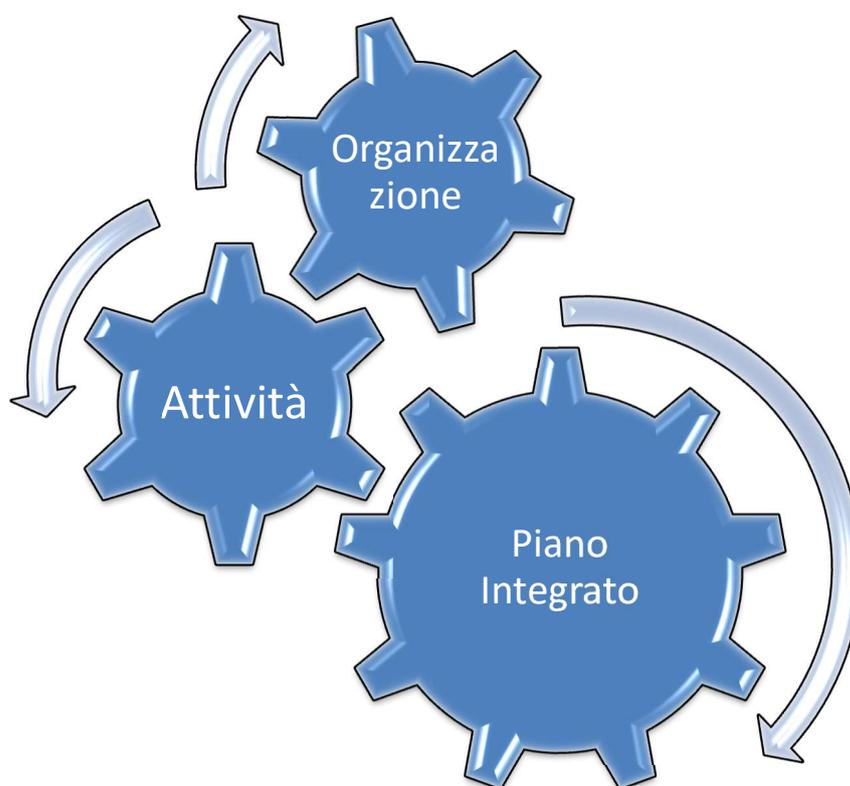


# Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)



<b>PREMESSA</b> .....	4
<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b> .....	5
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b> .....	12
2.1.1. Mission.....	12
2.1.2. Come operiamo .....	13
2.1.3. Prevenzione Collettiva e sanità Pubblica .....	14
2.1.4. Assistenza Territoriale.....	15
2.1.5. Assistenza Ospedaliera .....	16
2.1.6. Programmazione economica ed obiettivi di attività per l'esercizio 2023 .....	18
2.1.7. Creazione del Valore pubblico .....	20
2.3.1. Normativa di riferimento.....	35
2.3.2. RPCT e gli altri attori a livello aziendale .....	36
2.3.3. Emergenza sanitaria da COVID 19 .....	38
2.3.4. Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio .....	38
2.3.5. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE (C.D. OBBLIGATORIE) .....	40
2.3.6. TRASPARENZA ED ACCESSO CIVICO.....	50
2.3.7. ULTERIORI CONTROMISURE SPECIFICHE DI PROCESSO .....	55
<b>3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b> .....	73
3.1.1. Il personale .....	73
3.1.2. L'organizzazione .....	75
3.1.3. Struttura organizzativa.....	76
3.3.1. Consistenza del personale al 31/12/2022 .....	77
3.3.2. Programmazione strategica delle risorse umane e strategie di copertura del fabbisogno.....	79
3.3.3. Piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.R.R.) – Lo scenario della ASL Roma 4 .....	79
3.3.4. Formazione del personale.....	82
<b>4. MONITORAGGIO</b> .....	84



## PREMESSA

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

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

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

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

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

<b>Denominazione</b>	ASL Roma 4
<b>Sede legale</b>	Civitavecchia, via Terme di Traiano, 39/a
<b>Codice Fiscale/P.IVA</b>	04743741003
<b>Direttore Generale</b>	Cristina Matranga
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.aslroma4.it">www.aslroma4.it</a>
<b>Numero Telefono</b>	06 96669 100
<b>PEC</b>	<a href="mailto:protocollo@pec.aslroma4.it">protocollo@pec.aslroma4.it</a>

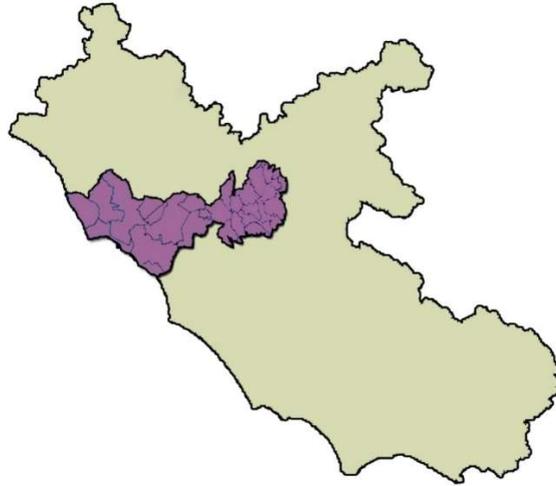
Il logo ufficiale è costituito dalla scritta «SISTEMA SANITARIO REGIONALE - ASL ROMA 4» e dal simbolo sotto rappresentato.



### 1. La ASL Roma 4: il contesto territoriale

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

L'Azienda (Figura 1) si estende su un territorio di circa 1.317 Km<sup>2</sup> e comprende 28 Comuni. La popolazione residente è pari a 320.853 abitanti (Fonte ISTAT 01/01/2021) con una densità media di circa 243,62 abitanti per km<sup>2</sup>. Il territorio della Asl si sviluppa entro un arco di oltre 160 Km, partendo da Nord-Est, ai confini di Roma, fino ad Ovest, ai margini costieri della provincia di Viterbo.

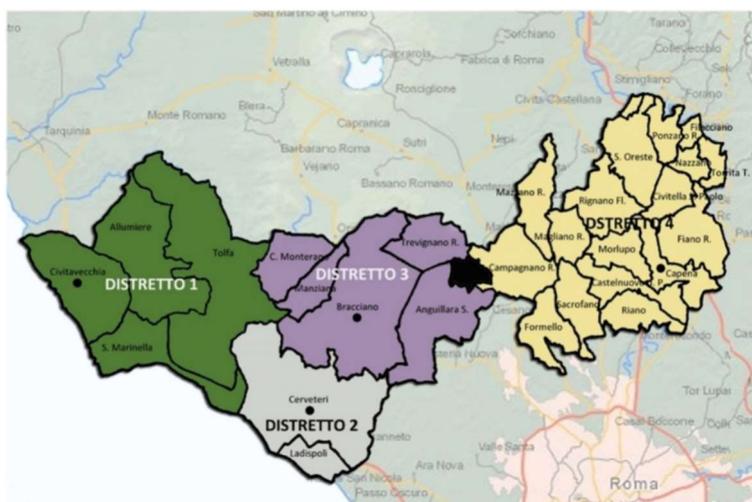


**FIGURA 1**

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

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

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



**FIGURA 2**

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

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

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

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

Da sottolineare che il 20,5% della popolazione risulta avere più di 65 anni. Il territorio, inoltre, secondo fonti ISTAT, presenta un’importante presenza di insediamenti sul territorio di nuclei di

popolazione immigrata, comunitaria ed extra comunitaria, particolarmente consistente nei distretti 2 e 4. Inoltre, è ragionevole immaginare che l'immigrazione sommersa sia ancora largamente rappresentata in tutta la ASL ed il fenomeno sia destinato ad aumentare. Di seguito I grafiche rappresentano la popolazione, riferita all'anno 2020.

### Popolazione residente

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ASL Roma 4 Distretto F1	Maschi	38.636	38.651	38.867	38.946	39.100	39.013	38.918	38.869	38.852	37.987	38.243
	Femmine	41.575	41.620	41.829	41.970	42.024	41.948	41.906	41.788	41.799	40.710	41.001
	<b>Totale</b>	<b>80.211</b>	<b>80.271</b>	<b>80.696</b>	<b>80.916</b>	<b>81.124</b>	<b>80.961</b>	<b>80.824</b>	<b>80.657</b>	<b>80.651</b>	<b>78.697</b>	<b>79.244</b>
ASL Roma 4 Distretto F2	Maschi	38.093	37.764	38.020	37.786	38.217	38.461	38.648	38.981	39.035	37.653	37.963
	Femmine	39.171	39.021	39.475	39.407	39.888	40.058	40.285	40.600	40.632	39.175	39.701
	<b>Totale</b>	<b>77.264</b>	<b>76.785</b>	<b>77.495</b>	<b>77.193</b>	<b>78.105</b>	<b>78.519</b>	<b>78.933</b>	<b>79.581</b>	<b>79.667</b>	<b>76.828</b>	<b>77.664</b>
ASL Roma 4 Distretto F3	Maschi	26.461	26.542	26.923	27.149	27.256	27.335	27.371	27.365	27.233	26.962	26.671
	Femmine	28.176	28.170	28.615	28.759	28.998	29.003	28.929	28.893	28.847	28.506	28.386
	<b>Totale</b>	<b>54.637</b>	<b>54.712</b>	<b>55.538</b>	<b>55.908</b>	<b>56.254</b>	<b>56.338</b>	<b>56.300</b>	<b>56.258</b>	<b>56.080</b>	<b>55.468</b>	<b>55.057</b>
ASL Roma 4 Distretto F4	Maschi	52.681	52.530	53.549	53.929	54.354	54.502	54.825	54.915	55.300	53.667	53.627
	Femmine	54.111	54.037	55.203	55.649	56.158	56.271	56.472	56.497	56.789	55.046	55.261
	<b>Totale</b>	<b>106.792</b>	<b>106.567</b>	<b>108.752</b>	<b>109.578</b>	<b>110.512</b>	<b>110.773</b>	<b>111.297</b>	<b>111.412</b>	<b>112.089</b>	<b>108.713</b>	<b>108.888</b>
<b>Totale ASL ROMA 4</b>	Maschi	155.871	155.487	157.359	157.810	158.927	159.311	159.762	160.130	160.420	156.269	156.504
	Femmine	163.033	162.848	165.122	165.785	167.068	167.280	167.592	167.778	168.067	163.437	164.349
	<b>Totale</b>	<b>318.904</b>	<b>318.335</b>	<b>322.481</b>	<b>323.595</b>	<b>325.995</b>	<b>326.591</b>	<b>327.354</b>	<b>327.908</b>	<b>328.487</b>	<b>319.706</b>	<b>320.853</b>

