriore vincolo se non utilizzata in termini di flessibilità e di opportunità. La centralità del Piano triennale del Fabbisogno di Personale, quale atto di programmazione e strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, di efficienza, di economicità e di qualità dei servizi erogati, è enunciata nelle linee di indirizzo di cui al Decreto 8 maggio 2018 dettate a seguito delle previsioni degli artt. 6 e 6ter del Decreto legislativo n. 165 del 2001 come novellato dall'art. 4 del decreto legislativo n. 75 del 2017. Le novità introdotte dal citato decreto legislativo n. 75 del 2017 come esplicitamente stabilito dalle Linee di indirizzo, sono finalizzate a mutare la logica e la metodologia che le amministrazioni devono seguire nell'organizzazione e nella definizione del proprio fabbisogno di forza lavoro. Il piano triennale del fabbisogno deve essere definito in coerenza e a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa, predisposto in coerenza con l'atto aziendale, deve svilupparsi nel rispetto dei vincoli finanziari e degli equilibri di finanza pubblica in materia di spesa del personale, deve essere in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, e deve essere anche pienamente coerente, oltre che con i principi generali di legalità, con la disciplina in materia di anticorruzione. Il piano triennale del fabbisogno si sviluppa in prospettiva triennale e deve essere adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale. Esso deve, quindi, considerarsi uno strumento programmatico modulabile e flessibile per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all'organizzazione.

Le linee di indirizzo, infine, evidenziano che per la determinazione del Piano Triennale del Fabbisogno di personale deve tenersi conto dei seguenti elementi:

Articolazione dei professionisti per ruolo, categorie e profilo;

Esigenze delle singole unità operative: l'analisi delle modalità operative e di erogazione del servizio permette di determinare il fabbisogno complessivo dell'ente;

Tempi di attuazione dei documenti programmatori: il fabbisogno deve essere declinato in relazione alle modalità e ai tempi di attuazione dei documenti di programmazione nazionali, regionali e aziendali;

Distinzione tra attività continuative e, dunque, da soddisfare con contratti di lavoro a tempo indeterminato e attività, invece, connesse ad esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale;

Modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale a tempo indeterminato e determinato;

Ricorso alle prestazioni aggiuntive a vario titolo;

Specialisti Ambulatoriali;

Contratti Libero Professionali;

Convenzioni con altre aziende del SSN.

3.3.1 Obiettivi a breve termine

E' stato eliminato il paragrafo obiettivi a breve termine in quanto già specificato nei precedenti paragrafi

3.3.2 Obiettivi a medio/lungo termine

Tenuto conto che con DGR. n 1158 del 07.12.2022 è stato concesso l'ampliamento e la variazione dell'assetto assistenziale dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale dell' Ospedale dei Castelli per complessivi n. 279 posti letto (241 ordinari + 38 diurni), in coerenza con quanto stabilito dalla programmazione regionale con la Determinazione G01328 del 10/02/2022.

Considerato che con sopracitata DGR sono stati accreditati tra l'altro n. 5 PL ordinari per Unità di Trattamento Neurovascolare, che necessita di una dotazione organica di almeno 8 dirigenti medici neurologi, 13 CPS infermieri e 6 OSS, 1 tecnico di neurofisiopatologia

Per l'ampliamento in H24 dell'Emodinamica dell'Ospedale dei Castelli è necessario almeno il reclutamento di almeno 2 dirigenti medici cardiologi, 5 CPS infermieri ed 1 OSS

La riapertura del punto nascita presso il P.O di Anzio prevede il reclutamento di almeno 4 dirigenti medici pediatri, 4 dirigenti medici neonatologi e 4 dirigenti medici ginecologi, 10 cps ostetriche

Attivazione della convenzione con la Asl Roma 2 per la Procreazione Medicalmente Assistita e la preservazione della fertilità in donne affette da patologie a rischio di esaurimento funzionale delle gonadi con deliberazione n. 766 del 15.09.2022

Attuazione di quanto previsto dal PNRR e dal DM 77/2022, relativamente a casa di comunità, Ospedali di Comunità, COT, UCA, Telemedicina