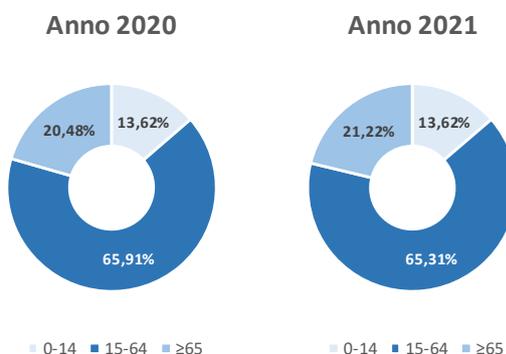
Fonte dati: www.demo.istat.it



Fonte dati: www.demo.istat.it

### Popolazione per classi di età

	2020			2021		
	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Distretto F1	12,69%	63,94%	23,37%	12,69%	63,53%	23,95%
Distretto F2	13,32%	67,34%	19,33%	13,32%	66,67%	20,09%
Distretto F3	13,41%	65,33%	21,26%	13,41%	64,84%	22,02%
Distretto F4	14,60%	66,61%	18,79%	14,60%	65,86%	19,64%
<b>ASL Roma 4</b>	<b>13,62%</b>	<b>65,91%</b>	<b>20,48%</b>	<b>13,62%</b>	<b>65,31%</b>	<b>21,22%</b>

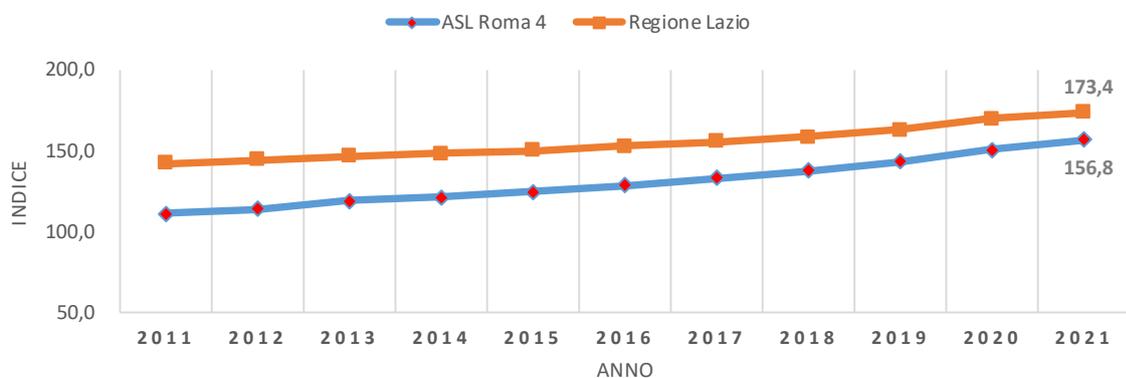


Fonte dati: www.demo.istat.it

## Indice di vecchiaia ASL Roma 4 e dettaglio Distretti

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Distretto F1	146,7	150,0	155,3	158,3	160,6	164,3	168,5	172,3	176,8	184,2	191,3
Distretto F2	98,2	101,4	108,2	110,3	116,5	121,0	126,0	130,5	136,9	145,1	150,2
Distretto F3	116,0	118,5	123,4	125,1	129,1	135,1	140,3	145,1	151,8	158,6	167,5
Distretto F4	95,1	97,5	101,2	102,8	105,6	108,5	112,7	117,5	122,3	128,7	134,7
<b>ASL Roma 4</b>	<b>111,1</b>	<b>113,9</b>	<b>118,9</b>	<b>120,9</b>	<b>124,7</b>	<b>128,6</b>	<b>133,2</b>	<b>137,7</b>	<b>143,2</b>	<b>150,4</b>	<b>156,8</b>
<b>Regione Lazio</b>	<b>142,0</b>	<b>144,0</b>	<b>146,7</b>	<b>148,0</b>	<b>149,8</b>	<b>152,9</b>	<b>155,5</b>	<b>158,5</b>	<b>162,6</b>	<b>169,3</b>	<b>173,4</b>

## Indice di vecchiaia ASL Roma 4



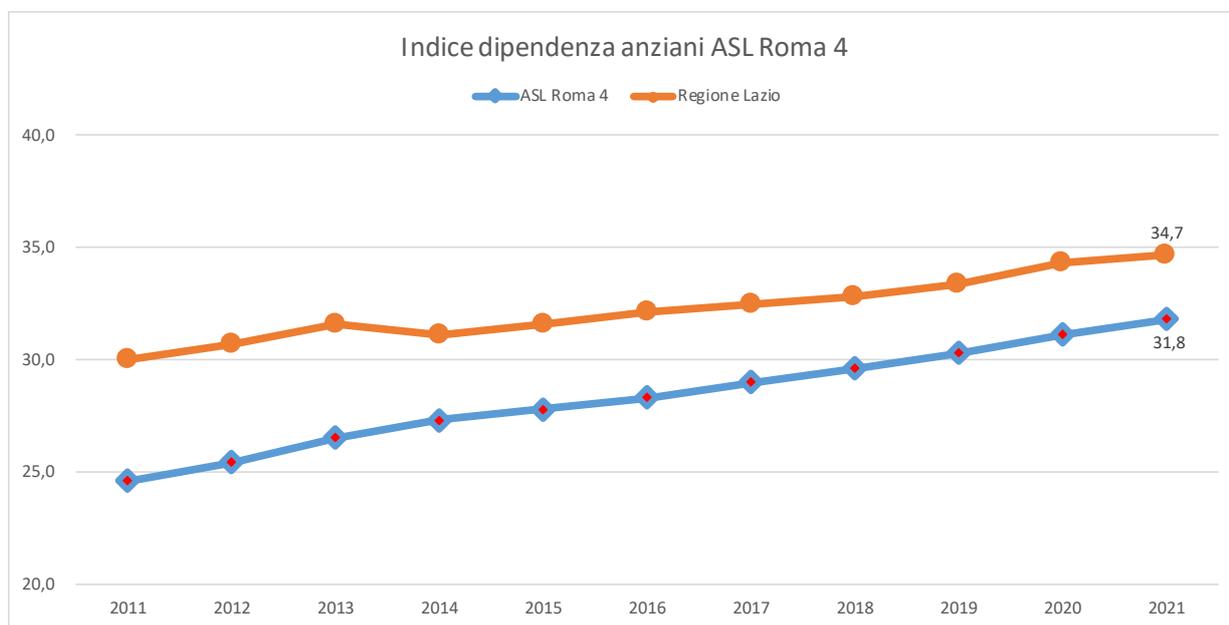
Fonte dati: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)

## Indice dipendenza anziani ASL Roma 4

Valore per x1000 abitanti

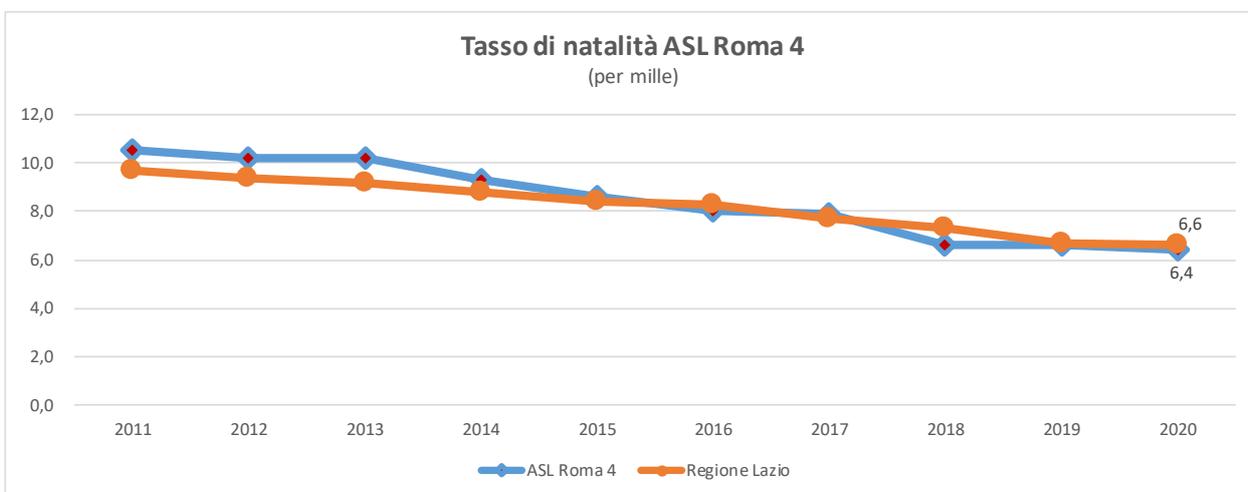
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Maschi	21,7	22,5	23,7	24,5	24,9	25,4	26,0	26,5	27,2	27,9	28,6
Femmine	27,4	28,1	29,3	30,0	30,6	31,2	31,9	32,6	33,4	34,2	34,9
ASL Roma 4	<b>24,6</b>	<b>25,4</b>	<b>26,5</b>	<b>27,3</b>	<b>27,8</b>	<b>28,3</b>	<b>29,0</b>	<b>29,6</b>	<b>30,3</b>	<b>31,1</b>	<b>31,8</b>
Regione Lazio	<b>30,0</b>	<b>30,7</b>	<b>31,6</b>	<b>31,1</b>	<b>31,6</b>	<b>32,1</b>	<b>32,5</b>	<b>32,8</b>	<b>33,4</b>	<b>34,3</b>	<b>34,7</b>

Fonte dati: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)



### Tasso di natalità ASL Roma 4 e dettaglio Distretti

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Distretto F1	9,2	9,5	9,1	8,1	8,1	8,0	7,6	6,1	6,1	5,9	ND
Distretto F2	10,7	10,5	10,4	8,6	8,0	7,9	7,9	6,4	6,4	6,2	ND
Distretto F3	10,1	9,3	9,1	9,9	8,1	6,9	7,6	5,9	5,9	5,9	ND
Distretto F4	11,4	11,0	11,4	10,3	9,6	8,8	8,3	7,4	7,4	7,3	ND
ASL Roma 4	<b>10,5</b>	<b>10,2</b>	<b>10,2</b>	<b>9,3</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>7,9</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>	<b>6,4</b>	<b>ND</b>
Regione Lazio	<b>9,7</b>	<b>9,4</b>	<b>9,2</b>	<b>8,8</b>	<b>8,4</b>	<b>8,3</b>	<b>7,7</b>	<b>7,3</b>	<b>6,7</b>	<b>6,6</b>	<b>ND</b>



## 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1. Valore Pubblico

#### 2.1.1. Mission

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

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

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

La nuova Direzione aziendale, nei primi mesi del 2022, ha avviato un processo di pianificazione al fine di definire un indirizzo strategico e fissare gli obiettivi di breve e lungo termine, giungendo all'adozione del Piano strategico triennale 2022-2024 ([Piano strategico triennio 2022-2024](#)), avvenuto con la deliberazione DG n. 920 del 20 ottobre 2022.

Metodologicamente è stata scelta la tecnica bottom-up, coinvolgendo i maggiori interlocutori aziendali per formulare contenuti progettuali, con proposte riferite alle cinque sfide che l'Azienda si prefigge di superare:

- o Sviluppo
- o Funzionamento
- o Integrazione
- o Innovazione
- o Equità

Il Piano, per lo specifico contesto storico nazionale ed internazionale, sottolinea l'importanza della realizzazione di quanto progettato con le risorse stanziare per la Missione 6-Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Per questo motivo, tra le finalità principali troviamo la creazione di reti di prossimità e di strutture intermedie e l'implementazione della telemedicina per la riorganizzazione dell'offerta sanitaria territoriale così come definita nelle Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal PNRR e dal DM 77/2022.

La realizzazione del Piano porterà, da un lato, alla riprogettazione delle strutture e dei processi aziendali con lo sviluppo di sistemi operativi finalizzati a garantire un'adeguata governance, dall'altro, alla definizione, progettazione ed implementazione di un nuovo modello di rete di offerta (ospedaliera e territoriale) teso ad una più efficace integrazione con tutti i servizi socio sanitari, compresi quelli offerti dal Privato, che parta dai bisogni di salute e definisca la gestione attiva dei ruoli nell'ambito della rete.

I prossimi anni saranno orientati al perseguimento delle cinque sfide così come definite nel presente documento, consapevoli che tutto è perfettibile e che quanto pianificato, se necessario, potrà subire modifiche e miglioramenti in corso d'opera.

### **2.1.2. Come operiamo**

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

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

Il nuovo assetto organizzativo previsto dal nuovo Atto Aziendale adeguerà l'organizzazione delle aziendali alle nuove esigenze operative derivanti dall'adozione del Piano Strategico 2022/2024, con una modifica dell'articolazione delle strutture operative finalizzata al conseguimento degli obiettivi strategici fissati dal Piano.

L'Azienda è organizzata in:

- N. 4 Dipartimenti
- N. 1 Dipartimento interaziendale
- N. 4 Distretti
- N. 6 Aree funzionali
- N. 82 Unità Operative (di cui: n. 35 UOC [n. 14 ospedaliere, n. 21 territoriali] – n. 47 UOS [n. 16 ospedaliere, n. 31 territoriali]).

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

L'organizzazione Aziendale è desumibile dall' [Atto Aziendale ASL Roma 4](#)

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

- Polo Ospedaliero, composto dall'Ospedale S. Paolo di Civitavecchia, dall'Ospedale Padre Pio di Bracciano e dall'Hospice oncologico presso il Distretto F1;
- Distretto Sociosanitario F1, con sede a Civitavecchia;
- Distretto Sociosanitario F2, con sede a Ladispoli;
- Distretto Sociosanitario F3, con sede a Bracciano;
- Distretto Sociosanitario F4, con sede a Capena.

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

### **2.1.3. Prevenzione Collettiva e sanità Pubblica**

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

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

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

I principali servizi del Dipartimento di Prevenzione sono:

- il Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro che garantisce il benessere e la tutela della salute dei lavoratori nel rispetto della normativa vigente e gestisce le attività di laboratorio d'Igiene Industriale.

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) che si occupa della profilassi delle malattie infettive e parassitarie, della prevenzione dei rischi sanitari negli ambienti di vita e del procedimento di autorizzazione e Accreditamento Strutture sanitarie e socio sanitarie.
- Servizio Vaccinazioni che si occupa delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e degli screening per la diagnosi precoce.

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

#### **2.1.4. Assistenza Territoriale**

L'assistenza territoriale, nella sua specifica articolazione operativa dislocata nei 4 Distretti sociosanitari, intende realizzare un'ottimizzazione delle risorse e il mantenimento di un'assistenza adeguata ai bisogni dell'utenza.

I più importanti ambiti assistenziali dei distretti sono i seguenti:

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

La rete dell'offerta è riassunta nelle seguenti tabelle.

<b>Elenco Strutture</b>		<b>Distribuzione per distretto</b>			
		<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>
N. Distretti	4	1	1	1	1
N. Poliambulatori	11	4	1	3	3
N. Case della Salute	1		1		
N. Consultori	10	2	2	2	4
N. Centri Vaccinali	14	4	2	3	5
N. TSMREE	4	1	1	1	1
N. Strutture Riabilitative ex art. 26	2	1	1		
N. Hospice	1	1			
N. Centri Diurni e residenzialità	4	1	1	1	1
N. SERD	3	1		1	1
N. CSM	4	1	1	1	1
- MMG	208	57	47	38	66
<i>di cui in UCP</i>	181	53	37	31	60
- PLS	41	8	11	7	15
<i>di cui in UCPP</i>	36	7	9	6	14
- Ore settimanali specialistica ambulatoriale	2.097	661	492	265	679

#### Rete dell'offerta delle strutture accreditate per tipologia e assistenza erogata:

<b>Tipo Struttura</b>	<b>Tipo assistenza</b>										
	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai malati terminali	Assistenza anziani	Assistenza dipendenze	Assistenza idrotermale	Assistenza psichiatrica	Attività clinica	Attività di laboratorio	Diagnostica strumentale e per immagini	ex art. 26 L.833/78	Totale
Ambulatorio/Laboratorio	1						5	8	9		<b>23</b>
Altro tipo di struttura		1	12	5	1	6				11	<b>36</b>

#### **2.1.5. Assistenza Ospedaliera**

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

Le tabelle che seguono riportano il numero dei posti letto, una per presidio ospedaliero, per un totale di 260, così come determinato dalla DGR G07512 del 16/02/2021.

**12004500 - SAN PAOLO - Civitavecchia (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)**

			<i>PL Programmati</i>		
AFO	Codice disciplina	Descrizione	ORD	DH	TOT
1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		12	12
	08	CARDIOLOGIA	12		12
	26	MEDICINA GENERALE	50		50
	40	PSICHIATRIA	16		16
<b>Totale</b>			<b>78</b>	<b>12</b>	<b>90</b>
2-C	09	CHIRURGIA GENERALE	16		16
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	4		4
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	21		21
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		5	5
<b>Totale</b>			<b>41</b>	<b>5</b>	<b>46</b>
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	12		12
	50	UNITA' CORONARICA	4		4
	51	ASTANTERIA/BREVE OSS,,/MEDICINA D'URGENZA	10		10
<b>Totale</b>			<b>26</b>	<b>0</b>	<b>26</b>
4-MP	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	16		16
	39	PEDIATRIA	3		3
	62	NEONATOLOGIA	2		2
<b>Totale</b>			<b>21</b>	<b>0</b>	<b>21</b>
<b>Totale SAN PAOLO</b>			<b>166</b>	<b>17</b>	<b>183</b>

**12005900 - PADRE PIO - Bracciano (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)**

			<i>PL Programmati</i>		
AFO	Codice disciplina	Descrizione	ORD	DH	TOT
1-M	26	MEDICINA GENERALE	20	2	22
<b>Totale</b>			<b>20</b>	<b>2</b>	<b>22</b>
2-C	09	CHIRURGIA GENERALE	17		17
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8		8
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		8	8
<b>Totale</b>			<b>25</b>	<b>8</b>	<b>33</b>
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	2		2
<b>Totale</b>			<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
6-PA	60	LUNGODEGENTI	20		20
<b>Totale</b>			<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>Totale PADRE PIO</b>			<b>67</b>	<b>10</b>	<b>77</b>
<b>Totale Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano</b>			<b>233</b>	<b>27</b>	<b>260</b>

### 2.1.6. Programmazione economica ed obiettivi di attività per l'esercizio 2023

In sede di Preventivo 2023, si ritiene opportuno rappresentare le principali voci e andamenti economici che sono stati rilevati negli ultimi anni, al fine di consentire ogni migliore valutazione.