Attualmente la Direzione Strategica ha come obiettivo l'ampliamento dell'offerta assistenziale, considerato quanto riportato nella Determina Regionale n. G7512 del 18.06.2021 relativa alla programmazione della Rete Ospedaliera 2021 – 2023, in conformità agli standard previsti dal DM 70/2015 e visti gli obiettivi assegnati con DGR 1111 del 30.11.2022 avente ad oggetto "Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la

valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2022": tali implementazioni riguardano:

- Piano Aziendale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso
- Programma di miglioramento riguardo al percorso del paziente ultrasessantacinquenne con frattura del collo del femore
- Programma di miglioramento parto cesareo
- Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica (PSAAC)

Il presente documento, tenuto conto di quanto previsto dalla DGR n.589/2022, si pone l'obiettivo di delineare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda per gli anni 2023, 2024 e 2025 alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale e dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale.

Tale piano sarà suscettibile di ulteriori modificazioni e integrazioni a breve termine alla luce di nuove indicazioni regionali legate all'evoluzione del quadro normativo ed economico nazionale.

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 173 del 27/07/2018.

L'approccio risulta molto flessibile in funzione della variabilità ambientale attuale ma cerca di tenere comunque conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema. Nella predisposizione del PTFP l'Azienda si pone l'obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

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 nostra Azienda, sono prevalente ma non esclusivamente riconducibili alle professioni sanitarie.

Il presente PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

3.3.3 Consistenza e costi del personale al 31/12/2022

L'anno 2022 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 3.814 dipendenti (di cui 3.533 dipendenti a tempo indeterminato, 281 dipendenti a tempo determinato).

Riguardo agli aspetti economici, il dato del bilancio preconsuntivo al 31/12/2022 ha evidenziato un costo del personale pari a € 218.772.612,37 comprensivo di oneri (di cui € 203.965.793,61 per personale a tempo indeterminato, € 14.806.818,76 per personale a tempo determinato).

Nella spesa complessiva sopraindicata sono considerate le risorse destinate alla contrattazione integrativa come descritte nei paragrafi che seguono.

3.3.4 Risorse destinate alla contrattazione integrativa per l'anno 2022

Per tutti i fondi contrattuali, sono stati riportati i dati al netto degli oneri a carico dell'azienda: CPDEL/CPS/TFR/TFS/INAIL/IRAP

Per la costituzione dei fondi 2022 sono state considerate ed indicate tutte le poste di alimentazione e non esistono risorse poste al di fuori di quelle espressamente indicate nella relazione tecnica finanziaria.

Per l'anno 2015 l'art. 9 comma 2 bis DL 78/2010 per effetto del comma 456 legge 147/2013 ha cessato la sua validità e rende permanenti i risparmi di spesa connessi all'applicazione del medesimo art. 9 comma 2 bis. Per l'anno 2016 si applicano le disposizioni previste dalla legge 28 dicembre 2015, n. 208. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016) art. 1 comma 236 *“a decorrere dal 1° gennaio 2016 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2015 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio, tenendo conto del personale assumibile ai sensi della normativa vigente”*.

Dal 2017 l'art. 23 comma 2 del Dlgs 75/2017 ha abrogato l'art. 1 comma 236 della legge 208/2015 eliminando la riduzione prevista per l'eventuale contrazione del personale in servizio, lasciando il solo limite al valore determinato per l'anno 2016.

Dall'anno 2020 i fondi sono stati rideterminati annualmente sulla base dell'art. 11 del D.L. 35/2019 che stabilisce: *"IL LIMITE DEFINITO DALL'ART. 23 COMMA2, DEL DECRETO LEGISLATIVO 25 MAGGIO 2017, N. 75, E' ADEGUATO IN AUMENTO O IN DIMUNIZIONE, PER GARANTIRE L'INVARIANZA DEL VALORE MEDIO PRO-CAPITE, RIFERITO ALL'ANNO 2018, PRENDENDO COME BASE DI CALCOLO IL PERSONALE IN SERVIZIO AL 31 DICEMBRE 2018"*.

3.3.5 Dirigenza medica veterinaria e dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie

CCNL AREA SANITA' triennio 2016 -2018

Per la dirigenza medica, sanitaria non medica e delle professioni sanitarie il rinnovo contrattuale è stato siglato il 19/12/2019 ed i fondi sono stati adeguati tenendo conto delle risorse derivanti dalla contrattazione collettiva nazionale ed in applicazione dell'art. 11 del D.L. 35/2019 sopra citato.