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

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

I risultati d'esercizio nel periodo (2016/2021)

Risultato d'esercizio valori in €/000	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Perdita/Utile d'esercizio	0	0	0	0	0	0

La tabella che segue riporta il trend della quota del F.S.R. dall'esercizio 2016.

Quota F.S.R. valori in €/000	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	BEP 2022	BEP 2023
<b>Contributi ordinari</b> (Quota F.S. regionale indistinto)	479.330	479.917	492.876	494.419	521.695	535.847	542.178	577.049

### Costi

La previsione dei costi del 2023 tiene conto degli andamenti degli anni precedenti e delle variazioni stimabili.

CODICE MIN	CODICE	COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	BEP 2022	BEP 2023
			534.612.109	556.870.041	585.446.923	571.556.334	605.939.661
BA0010	B.1	Acquisti di beni	47.779.649	51.925.961	54.617.520	52.628.537	57.674.890
BA0390	B.2	Acquisti di servizi	394.105.033	403.163.436	421.210.168	406.378.017	431.599.317
BA1910	B.3	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	3.770.747	2.593.806	3.174.093	3.375.371	3.965.785
BA1990	B.4	Godimento di beni di terzi	3.920.646	5.534.397	6.704.778	6.795.000	5.330.000
BA2090	B.5	Personale del ruolo sanitario	64.831.405	69.750.969	71.839.477	73.722.452	76.959.563
BA2230	B.6	Personale del ruolo professionale	191.215	191.853	216.672	257.248	377.350
BA2320	B.7	Personale del ruolo tecnico	4.277.714	4.431.533	4.800.418	5.238.877	5.249.891
BA2410	B.8	Personale del ruolo amministrativo	8.735.808	8.152.309	7.956.632	8.807.859	8.822.592
BA2500	B.9	Oneri diversi di gestione	1.165.717	1.232.397	1.304.447	1.407.976	1.441.090
BA2570	B.10	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	68.673	57.985	139.676	670.281	650.596
BA2580	B.11	Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	3.254.317	3.934.918	6.603.823	6.564.114	7.747.930
BA2630	B.12	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0	0	0
BA2660	B.13	Variazione delle rimanenze	-2.718.398	-57.714	174.983	0	0
BA2690	B.14	Accantonamenti dell'esercizio	5.229.583	5.958.191	6.704.238	5.710.603	6.120.658

## **Ricavi**

L'aumento della quota, come da indicazioni regionali al momento, fornisce la totale copertura economica:

CODICE MIN	CODICE	VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	BEP 2022	BEP 2023
			539.184.085	565.326.193	593.155.730	579.876.141	614.712.361
AA0010	A.1	Contributi in c/esercizio	509.177.000	535.437.389	546.817.156	554.519.629	588.576.541
AA0240	A.2	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.693.763	-4.282.305	-6.514.026	-7.965.487	-10.337.803
AA0270	A.3	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0	0	3.339.864	0	0
AA0320	A.4	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	24.260.705	21.178.598	25.146.347	22.140.002	23.621.726
AA0750	A.5	Concorsi, recuperi e rimborsi	2.380.292	7.446.247	16.041.238	2.248.573	2.485.973
AA0940	A.6	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.822.629	1.565.282	1.745.808	1.912.062	1.963.159
AA0980	A.7	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	2.885.437	3.551.606	6.298.020	6.640.422	7.953.049
AA1050	A.8	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0	0	0
AA1060	A.9	Altri ricavi e proventi	351.787	429.375	281.324	380.941	449.715

Nonostante con il DL 24 marzo 2022, n. 24 sia stata decretata la cessazione dell'emergenza da Covid-19 a decorrere dal 1 aprile 2022, il 2023 risentirà ancora di un trascinarsi di costi necessari per far fronte al fenomeno emergenziale, tenendo ben presente che l'obiettivo precipuo sia quello di rientrare progressivamente ad una gestione ordinaria.

### 2.1.7. Creazione del Valore pubblico

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

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

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

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

- *Eguaglianza*: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- *Partecipazione*: l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- *Rispetto della dignità umana*;
- *Equità e imparzialità* vengono garantite al cittadino *per l'accesso e per il trattamento*;
- *Diritto di scelta*: il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare, ovunque sul territorio nazionale ed europeo, nei limiti previsti dalla normativa;
- *Efficienza ed Efficacia* sanitaria: i servizi sanitari pubblici devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido ed un'economicità nell'impiego delle risorse;
- *Continuità*: il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo regolare e continuo;
- *Trasparenza*: i cittadini e le associazioni di rappresentanza hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane come impegno ad utilizzare in maniera ottimale il bene pubblico;

- *Centralità della Persona*: il cittadino è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico;
- *Umanizzazione*: le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico.

Per rispettare il dettato normativo in merito al *Valore Pubblico*, si sono scelte 7 linee progettuali per sviluppare strategie tese al miglioramento del benessere del cittadino e in generale a di tutti gli stakeholders.

Il benessere è riferito complessivamente livello economico, sociale, ambientale e sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders.

Per misurare il grado di benessere si farà riferimento agli indicatori riportati nel paragrafo della performance.

Il quadro sotto riportato illustra le 7 linee progettuali scelte.

Politica		Progetti	Valore Pubblico
1	<i>Politiche di digitalizzazione</i>	Telemedicina	Le sette linee progettuali di fianco riportate sono tese a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento del benessere sociale degli utenti/pazienti e degli stakeholder. Ciò avverrà mediante: - la riduzione delle disuguaglianze rispondendo al bisogno di salute in tutto il territorio aziendale; - la presa in carico dei pazienti fragili per favorire il loro benessere psicofisico ed il benessere economico e sociale dei loro congiunti; - l'implementazione delle reti specialistiche per favorire la presa in carico precoce di patologie croniche, gravi e invalidanti, anche in termini di prevenzione.
2	<i>Politiche per la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni e ai servizi socio-sanitari</i>	Riorganizzazione servizi territoriali attraverso PNRR: il modello Fiano	
		Implementazione Rete cure oncologiche e cure palliative	
		Implementazione Rete diabetologica	
		Il Laboratorio equo	
3	<i>Politiche di integrazione e di piena accessibilità al SSN</i>	Progetto Autismo	
		La Asl si presenta	

## 2.2. Performance

Introdotta dal d.lgs. 150/2009 poi modificata dal d.lgs. 74/2017, il Sistema di misurazione e valutazione delle performance (SMVP) costituisce l'insieme dei principi, metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la programmazione, il monitoraggio, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione dei risultati dell'Azienda, posti in relazione con i soggetti e le strutture coinvolte nei processi produttivi aziendali. L'attuazione di tale Sistema consente quindi una puntuale valutazione dei risultati ottenuti dall'Azienda (performance strategica), dalle singole strutture operative in cui la stessa si articola (performance organizzativa) e dalla correlata performance individuale dei singoli dipendenti, nel rispetto dei vigenti Contratti nazionali di riferimento (Contratto Dirigenza area Sanità, Contratto Dirigenza Funzioni Locali e Contratto del Comparto Sanità). Tutte queste informazioni sono contenute nel nuovo SMVP in fase di adozione presso la Asl Roma 4.

Il Piano della Performance, redatto secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica, è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance ossia al processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, di monitoraggio, di misurazione e di valutazione. In particolare il documento definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale (Responsabile di CdR) ed i relativi indicatori.

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

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

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

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

Il nuovo Piano della Performance aziendale è basato sul processo di pianificazione avviato dalla Direzione Aziendale nei primi mesi dell'anno 2022 che si è concluso con l'adozione del Piano Strategico Aziendale nel quale è stato definito l'indirizzo strategico e sono stati fissati gli obiettivi di breve e lungo termine ([Deliberazione dg n. 920/2022 – Adozione del Piano strategico triennio 2022-2024](#)). In particolare il Piano, per lo specifico contesto storico nazionale ed internazionale, sottolinea l'importanza della realizzazione di quanto progettato con le risorse stanziare per la Missione 6-Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e per questo motivo, tra le finalità principali troviamo la creazione di reti di prossimità e di strutture intermedie e l'implementazione della telemedicina per la riorganizzazione dell'offerta sanitaria territoriale così come definita nelle Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal PNRR e dal DM 77/2022.

Proprio in considerazione ed in applicazione del dettato normativo di cui al DM 77/2022 tenuto conto, altresì degli interventi futuri tesi alla realizzazione dei progetti avviati al fine di ottemperare alle previsioni di cui al PNRR, la Direzione Generale, in occasione della presentazione del Piano strategico, ha calendarizzato una serie di incontri tesi alla condivisione delle linee di attività intraprese o da intraprendere. La Direzione ha incontrato stakeholders non solo interni, ma anche esterni e destinatari dell'assistenza territoriale, focus della Missione 6 del PNRR, che avvicina sempre più l'Azienda al paziente utente. Utili incontri che hanno portato ad un confronto costruttivo tra l'Azienda e le Amministrazioni territoriali, le Parti Sociali, le Organizzazioni Sindacali, nonché le Associazioni civiche di volontariato, che con le loro rappresentanze hanno dato un contributo all'azione amministrativa.

La realizzazione del Piano porterà, da un lato, alla riprogettazione delle strutture e dei processi aziendali con lo sviluppo di sistemi operativi finalizzati a garantire un'adeguata governance, dall'altro, alla definizione, progettazione ed implementazione di un nuovo modello di rete di offerta (ospedaliera e territoriale) teso ad una più efficace integrazione con tutti i servizi socio sanitari, compresi quelli offerti dal Privato, che parta dai bisogni di salute e definisca la gestione attiva dei ruoli nell'ambito della rete.

L'obiettivo della programmazione strategica di un'Azienda sanitaria risulta essere in primis quello di garantire l'assistenza migliore ai cittadini secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, economicità, qualità e sicurezza. Le "sfide" che l'ente intende perseguire sono:

#### *Sfida 1 - Sviluppo*

L'attività di sviluppo permette alle aziende di estendersi, ampliarsi, potenziarsi e progredire. Lo sviluppo dei processi di reclutamento e delle competenze delle risorse umane rappresenta uno dei più importanti obiettivi aziendali in quanto il personale rappresenta il principale capitale da curare, monitorare e sul quale investire per migliorare l'intera azienda, soprattutto se si tratta di un'azienda sanitaria nella quale i servizi offerti al cittadino sono fortemente influenzati dalla componente

umana. Un altro aspetto importante è lo sviluppo della comunicazione aziendale che permette di far conoscere agli utenti ed agli stakeholder l'offerta sanitaria nel suo complesso e di avvicinare sempre più il cittadino alle istituzioni. La sfida è così articolata:

- 1.1 - Fidelizzazione e gratificazione del personale
- 1.2 - Potenziamento e sviluppo delle competenze
- 1.3 - Miglioramento e diffusione della cultura organizzativa
- 1.4 - Marketing e comunicazione

### *Sfida 2 - Funzionamento*

Le strutture sanitarie pubbliche sono molto complesse da governare soprattutto per i compiti particolarmente impegnativi che ne derivano dal fatto di non avere come fine ultimo il profitto, ma la salute delle persone. Esse devono quindi poter contare su un'organizzazione efficiente e nel contempo in grado di assicurare una buona efficacia rispondendo alla necessità di prestazioni ed utilizzando razionalmente le risorse ad esse affidate. Per poterne migliorare il funzionamento, è talvolta necessario pensare ad una riorganizzazione e miglioramento dei processi aziendali. Per questi motivi, la sfida si articola in:

- 2.1 - Revisione dell'assetto organizzativo
- 2.2 - Sviluppo del processo di reclutamento delle risorse
- 2.3 - Miglioramento dei processi e modelli di governance

### *Sfida 3 - Integrazione*

Integrare significa intervenire in modo congiunto e quindi raccordare le diverse entità aziendali al fine di migliorare la presa in carico dei bisogni del cittadino-utente e l'offerta dei servizi. La sfida si articola in:

- 3.1 - Miglioramento e sviluppo dell'integrazione tra gli ospedali ed il territorio
- 3.2 - Miglioramento e sviluppo dell'integrazione tra i due Ospedali
- 3.3 - Miglioramento e sviluppo dell'integrazione tra i diversi setting assistenziali
- 3.4 - Sviluppo dell'integrazione attraverso la gestione delle relazioni esterne

### *Sfida 4 - Innovazione*

Innovare significa investire sul futuro ovvero mettere in atto azioni ed ottenere un ritorno dell'investimento in un futuro prossimo. Le principali innovazioni passano quindi da importanti investimenti che l'azienda si pone di mettere in campo, dove un ruolo fondamentale viene svolto, in questo preciso momento storico, dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. La sfida è così articolata:

- 4.1 - Sviluppo della ASL attraverso investimenti strategici cofinanziati (PNRR)
- 4.2 - Sviluppo della ASL attraverso il Piano Investimenti

#### 4.3 - Ricerca e innovazione

##### *Sfida 5 - Equità*

L'equità è intesa come ripensamento e riorganizzazione dei servizi in chiave di riduzione delle disuguaglianze di accesso della popolazione alle prestazioni ed ai servizi socio sanitari. La sfida comprende:

5.1 Politiche per la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni e ai servizi socio Sanitari

Gli obiettivi principali che si intendono raggiungere sono indicati nelle politiche aziendali che l'Azienda intende perseguire e sono di seguito elencate:

### **Politiche Performance anno 2023**

<b>Politica</b>		<b>Progetti</b>	
<b>1</b>	<i>Politiche di digitalizzazione</i>	<b>1.1</b>	Transizione digitale
		<b>1.2</b>	Telemedicina
<b>2</b>	<i>Politiche per la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni e ai servizi socio-sanitari</i>	<b>2.1</b>	Riorganizzazione servizi territoriali attraverso PNRR: il modello Fiano Romano
		<b>2.2</b>	Implementazione Rete cure oncologiche e cure palliative
		<b>2.3</b>	Implementazione Rete diabetologica
		<b>2.4</b>	Il Laboratorio equo
<b>3</b>	<i>Politiche di integrazione e di piena accessibilità al SSN</i>	<b>3.1</b>	Percorsi di integrazione tra i due presidi ospedalieri
		<b>3.2</b>	Progetto Autismo
		<b>3.3</b>	La Asl si presenta

## 1. Politiche di digitalizzazione

<b>Progetto</b>	<b>1.1 Transizione digitale</b>	
<b>Unità Operativa referente</b>	<i>UOC Tecnologie Biomediche e Sistemi Informatici</i>	
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	<i>Direzioni Sanitarie di Distretto e Ospedaliera, tutte le UU.OO. Sanitarie, DAPSS, Area del Farmaco, UOC Bilancio, UOSD Affari Generali e legali, UOC Provveditorato, UOC Tecnica</i>	
<b>Stakeholder</b>	<i>Tutte le UU.OO aziendali, cittadini/utenti</i>	
<b>Termine di realizzazione</b>	<i>entro dicembre 2024</i>	
<b>Traguardo atteso 2023</b>	Potenziamento ed evoluzione dei sistemi amministrativo contabili (migrazione tecnologica da Oliamm ad Areas, introduzione work flow automatico di liquidazione, gestione informatizzata dei sinistri, contenziosi e pratiche legali, gestione informatizzata del CIG e degli adempimenti ad esso connessi, gestione informatizzata dell'URP integrato con il protocollo informatico, informatizzazione dei processi di protocollazione e gestione Atti e delibere integrati con i sistemi Gestionali e del Contenzioso) e arricchimento e sostituzione moduli del Sistema Informativo Clinico (SIC) in essere (ADT centralizzato, Cartella Clinica Elettronica aziendale, informatizzazione Registro di Sala Operatoria, farmacoterapia sicura con prescrizione informatizzata con i carrelli di reparto, CCE oncologica e allestimento terapie antitumorali)	
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	Tutte le attività relative al potenziamento ed evoluzione dei sistemi amministrativo-contabili sono già state avviate e si concluderanno entro l'anno 2023, mentre per quanto concerne il SIC le attività inizieranno a breve e termineranno nel 2024	
<b>Misurazione obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore atteso</b>
	% credenziali utenti rilasciate per accesso Areas/tot dipendenti che hanno diritto accesso Areas	100% entro dicembre 2023
	% sinistri, contenziosi e pratiche legali inseriti su portale/tot sinistri, contenziosi e pratiche legali aziendali	100% entro aprile 2023
	% CIG inseriti su portale/tot CIG aziendali	100% entro marzo 2023
	Integrazione URP con protocollo informatico	verbale fine lavori entro luglio 2023
	% atti e delibere aziendali informatizzate/tot atti e delibere aziendali	100% entro aprile 2023
	% interventi inseriti su registro di sala operatoria informatizzato/tot interventi svolti da inserire	100% in entrambi i P.O. entro febbraio 2023
<b>Fonte dati</b>	Servizi informatici aziendali	

## 1. Politiche di digitalizzazione

<b>Progetto</b>	<b>1.2 Telemedicina</b>	
<b>Unità Operativa referente</b>	UOC Tecnologie Biomediche e Sistemi Informatici	
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	UOSD Diabetologia e tutte le UU.OO che utilizzeranno la telemedicina	
<b>Stakeholder</b>	Utenti del SSN	
<b>Termine di realizzazione</b>	entro dicembre 2024	
<b>Traguardo atteso</b>	Implementazione attività di televisita e teleconsulto (implementazione della piattaforma regionale Meteda per la diabetologia con il modulo di Televisita e Teleconsulto entro 2023, integrazione con la piattaforma regionale di Telemedicina), di Telemonitoraggio (acquisizione device COT e piattaforma di interoperabilità COT secondo linee guida regionali, integrazione con la piattaforma regionale di Telemedicina) e di Telerefertazione (Sviluppo telerefertazione cardiologiche (ECG, Holter cardiaco e pressorio entro 2023, Integrazione con la piattaforma regionale di Telemedicina)	
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	Allo stato attuale la telemedicina è già stata avviata in Azienda, ma le implementazioni seguiranno principalmente la tempistica che verrà dettata dalla Regione Lazio	
<b>Misurazione obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore atteso</b>
	% pazienti diabetologici che accedono alla televisita/tot pazienti diabetici che vi possono accedere	70% entro dicembre 2023
	% pazienti diabetologici che accedono al teleconsulto/tot pazienti diabetici che vi possono accedere	70% entro dicembre 2023
	% pazienti che accedono alla telerefertazione cardiologica/tot pazienti che effettuano ECG, Holter cardiaco o pressorio	80% entro settembre 2023
<b>Fonte dati</b>	Piattaforma regionale, servizi Informatici aziendali	