Considerato che il contratto del 19/12/2019 non distingue i fondi e in particolare quelli a suo tempo previsti per la dirigenza delle professioni sanitarie a consuntivo sono stati conglobati nei fondi della dirigenza sanitaria che così comprendono: medici-veterinari, biologici, chimici, fisici psicologi, farmacisti e dirigenza delle professioni sanitarie.

L'area contrattuale prevede tre fondi:

A) Art 94 CCNL triennio 2016/2018 **Retribuzione degli incarichi** per il finanziamento:

- della retribuzione di posizione parte fissa e variabile;
- indennità incarico di struttura complessa
- indennità di specificità medico – veterinaria di cui all'art. 90 bis
- eventuali altre risorse derivanti da disposizioni di legge di cui all'art. 4 lett. B
- specifico trattamento ove spettante di cui all'art. 38 c.3 CCNL 08/06/2000

La consistenza del fondo Retribuzione degli incarichi al 31/12/2022 è pari ad € 16.108.697,11.

B) Art. 96 CCNL triennio 2016/2018 per la **Retribuzione delle condizioni di lavoro**:

- Indennità di pronta disponibilità
- Straordinario - Indennità turno di guardia
- Indennità per il servizio notturno e festivo
- Indennità rischio radiologico –
- Indennità di ufficiale di polizia giudiziaria –

La consistenza del fondo Retribuzione delle condizioni di lavoro al 31/12/2022 è pari ad € 2.752.260,80.

C) Art. 95 CCNL triennio 2016/2018 **Retribuzione di risultato**:

- retribuzione di risultato
- trattamenti economici previsti da specifiche disposizione di legge
- welfare integrativo - indennità per sostituzioni di cui all'art. 22.

La consistenza del fondo Retribuzione di risultato al 31/12/2022 è pari ad € 1.264.415,97.

In detti fondi confluiscono le risorse previste ad invarianza complessiva come unico importo i valori consolidati al 31/12/2018 come certificati dal collegio sindacale in data 27/06/2019. Per ognuno di essi il valore al 31/12/2018 è stabilmente incrementato a decorrere dal 01/01/2019.

3.3.6 Area dirigenza professionale tecnica e amministrativa

CCNL triennio 2016 -2018 del 17/12/2020

In data 17 dicembre 2020, Aran e sindacati rappresentativi hanno sottoscritto il contratto collettivo nazionale di lavoro per il triennio 2016-2018 per i Dirigenti delle Regioni ed Autonomie locali, per i Dirigenti amministrativi, tecnici e professionisti del SSN

Gli adeguamenti sui fondi sono stati effettuati tenendo conto delle risorse derivanti dalla contrattazione collettiva nazionale ed in applicazione dell'art. 11 del D.L. 35/2019 sopra citato

L'area contrattuale prevede due fondi a partire dall'anno 2021:

A) Art 90 il fondo per il finanziamento della Retribuzione di posizione:

- della retribuzione di posizione parte fissa e variabile;
- indennità incarico di struttura complessa

La consistenza del fondo per il finanziamento della Retribuzione di posizione al 31/12/2022 è pari ad € 591.955,89.

B) Art. 91 il fondo **Retribuzione di risultato e altri trattamenti accessori**:

- retribuzione di risultato
- trattamenti economici previsti da specifiche disposizione di legge
- welfare integrativo - indennità per sostituzioni di cui all'art. 73.

La consistenza del fondo per la Retribuzione di risultato e altri trattamenti accessori al 31/12/2022 è pari ad € 60.199,12.

3.3.7 Area del comparto

CCNL COMPARTO SANITA' triennio 2016 -2018

Gli adeguamenti sui fondi destinati alla contrattazione integrativa sono stati effettuati tenendo conto delle risorse derivanti dalla contrattazione collettiva nazionale ed in applicazione dell'art. 11 del D.L. 35/2019 sopra citato.

L'area contrattuale del comparto prevede due fondi:

1-Art. 80 Fondo condizioni di lavoro e incarichi

2-Art. 81 Fondo premialità e fasce.

Fondo (Art. 80) confluiscono nei valori determinati al 31/12/2017:

- a) l'intero fondo straordinario, disagio pericolo o danno ex art. 7 CCNL 2009
- b) risorse destinate alla indennità di funzione dei titolari di posizione organizzativa e delle funzioni di coordinamento (art. 36 CCNL 07/04/1999 e 49 e 10 CCNL 20/09/2001))
- c) valore comune dell'indennità di qualificazione professionale art.45 c. 1 CCNL 01/09/1995
- d) indennità professionale specifica di cui alla tabella CCNL 05/06/2006, L'importo è stabilmente incrementato di un importo su base annua pari ad euro 91 per le unità di personale in servizio alla data del 31/12/2015 a decorrere dal 31/12/2018 e a valere dall'anno 2019 corrispondente a euro

255.366,00 -ART. 80 C. 3 LETT. personale del comparto in servizio alla data del 31/12/2015 nr. 2.806 persone;

Le risorse sono disponibili per i seguenti utilizzi:

- 1) compensi per lavoro straordinario di cui all'art. 31
- 2) indennità correlate alle condizioni di lavoro di cui al titolo VIII capo III (pronta disponibilità, indennità di polizia giudiziaria, indennità di turno, indennità notturna e festiva, assistenza domiciliare indennità sert, e rischio radiologico) per l'anno 2020 al rischio infettivo e di terapia intensiva dell'emergenza COVID 19
- 3) indennità incarico e coordinamento (art. 20 e 21)
- 4) valore comune indennità qualificazione.

La consistenza del Fondo condizioni di lavoro e incarichi al 31/12/2022 è pari ad € 12.268.111,01.

Fondo Art. 81 confluiscono nei valori determinati al 31/12/2017:

L'intero fondo incentivi ex art.8 CCNL 2009 e le risorse destinate al finanziamento delle fasce retributive del fondo ex art. 9 CCNL 2009 ed è incrementato di un importo calcolato in rapporto al nuovo valore delle fasce attribuite che gravano sul fondo per effetto di quanto previsto dall'art. 76 CCNL 2016/2018.

Le risorse al netto delle somme non utilizzabili in quanto destinate alla copertura dei differenziali retributivi del personale che abbia conseguito la progressione economica in anni precedenti nonché al lordo delle medesime nuovamente utilizzabili per la cessazione dello stesso personale sono rese disponibili per i seguenti utilizzi:

- 1) Premi correlati alla performance organizzativa
- 2) Premi correlati alla performance individuale
- 3) Attribuzione selettiva di nuove fasce
- 4) Misure di welfare integrativo.

La somma destinata alla retribuzione di risultato anno 2022 è data dalle risorse non utilizzate nell'anno (anno 2022) di detto fondo e incrementata con risorse residue del fondo art. 80.

La consistenza del Fondo premialità e fasce al 31/12/2022 è pari ad € 13.479.940,64.

Si precisa inoltre che i fondi relativi a tutte e tre le Aree contrattuali, per l'anno 2022, sono in fase di certificazione da parte del Collegio Sindacale.

3.3.8 Previsione anno 2023

Per l'anno 2023 l'ammontare dei fondi contrattuali delle aree Dirigenza medica veterinaria e dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie e Dirigenza professionale tecnica e amministrativa è confermato, mentre per l'area del Comparto i fondi saranno ricostituiti e rideterminati in base al nuovo CCNL Triennio 2019/2021 sottoscritto in data 02/11/2022.

Inoltre, i Fondi saranno rideterminati a consuntivo tenendo conto delle variazioni di organico che potranno verificarsi nel corso dell'anno.

PROSPETTO ANDAMENTO PERSONALE

ANNI 2020 -2021 - 2022 - 2023

Personale a tempo interminato
dati riepilogativi dell'ultimo quadriennio

Descrizione Sintetica	2020	2021	2022	2023
Direttori Generali	3	3	3	3
Dirigenti Sanitari non Medici	52	64	61	61
Dirigente Professioni Sanitarie	8	10	7	7
Dirigente Ruolo Amministrativo	13	14	4	4
Dirigente Ruolo Professionale	7	7	9	9
Dirigente Ruolo Tecnico	3	4	4	4
Dirigenti Medici	545	627	588	623
Profilo Ruolo Amministrativo	210	313	296	306
Profilo Ruolo Sanitario - Personale Funzioni Riabilitative	74	106	119	119
Profilo Ruolo Sanitario - Personale Infermieristico	1704	1748	1729	1729
Profilo Ruolo Sanitario - Personale Tecnico Sanitario	137	151	192	192
Profilo Ruolo Sanitario - Personale Vigilanza e Ispezione	39	35	43	43
Profilo Ruolo Tecnico	442	393	342	342
Profilo Ruolo Professionale			49	49
Veterinari	18	19	9	9
Totale	3252	3491	3455	3500