## 2. Politiche per la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni e ai servizi socio-sanitari

<b>Progetto</b>	<b>2.1 Riorganizzazione servizi territoriali attraverso PNRR: Progettare una Casa di Comunità. Il modello Fiano Romano</b>	
<b>Unità Operativa referente</b>	<i>UOC Bilancio</i>	
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	<i>Gruppo PNRR aziendale</i>	
<b>Stakeholder</b>	<i>Utenti del SSN, Comuni, società fornitrici di beni e servizi</i>	
<b>Termine di realizzazione</b>	<i>entro giugno 2023</i>	
<b>Traguardo atteso</b>	Definizione di un nuovo modello di offerta sanitaria che, partendo dallo studio dei bisogni della popolazione e dal confronto con l'assessment dell'attuale offerta di servizi sanitari territoriali, permetta di definire ed integrare un nuovo modello di offerta più consoni ai bisogni degli utenti di ogni singola realtà distrettuale e di sviluppare le funzioni della committenza. Il modello teorico verrà applicato e messo in atto presso la Casa di Comunità di Fiano Romano e costituirà la guida per la costruzione dei modelli di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari per le altre 10 Cdc previste dal PNRR.	
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	E' stato perfezionato il modello teorico.	
<b>Misurazione obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore atteso</b>
	% servizi sanitari attivati c/o Cdc Fiano Romano/tot servizi previsti da modello	100% entro giugno 2023
	Definizione di almeno due ulteriori modelli teorici per altre CdC previste	Entro dicembre 2023
<b>Fonte dati</b>	Carta dei Servizi	

## 2. Politiche per la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni e ai servizi socio-sanitari

<b>Progetto</b>	<b>2.2 Implementazione Rete cure oncologiche e cure palliative</b>	
<b>Unità Operativa referente</b>	UOSD Oncologia	
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	Distretti 1, 2, 3, 4, DAPS, Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero, Pronto Soccorso, UOC Medicina, Hospice, CAD, servizi di supporto (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia, diabetologia).	
<b>Stakeholder</b>	Utenti del SSN, MMG, PLS, Comuni	
<b>Termine di realizzazione</b>	entro dicembre 2024	
<b>Traguardo atteso</b>	Il progetto prevede l'implementazione della Rete delle cure oncologiche attraverso una fidelizzazione del territorio entro l'anno 2023 (creazione eventi formativi per MMG e Terzo settore ed eventi informativi per la popolazione sull'offerta assistenziale per specifiche patologie e situazioni cliniche, creazione di canali dedicati per una più rapida comunicazione con i MMG e l'utenza, organizzazione incontri con MMG per condivisione PDTA aziendali e programmi di screening e di prevenzione), l'apertura di nuovi ambulatori di oncologia e di cure palliative nei Distretti scoperti (entro 2024), l'upgrade organizzativo, assistenziale e professionale attraverso l'apertura di ambulatori multidisciplinari, PDTA, attivazione progetti di ricerca e collaborazione scientifica (anno 2024); l'attivazione e accreditamento della Rete aziendale delle cure palliative (2023-2024) e l'umanizzazione delle cure nel Hospice Chenis	
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	E' già stato effettuato un primo ciclo di eventi formativi e di informazione, è stata avviata la condivisione dei percorsi con MMG, è stato avviato presso l'ambulatorio di cure palliative di Ladispoli un modello innovativo di offerta territoriale per facilitare l'accesso alle cure palliative e di supporto, è stata avviata l'istituzione di gruppi multidisciplinari aziendali per singola patologia oncologica, la formazione operatori in ambito oncologico e cure palliative, l'elaborazione PDTA per tumori principali e l'interazione con centri funzionali di riferimento; per l'umanizzazione si è già provveduto con la riqualificazione della struttura attraverso la street art e l'attivazione della pet therapy.	
<b>Misurazione obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore atteso</b>
	Eventi formativi per MMG e Terzo settore sull'offerta assistenziale per specifiche patologie e situazioni cliniche	n. 3 eventi entro dicembre 2023
	Eventi informativi per la popolazione sull'offerta assistenziale per specifiche patologie e situazioni cliniche	n. 3 eventi entro dicembre 2023
	Eventi formativi/informativi per condivisione dei percorsi, programmi di screening e di prevenzione con MMG	n. 2 eventi entro dicembre 2023
	Creazione indirizzo e-mail e linea telefonica dedicate per comunicazione rapida con i MMG e utenza	Pubblicazione su sito Asl e campagna pubblicitaria entro dicembre 2023
	Creazione PDTA per tumore al polmone e PDTA per tumore al colon-retto	Deliberazione aziendale di approvazione entro dicembre 2023
	Accreditamento presso la Regione della Rete Locale di cure palliative	Documento regione Lazio entro settembre 2023
Creazione roof garden presso Hospice Chenis	Completamento opera entro dicembre 2023	
<b>Fonte dati</b>	Campagne pubblicitarie eventi, Sito Asl, Sito Regione Lazio	

## 2. Politiche per la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni e ai servizi socio-sanitari

<b>Progetto</b>	<b>2.3 Implementazione Rete diabetologica</b>	
<b>Unità Operativa referente</b>	UOSD Diabetologia	
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	Distretti 1, 2, 3, 4, DAPS	
<b>Stakeholder</b>	Utenti del SSN, MMG, PLS, Comuni	
<b>Termine di realizzazione</b>	entro giugno 2024	
<b>Traguardo atteso</b>	Implementazione della Rete Diabetologica aziendale attraverso l'attivazione di ambulatori territoriali (ricognizione sui bisogni assistenziali del territorio, attivazione ambulatorio diabetologico CdC di Fiano Romano, attivazione ambulatori nei territori con offerta assistenziale carente ed elevata mobilità passiva), l'implementazione delle attività di telemedicina non solo come televisita e teleassistenza (scambio di info con pz o caregiver) ma anche sottoforma di teleconsulto e teleconsulenza con altri specialisti e operatori delle professioni sanitarie, l'attivazione di ambulatori diabetologici specializzati in diabete in gravidanza e potenziamento ambulatori "Diabete di tipo1 e tecnologie", creazione di un polo gastro-epato-metabolico, attivazione PDTA Diabete già approvato nel 2017 attraverso organizzazione eventi informativi con MMG e raccolta eventuali adesioni, attivazione PDTA Diabete-Protocollo B1 nonché attività di Audit e monitoraggio attraverso la creazione di gruppi di miglioramento tra Diabetologi e MMG.	
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	Tutte le attività sono già state iniziate, ad eccezione dell'attivazione del PDTA (già approvato) in quanto molto legato alla sensibilità degli MMG	
<b>Misurazione obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore atteso</b>
	Ricognizione e mappatura bisogni assistenziali dei pazienti diabetici	relazione entro aprile 2023
	n. nuovi pazienti presi in carico	> 10% rispetto 2022
	Organizzazione eventi formativi per MMG nei Distretti per attivazione PDTA	n. 3 eventi entro luglio 2023
	n. MMG aderenti/n. MMG invitati	almeno 10%
<b>Fonte dati</b>	Dati UOSD Diabetologia, campagne pubblicitarie	

## 2. Politiche per la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni e ai servizi socio-sanitari

<b>Progetto</b>	<b>2.4 Il Laboratorio equo</b>	
<b>Unità Operativa referente</b>	UOC Laboratorio Analisi	
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	UOC Tecnologie biomediche e servizi informatici, UOC Tecnica, UOC Provveditorato	
<b>Stakeholder</b>	Utenti del SSN	
<b>Termine di realizzazione</b>	entro dicembre 2024	
<b>Traguardo atteso</b>	Il progetto ha l'ambizione di garantire a tutti i cittadini residenti nella Asl Roma 4 la possibilità di eseguire le medesime prestazioni di laboratorio in tutti i presidi, ospedalieri e territoriali, garantire standard qualitativi omogenei sul territorio e implementare la leggibilità dei referti da remoto. Le azioni da intraprendere prevedono l'assessment e verifica dei dati (analisi dei dati storici, ricognizione dei servizi offerti e della strumentazione a disposizione e Interventi per la standardizzazione dell'offerta come la riduzione dei sistemi analitici e l'accentramento della strumentazione in un unico Polo Ospedaliero) e la successiva integrazione intra aziendale – tra Ospedale San Paolo e Ospedale Padre Pio e tra questi ed i presidi territoriali – e interaziendale nella rete hub e spoke con l'Ospedale San Filippo Neri	
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	Avviata la fase di assessment e verificati con esito positivo il grado di integrazione dei sistemi informativi e/o dei LIS all'interno della ASLRoma 4 ed il grado di integrazione dei LIS e i sistemi informativi dell'Hub San Filippo Neri, nonché avviate le relative integrazioni	
<b>Misurazione obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore atteso</b>
	Completamento attività di assessment e verifica dei dati	Relazione finale entro il 30 giugno 2023
	Realizzazione integrazione dei sistemi informativi e/o dei LIS all'interno della ASL Roma 4: azzeramento problemi su flussi informativi	Entro dicembre 2023
	Realizzare integrazione dei LIS e i sistemi informativi dell'Hub San Filippo Neri: azzeramento problemi su flussi informativi	Entro dicembre 2023
<b>Fonte dati</b>	Servizi informatici aziendali	