PROSPETTO CESSATI/ASSUNTI QUADRIENNIO 2021-2024

DIRIGENZA SANITARIA E SANITARIA NON MEDICA

DISCIPLINE	CESSATI				ASSUNTI			
	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
ANATOMIA PATOLOGICA		1	2				2	2
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	9	2			19	4	15	7
AREA IG.PR.TRASF.CONS.ALIM.ORIG.ANIMALE					1			
CARDIOLOGIA	2	6		1	5	5	7	5
CHIRURGIA GENERALE	8	2	1		1	9	2	5
CHIRURGIA VASCOLARE	1				6		1	

DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	1					2		
DIREZ. MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	1							2
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	1	2						2
GASTROENTEROLOGIA		1			5			2
GERIATRIA		1				2		
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	6	6			14		5	1
IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA	1	6			3	3		6
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		1						1
MALATTIE INFETTIVE							1	1
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA								
MEDICINA E CHIR.D'ACCETTAZIONE E URGENZA	2	2	1		2	1	35	
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	1	2	1					
MEDICINA INTERNA	4	3	1		9	13	3	2
MEDICINA LAV. SICUREZZA AMBIENTI LAVORO	1						1	1
MEDICINA LEGALE							1	3
MEDICINA NUCLEARE					1	1		
MEDICINA TRASFUSIONALE	3	1			1	2		6
NEFROLOGIA	1	2			1	2	3	2
NEONATOLOGIA					1		5	2
NEUROLOGIA					1	2	3	2
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		2	1			6	4	1
OFTALMOLOGIA	1				1		2	1
ONCOLOGIA		0	1		2		3	1
ORGANIZZAZ. DEI SERV. SANITARI DI BASE	7	3	4			1	4	4
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	1	1		1	3	5	5
OTORINOLARINGOIATRIA	1	1				1		
PATOLOGIA CLINICA(LAB.AN.CHIM.CL.MICR.)	2	1	1					
PEDIATRIA	2	2	1		3	3	8	
PSICHIATRIA	3	4			12	12	5	
RADIODIAGNOSTICA	7	3	2		7	16	4	
SANITA' ANIMALE								
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	1							
UROLOGIA	1				1	4	1	2
DIRIGENTE BIOLOGO	2	1			2		3	
DIRETTORE FARMACISTA					1			
DIRIGENTE FARMACISTA	1	5			6	9	4	2

DIRIGENTE FISICO								
DIRIGENTE PSICOLOGO	2	7	2		7	14	3	5
DIRIGENTE VETERINARIO		2				1	2	2
TOTALI	74	70	19	1	113	116	132	75

DIRIGENZA PTA								
	CESSATI				ASSUNTI			
POSIZIONE FUNZIONALE	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
ANALISTA					2			
AVVOCATO		1				2		
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	1					5	
SOCIOLOGO					1			
DIRIGENTE INGEGNERE		0	1				1	
TOTALI	1	2	1	0	3	2	6	0

COMPARTO								
	CESSATI				ASSUNTI			
RUOLO	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
AMMINISTRATIVO	33	32	7		120	30	57	15
SANITARIO	148	114	37	1	186	117	98	35
TECNICO	64	37	9		73	41	46	13
PROFESSIONALE		7	1			14	2	2
TOTALI	245	190	54	1	379	202	203	65

DIPENDENTI ASSUNTI ANNO 2022

DIRIGENZA MEDICA	2022
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4
CARDIOLOGIA	5
CHIRURGIA GENERALE	9
DERMATOLOGIA	2
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	
GERIATRIA	2
IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA	3
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	
MEDICINA E CHIR.D'ACCETTAZIONE E URGENZA	1
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	
MEDICINA INTERNA	13
MEDICINA NUCLEARE	1
MEDICINA TRASFUSIONALE	2