### 3. Politiche di integrazione e di piena accessibilità al SSN

<b>Progetto</b>	<b>3.1 Percorsi di integrazione tra i due presidi ospedalieri</b>	
<b>Unità Operativa referente</b>	<i>Direzione Sanitaria del Polo Ospedaliero</i>	
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	<i>Tutte le UU.OO. del Polo Ospedaliero</i>	
<b>Stakeholder</b>	<i>Cittadini/Utenti/Pazienti</i>	
<b>Termine di realizzazione</b>	<i>entro dicembre 2024</i>	
<b>Traguardo atteso</b>	<p>Il progetto ha il fine di migliorare e potenziare – anche attraverso un più solido assetto organizzativo ed una maggiore contaminazione delle equipe – l'integrazione tra i due presidi ospedalieri S. Paolo e P. Pio, in particolare attraverso la omogeneizzazione dei seguenti percorsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi chirurgici</li> <li>• Percorsi di diagnosi e cura in area medica</li> <li>• Percorsi dedicati al pz acuto e sovraffollamento del PS</li> <li>• Percorsi post acuzie</li> </ul>	
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	Il progetto si svilupperà in due fasi che hanno preso avvio nel 2022 e sono in corso di realizzazione	
<b>Misurazione obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore atteso</b>
	Omogeneizzazione dei Percorsi chirurgici	Conclusione procedimento entro il 31/12/2023
	Omogeneizzazione dei percorsi di diagnosi e cura in area medica	Avvio procedimento entro settembre 2023
<b>Fonte dati</b>	Relazione della Direzione Sanitaria del Polo Ospedaliero	

### 3. Politiche di integrazione e di piena accessibilità al SSN

<b>Progetto</b>	<b>3.2 Progetto Autismo</b>	
<b>Unità Operativa referente</b>	UOSD TSMREE e transizione età adulta	
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	UOC Non autosufficienza e disabilità adulti...	
<b>Stakeholder</b>	MMG/PLS, genitori dei pazienti, scuole, Comuni, Strutture Accreditate, Associazioni del territorio di riferimento, Strutture utilizzate per l'erogazione dei Piani assistenziali Individuali (P.A.I.), specialisti convenzionati	
<b>Termine di realizzazione</b>	entro marzo 2024	
<b>Traguardo atteso</b>	<p>Il progetto prevede un'attenta analisi dei bisogni e la costruzione di un Piano Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) su supporto digitale che permetta di :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• migliorare la capacità di diagnosi precoce e l'attenzione alla fase di transizione;</li> <li>• snellire i tempi di attesa dell'iter di diagnosi e di intervento, individuando aree di azione, funzioni, compiti e tempistiche per ciascun attore;</li> <li>• ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche;</li> <li>• personalizzare la presa in carico e l'intervento puntando all'effettivo inserimento nel contesto sociale di riferimento, ricorrendo anche alla collaborazione con le associazioni specifiche presenti ed operanti sul territorio.</li> </ul> <p>Per la buona riuscita del progetto, un ruolo fondamentale è ricoperto dalla formazione specifica che dovrà essere prevista per tutti gli operatori i quali dovranno essere :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• formati sull'utilizzo degli strumenti diagnostici e terapeutici coerenti con le linee guida nazionali e internazionali e</li> <li>• sull'acquisizione di tecniche educative ed assistenziali finalizzate all'inclusione sociale e lavorativa</li> </ul>	
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	Il progetto è iniziato a luglio 2022 con l'analisi dei bisogni ad oggi in corso di realizzazione	
<b>Misurazione obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore atteso</b>
	Costruzione di un Piano Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) su supporto digitale	Verbale attestante la realizzazione del supporto digitale entro settembre 2023
	Incontri di formazione sull'utilizzo degli strumenti diagnostici e terapeutici coerenti con le linee guida nazionali e internazionali	Eventi formativi a decorrere da luglio 2023
<b>Fonte dati</b>	UOSD TSMREE e transizione età adulta	

### 3. Politiche di integrazione e di piena accessibilità al SSN

<b>Progetto</b>	<b>3.3 La ASL si presenta</b>
<b>Unità Operativa referente</b>	<i>Ufficio Stampa - Staff della Direzione Generale</i>
<b>Altre UU.OO. Coinvolte</b>	<i>Direzione Strategica, URP</i>
<b>Stakeholder</b>	<i>Tutte le UU.OO aziendali, cittadini/utenti</i>
<b>Termine di realizzazione</b>	<i>entro il 31/12/2023</i>
<b>Traguardo atteso</b>	<p>Il progetto prevede il coinvolgimento e la sinergia dei diversi attori che concorrono al soddisfacimento del bisogno di salute (istituzioni locali, associazioni di volontariato, professionisti della sanità) che permetteranno, attraverso l'utilizzo dei diversi canali e strumenti di comunicazione ( sito aziendale, pagine social, informative, eventi di promozione), di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promuovere i servizi offerti dalla Asl</li> <li>• garantire pari opportunità di accesso alle cure, e di creare una rete sul territorio che integri e metta in relazione i diversi setting assistenziali e li diffonda alla popolazione residente. Si prevede altresì la:</li> <li>• creazione di una rete di informazioni per ogni dipartimento con al vertice l'ufficio stampa che, sotto il controllo della Direzione Generale, sia in grado di comunicare esternamente ed internamente le informazioni e le comunicazioni.</li> </ul>
<b>Baseline (dove siamo oggi)</b>	Le fasi e le attività ad esse connesse prenderanno avvio a decorrere dal mese di febbraio 2023
<b>Misurazione obiettivi</b>	<p>Gli obiettivi previsti sono 2 e saranno misurati al verificarsi della avvenuta realizzazione dell'intero progetto, ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per la Fase 1 "<i>promozione e aggiornamento della Carta dei Servizi</i>", l'adozione della Carta dei Servizi entro il 31/12/2023 sarà il documento comprovante il raggiungimento dell'obiettivo;</li> <li>- per la Fase 2 "<i>reingnerizzazione del sito aziendale</i>", il pieno raggiungimento dell'obiettivo sarà il rilascio del collaudo entro il 31/12/2023 (il documento di collaudo rappresenterà l'attestazione del raggiungimento dello stesso)</li> </ul>
<b>Fonte dati</b>	Documentazione fornita dall'Ufficio Stampa

#### 2.2.1. Performance e politiche di anticorruzione e trasparenza

La correlazione fra la Performance e le politiche di anticorruzione e trasparenza, trattate nel paragrafo 3, è posta in essere con l'individuazione di specifici obiettivi da assegnare, con le schede di budget, ai Responsabili di CdR entro i termini previsti dal Regolamento SMVP.

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

- Rafforzamento dei presidi di prevenzione dei contratti relativi l'utilizzo dei fondi PNRR;
- Rispetto degli obblighi di pubblicazione;
- Mappatura dei processi interni per l'individuazione e l'aggiornamento continuo degli ambiti di rischio corruttivo.

## **2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

### **2.3.1. Normativa di riferimento**

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione)
- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012)
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal D.Lgs. 101/2018
- Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 (Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia. (Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113)
- Decreto del presidente della repubblica 16 aprile 2013, n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2007, n. 165)
- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni
- Decreto del Presidente della Repubblica del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"
- Decreto del Ministro della Funzione Pubblica 30 giugno 2022 n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione".
- Delibere A.N.AC. n. 1310/2016 e 236/2017
- PPNNAA

### 2.3.2. RPCT e gli altri attori a livello aziendale

I soggetti dell'Anticorruzione e della Trasparenza

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

La **Direzione aziendale** (Direttore Generale Dott.ssa Cristina Matranga, Direttore Sanitario Dott.ssa Simona Ursino e Direttore Amministrativo Dott. Roberto Di Cicco), in quanto titolari degli incarichi amministrativi di vertice della struttura, nello svolgimento dei propri compiti previsti dalla legge,

individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), avendo preventivamente verificato la sussistenza dei requisiti di idoneità per lo svolgimento dell'incarico nel rispetto delle disposizioni normative e dei regolamentari/indirizzi in materia; assicura, altresì, che al RPCT siano attribuiti idonee risorse e strumenti per l'espletamento del ruolo, garantendone la piena autonomia, con particolare riferimento ai poteri di vigilanza sull'attuazione effettiva delle misure del Piano e di proposta delle integrazioni e modifiche ritenute opportune. Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e adotta gli atti di indirizzo di carattere generale direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

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

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

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

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

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

**L'Organismo Indipendente di Valutazione OIV**(Dott. Norberto Cau Presidente, Dott. Manuele Bellonzi e Dott. Adriano Scaletta Componenti), così come richiesto sia dai PNA che dalla normativa, ai fini anticorruzione e trasparenza partecipa al processo di gestione del rischio anche formulando pareri e proposte, attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza garantisce coordinamento e collegamento tra le misure anticorruzione e trasparenza ed il sistema di misurazione delle performance assume le seguenti funzioni.