NEFROLOGIA	2
NEUROLOGIA	2
NEONATOLOGIA	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	6
ORGANIZZAZ. DEI SERV. SANITARI DI BASE	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3
OTORINOLARINGOIATRIA	1
PEDIATRIA	3
PSICHIATRIA	12
RADIODIAGNOSTICA	16
SANITA' ANIMALE	
UROLOGIA	4
VETERINARIO	1
TOTALE	93

DIRIGENZA SPTA	2022
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	0
DIRIGENTE AVVOCATO	2
DIRIGENTE FARMACISTA	9
DIRIGENTE PSICOLOGO	14
TOTALE	25

COMPARTO	2022
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	17
ASSISTENTE SANITARIO	
ASSISTENTE SOCIALE	14
ASSISTENTE TECNICO	4
AUSILIARIO	
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	6
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	7
COLLABORATORE TECNICO	2
DIETISTA	2
FISIOTERAPISTA	4
INFERMIERE	58
OPERATORE TECNICO	
OSS	35
OSTETRICA	12

TECNICO LABORATORIO	9
TECNICO NUEROPSIKOMOTRICITA'	
TECNICO RADIOLOGIA	18
TECNICO PREVENZIONE	10
LOGOPEDISTA	2
ORTOTTISTA	1
TECNICO PERFUSIONISTA	1
TOTALE	202

PROSPETTO CONCORSI ESPLETATI ANNI 2022

Procedure concorsuali	Profilo professionale	Numero posti a bando per ASL Roma 6	Stato avanzamento procedura
Concorso Pubblico, per titoli ed esami, indetto in qualità di Azienda Capofila, per la copertura di n. 7 posti di Dirigente Medico disciplina Neurologia da assegnare alla ASL Roma 4, ASL Roma 5 e alla ASL Roma 6	Dirigente Medico	2	In fase di espletamento
Concorso Pubblico, per titoli ed esami, indetto in qualità di Azienda Capofila, per la copertura di n. 7 posti di CPS Ostetrica da assegnare alla ASL Roma 4 e alla ASL Roma 6	CPS Ostetrica	5	Espletato
Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 2 posti nel profilo di Collaboratore Tecnico Professionale – Ingegnere cat. D	Collaboratore Tecnico Professionale	2	Espletato
Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 2 posti nel profilo di Collaboratore Tecnico Professionale - Architetto cat. D	Collaboratore Tecnico Professionale	2	Espletato

Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 2 posti nel profilo di Collaboratore Tecnico Professionale - Informatico cat. D	Collaboratore Tecnico Professionale	2	Espletato
---	-------------------------------------	---	-----------

SITUAZIONE PREVISIONALE CONCORSI 2023 – 2024

PROSPETTO CONCORSI IN PROGRAMMAZIONE ANNI 2023-2024			
Procedure concorsuali	Profilo professionale	Numero posti a bando per ASL Roma 6	Stato avanzamento procedura
Concorso Pubblico, per titoli ed esami, a valenza regionale, per Dirigente Medico - disciplina Nefrologia e Dialisi, in qualità di Azienda capofila	Dirigente Medico	da definire	Bando inviato in attesa di pubblicazione
Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 2 posti di Dirigente Medio - disciplina Neonatologia per il P.O. H4 e di n. 4 posti di Dirigente Medico - disciplina Pediatria per i P.O. H3 e H4	Dirigente Medico	6 (2 Neonatologi per il Polo 4) (2 Pediatri per il Polo4) (2 Pediatri per il Polo3)	Nomina Commissione in corso
Concorso per CPS Infermiere	CPS Infermiere	10	In aggregazione con Roma 2 in attesa pubblicazione Bando
Concorso per OSS	OSS	15	In aggregazione con P. Tor Vergata in attesa pubblicazione Bando
Concorso per CPS TNPEE	TNPEE	2	Capofila Regionale in attesa piano delle aggregazioni da Regione
Concorso per D.M. Psichiatria	Psichiatria	5	In aggregazione con Roma 2 in attesa pubblicazione Bando
Concorso per D.M. Ortopedia	Ortopedia e Traumatologia	5	In aggregazione con Roma 5 in attesa pubblicazione Bando
Concorso per D.M. Neuropsichiatria Infantile	NPI	4	In aggregazione con Roma 5 in attesa pubblicazione Bando
Concorso per D.M. Medicina Interna	Medicina Interna	3	In aggregazione con P. Tor Vergata in attesa pubblicazione Bando

Concorso per D.M. MCAU	MCAU	35	In attesa di N.O. Regionale
Concorso Pubblico, per titoli ed esami, a valenza regionale, per Dirigente Medico - disciplina Nefrologia e Dialisi, in qualità di Azienda capofila	Dirigente Medico	da definire	ricezione aggregazioni altre aziende regionali
Avviso Direttore UOC Autorizzazione Accreditamento e Controlli	Dirigente Medico	1	espletato (vincitore deve firmare contratto)
Avviso UOC Direzione Ospedale dei Castelli	Dirigente Medico	1	pubblicato su BURL n. 3 del 10/01/2023 e G.U. n. 6 del 24/01/2023
Avviso UOC Direzione Polo Ospedaliero H4	Dirigente Medico	1	scadenza presentazione domande: 05/01/2023 attivata commissione di sorteggio
Avviso Direttore UOC Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva	Dirigente Medico	1	in corso predisposizione delibera ammissione candidati e nomina commissione
Avviso Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza P.O. H1	Dirigente Medico	1	pubblicato su BURL n. 1 del 03/01/2023
Avviso Direttore UOC SPDC Ospedale dei Castelli	Dirigente Medico	1	pubblicato su BURL n. 106 del 27/12/2022 e G.U. n. 5 del 20/01/2023
Avviso Direttore UOC Medicina Generale P.O. H1	Dirigente Medico	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere
Avviso Direttore UOC Radiodiagnostica P.O. H4	Dirigente Medico	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere
Avviso Direttore UOC Nefrologia e Dialisi Aziendale	Dirigente Medico	1	scadenza presentazione domande: 05/01/2023 attivata commissione di sorteggio
Avviso Direttore UOC Cardiologia P.O. H1	Dirigente Medico	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere
Avviso UOC Direzione Polo Ospedaliero H1	Dirigente Medico	1	scadenza presentazione domande: 05/01/2023 attivata commissione di sorteggio
Avviso UOC Direzione Polo Ospedaliero H3	Dirigente Medico	1	pubblicato su BURL n. 3 del 10/01/2023 e G.U. n. 6 del 24/01/2023

Avviso Direttore UOC Cardiologia P.O. H4	Dirigente Medico	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere
Avviso Direttore UOC CSM H2-H5	Dirigente Medico	1	pubblicato su BURL n. 2 del 05/01/2023
Avviso Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. H1	Dirigente Medico	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere
Avviso Direttore UOC SPDC P.O. H1	Dirigente Medico	1	pubblicato su BURL n. 106 del 27/12/2022 e G.U. n. 5 del 20/01/2023
Avviso Direttore UOC Medicina Generale P.O. H3	Dirigente Medico	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere
Avviso Direttore UOC Chirurgia Generale P.O. H4	Dirigente Medico	1	in attesa di pubblicazione su BURL e GU
Avviso Direttore UOC CSM H4-H6	Dirigente Medico	1	pubblicato su BURL n. 2 del 05/01/2023
Avviso Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. H3	Dirigente Medico	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere
Avviso Direttore UOC Chirurgia Generale P.O. H1	Dirigente Medico	1	in attesa di pubblicazione su BURL e GU
Avviso Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza P.O. H3	Dirigente Medico	1	pubblicato su BURL n. 1 del 03/01/2023
Avviso Direttore UOC SPRESAL	Dirigente Medico	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere
Avviso Direttore UOC Servizio Veterinario Area A	Dirigente Veterinario	1	acquisita autorizzazione regionale. In itinere

3.3.9 Quadro previsionale delle risorse umane anno 2023

Per l'anno 2023 si prevede la stabilizzazione, in base alle previsioni normative di cui all'art. 1 comma 268 lett.b) della Legge n. 234 del 30.12.2021, di 87 unità del personale sanitario del comparto e di 21 unità della Dirigenza sanitaria, assunti a tempo determinato durante l'emergenza pandemica da Covid-19, tramite procedure concorsuali e che hanno effettuato 18 mesi di servizio alla data del 30.06.2022 di cui almeno 6 mesi svolti nel periodo intercorrente tra il 01.01.2020 e 30.06.2022.

Sempre nel corso del corrente anno si procederà all'indizione di un ulteriore avviso poichè in base al comma 528 dell'art. 1 della legge n.197/2022 (legge di Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2023) potranno essere assunti a tempo indeterminato i professionisti sanitari che abbiano maturato 18 mesi di servizio nella sanità pubblica entro il 31 dicembre 2023, di cui 6 mesi sempre nella fase di emergenza nazionale.

Anche il restante personale interinale o con contratti libero professionali (tipici del periodo emergenziale) verrà gradualmente sostituito da contratti tipici a seguito dell'espletamento di numerosi concorsi/ avvisi a tempo determinato (vedi prospetto procedure concorsuali 2023- 2024).

Il quadro assunzionale 2023 verrà mensilmente verificato e confrontato col tetto di spesa regionale comunicato dalla Regione Lazio con nota Prot. n. U1266918 del 13/12/2022 pari a **221.295.000**, nelle more della definizione del FSR.

3.3.10 Quadro previsionale delle risorse umane anni 2024-2025

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse per gli anni 2024-2025 esso è stato elaborato in via di previsione sulla base dei dati storici delle cessazioni degli ultimi anni prevedendo un allineamento tra cessazioni e assunzioni (previste n. 239 cessazioni nei due anni e n. 310 assunzioni con un aumento di personale di n. 71 unità nei due anni 2024-2025). Pertanto si stima un sostanziale mantenimento della spesa storica.

3.3.11 Attività in prestazioni aggiuntiva

Prendendo a specifico riferimento le frequenti situazioni di carenza di organico per le quali le forme di reclutamento ordinarie risultano inadeguate sia dal punto di vista dell'esistenza di graduatorie che della tempestività degli ingressi in relazione alle esigenze, ai fini della garanzia della continuità dei servizi, anche in funzione delle criticità create dall'emergenza COVID nel biennio precedente, l'ulteriore strumento al quale l'Azienda ha fatto ricorso è l'attività svolta in prestazione aggiuntiva.

Per quanto sopra per l'anno 2022 è stato assegnato un importo complessivo di € 4.033.594,00 (di cui € 3.162.480,00 per la Dirigenza sanitaria e € 871.114,00 per il Comparto ruolo sanitario).

Nel periodo 01.01.2022 al 31.10.2022 è stato corrisposto un importo complessivo di € 3.545.617,54 (di cui € 2.775.770,53 per la Dirigenza sanitaria e € 769.847,01 per il Comparto ruolo sanitario).

3.3.12 Specialistica ambulatoriale

Pur non costituendo in senso proprio un costo del personale, i contratti di specialistica ambulatoriale convenzionata vengono inclusi nell'analisi e nella programmazione e nel tetto di spesa fissato dalla Regione.

Il costo per l'anno 2022 è stato pari a € 6.514.707,00 al netto di IRAP.

Per il prossimo triennio si presume una spesa annua pari a € 7.000.000,00 in quanto l'Azienda continuerà ad avvalersi di detti contratti.

3.4 Piano della formazione

La formazione in Sanità è il processo attraverso il quale il professionista si mantiene aggiornato per rispondere, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale, inoltre la formazione favorisce la trasmissione di valori di riferimento e di norme comportamentali. La formazione continua è essenziale per garantire nel tempo la qualità, la sicurezza e l'innovazione dei suoi servizi. Affrontare le mutate condizioni di contesto necessita di professionisti competenti,

portatori di una professionalità specifica che va sviluppata e migliorata nel tempo attraverso azioni formative mirate

Il Piano Formativo Aziendale triennio 2023-2025 (All.13) è strutturato nell'ottica delle seguenti aree:

- Governo clinico
- Gestione del rischio clinico
- Clinico assistenziale
- Servizi Sociali-violenze di genere
- Emergenza e urgenza
- Sicurezza sul lavoro
- Salute pubblica
- Sviluppo competenze relazionali
- Benessere organizzativo
- Giuridica e amministrativa
- Cultura donazione organi e tessuti
- Ricerca

4. SEZIONE 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”;
- 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.