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

**I Dirigenti apicali** della ASL, tra gli altri i compiti loro assegnati, partecipano al processo di gestione del rischio di corruzione, concorrendo alla definizione di misure idonee alla prevenzione del rischio, attraverso il monitoraggio delle attività ed assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza. Tali compiti, possono essere delegati dai Dirigenti apicali ad un referente anticorruzione interno alla Struttura di competenza di propria fiducia, dandone evidenza al RPCT, in ogni caso, l'apicale di riferimento rimane, comunque, responsabile per la supervisione generale del referente e delle attività da questi esercitate per suo conto per effetto dell'incarico conferito.

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

Nel corso del 2022 è cessato il Direttore della UOC Provveditorato, attualmente sostituito nelle funzioni dal Direttore della UOC Tecnologie Biomedicali e Sistemi Informatici, Dott.ssa Annalisa Bononati, all'atto del conferimento del nuovo incarico di Direttore della UOC Provveditorato si provvederà altresì all'aggiornamento del nominativo **RASA**.

### **2.3.3. Emergenza sanitaria da COVID 19**

L'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia ha inciso sull'attività dell'Azienda sia con riferimento alle funzioni istituzionali, tra cui la "sorveglianza sanitaria" sia quale Ente nell'ambito del SSN e SSR. I principali cambiamenti che hanno imposto "modifiche organizzative" derivano dal recepimento delle normative nazionali e regionali e dai provvedimenti presi per far fronte:

- alla situazione epidemiologica territoriale;
- ai nuovi bisogni e aspettative espressi da parte dei cittadini;
- alle esigenze delle parti interessate (MMG, PLS, medici di CA, Farmacie, Comuni, Prefetture, ditte fornitrici DPI, ecc.);
- alla tutela della salute dei lavoratori e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- alla regolamentazione dell'organizzazione e disciplina del lavoro nell'Azienda.

### **2.3.4. Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio**

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

La metodologia qualitativa richiesta dall'ANAC nel PNA 2019 in sostituzione della metodologia quantitativa, consiste, dunque, nell'esaminare tutta l'attività della ASL, in modo da individuare le aree maggiormente esposte al rischio corruzione.

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

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

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

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

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

L'attività è consistita nell'effettuare dei colloqui con gli esecutori dei processi, al fine di descrivere in maniera dettagliata:

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

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

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

Seguendo lo stesso principio di sostenibilità, per ciascuna misura programmata, sono stati individuati degli indicatori di monitoraggio che consentiranno al RPCT, nel corso del 2023, di monitorare che le misure programmate vengano attuate e valutare il grado di efficienza.

I processi così mappati, sono stati riportati in forma tabellare, ritenuta la forma più utile ed intuitiva per rappresentare al meglio il lavoro svolto.

Questo metodo di risk management, ritenuto valido, sarà utilizzato per proseguire, nel corso del 2023, con la mappatura degli altri processi.

### **Valutazione e gestione del rischio**

L'attività di mappatura dei processi è stata effettuata, come già accennato, coinvolgendo direttamente i responsabili della loro attuazione. Ciò ha permesso di individuare le fonti di rischio, sulla base dell'esperienza di ciascun attore che ne prende parte. Si è, perciò, tenuto conto, nella valutazione del rischio, di eventi corruttivi pregressi, segnalazioni pervenute alla ASL, grado di discrezionalità dell'operatore, trasparenza del processo. Il colloquio con il diretto esecutore del

processo, ha, perciò, permesso di capire a pieno le difficoltà e le necessità operative per programmare misure utili.

### **Monitoraggio**

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

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

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

Gli esiti del monitoraggio sulle misure specifiche individuate nelle mappature degli scorsi anni, sono riportati nell'Allegato 1.

### **I risultati della mappatura**

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

Le mappe di rischio così elaborate, sono riportate nell'Allegato 1.

## **2.3.5. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE (C.D. OBBLIGATORIE)**

### **Codice di comportamento**

Il Codice di Comportamento della ASL ROMA 4, da considerarsi parte integrante del sistema anticorruzione implementato, è stato definito sulla base del Codice di Comportamento dei Dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013) tenendo anche in considerazione le indicazioni di ANAC formulate nelle varie release dei PNA e soprattutto delle specifiche "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" di cui alla determinazione n. 358 del 29/03/2017. Sul testo del codice ha espresso parere obbligatorio positivo l'OIV della ASL in data 23/01/2018, segnalando alcune integrazioni recepite nel testo approvato.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tuttavia, a seguito di attenta valutazione, si rileva la necessità di dover aggiornare il Codice di Comportamento attualmente vigente, anche alla luce del Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", approvato dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione Paolo Zangrillo, (reso noto con Comunicato Stampa del Consiglio dei Ministri n.8 del 1/12/2022). Pertanto, vista la sopraggiunta necessità di adeguare il Codice della ASL alle prossime modifiche del Codice Nazionale, si procederà, nel corso del 2023, al necessario aggiornamento.

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

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

professionali per il loro conferimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

- monitoraggio dell'avvenuta acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni sull'apposita sezione trasparenza del sito istituzionale
- conduzione di verifiche a campione o mirate sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, utilizzando gli Uffici aziendali competenti ad acquisire i riscontri documentali necessari<sup>14</sup>
- nel caso in cui venga a conoscenza di casi di possibile violazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 39/2013 (ad es., attraverso segnalazioni interne/esterne):
  - ✓ con l'ausilio dell'UPD, avvio del procedimento di accertamento interno sulle ipotesi di violazione: a) di tipo oggettivo, relativo alla violazione delle disposizioni sulle inconfiribilità/incompatibilità; b) di tipo soggettivo (esclusivamente per le violazioni delle disposizioni concernenti le inconfiribilità), volto a valutare l'elemento psicologico di cd colpevolezza in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'eventuale applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art. 18 del decreto precedentemente richiamata
  - ✓ ad esito dell'accertamento, contestazione della situazione di inconfiribilità o incompatibilità (nullità dell'incarico nel primo caso, decadenza e risoluzione del contratto nel secondo) ed avvio del procedimento sanzionatorio in capo agli autori della nomina dichiarata nulla e segnalazione all'ANAC, ad AGCM ed alla Corte dei Conti per l'accertamento delle eventuali responsabilità

### **Attività ed incarichi extra-istituzionali**

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla Legge e dai Contratti collettivi per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento e le attività extra-istituzionali sono consentite nei limiti di quanto previsto dall'apposito regolamento approvato con Regolamento in materia di "disciplina degli incarichi esterni prestati dal personale dipendente" (deliberazione n. 741 del 28/07/2014)

### **Rotazione o misure alternative**

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

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

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

- a) Atavica carenza generale di personale
- b) il personale medico e – più in generale il personale dirigente del ruolo sanitario deve essere

assegnato alle strutture necessariamente in funzione della propria disciplina di specializzazione e quindi non possono ipotizzarsi soluzioni di mobilità orizzontale

c) per il personale tecnico ed amministrativo, ambito in cui teoricamente la rotazione è perseguibile, potrebbero configurarsi problematiche gestionali (ad es., rallentamenti, sospensioni di attività, irregolarità di atti...) a causa della specializzazione che il personale ha attualmente raggiunto, soprattutto per l'effettiva impossibilità di acquisire nuove risorse umane in funzione dei vincoli esistenti ed in mancanza di risorse economiche da destinare a percorsi "massivi" di riqualificazione delle competenze

d) tutte le misure generali riguardanti la rotazione devono essere sottoposte a confronto sindacale i cui esiti non sono prevedibili

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

- per quanto riguarda gli incarichi dirigenziali, negli ultimi anni i numerosi cambiamenti dovuti alla riorganizzazione aziendale sulla base delle indicazioni regionali ed alla fuoriuscita di dirigenti hanno comunque comportato una fisiologica sostituzione degli apicali, mediante procedure di mobilità interna, l'attribuzione di incarichi *ad interim* ovvero la riassegnazione di linee di attività e competenze del personale che cessa dal servizio. Anche in funzione delle considerazioni precedentemente effettuate, in questo ambito, la rotazione potrà avvenire solo al termine dell'incarico ovvero in occasione di processi riorganizzativi aziendali
- il principio della rotazione è attuabile - compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture - almeno con riferimento all'alternanza di figure maggiormente fungibili, quali: le posizioni organizzative, gli incarichi di responsabili del procedimento, i responsabili dell'esecuzione dei contratti, i componenti delle commissioni di gara e di concorsi

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

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

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

c) in alternativa o congiuntamente, procedure e misure di controllo "compensativo" (quali ad es., l'affidamento di pratiche "sensibili" a duplice controllo di due collaboratori, la segregazione

delle responsabilità operative e di controllo, il rafforzamento dei controlli sulle ipotesi di conflitto o comunanza d'interessi, etc.)

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

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

### **Monitoraggio dei termini per la conclusione dei procedimenti**

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

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

### **Formazione**

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

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

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

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

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

Scopo della formazione è assicurare che tutto il personale comprenda:

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

di sospetta corruzione.

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

Relativamente alla formazione di livello specifico, ai fini dell'approfondimento del processo di gestione del rischio, sono stati svolti diversi incontri di training on the job che hanno coinvolto, oltre al RPCT, i responsabili e referenti dei processi ad elevato rischio di corruzione, in modo tale da acquisire le competenze necessarie all'applicazione del metodo di risk management ed elaborare le mappature di rischio.

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

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

Relativamente, invece, alla formazione di livello generale sui temi dell'etica e della legalità che dovrà coinvolgere tutto il personale, si prevede di somministrarla nel corso del 2023, presumibilmente sempre da remoto ed eventualmente in modalità asincrona, così da permettere a tutto il personale di conciliare l'esigenza formativa con l'esigenza lavorativa.

### **Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici**

La L.190/2012, ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione

oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura.

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

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

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

Su tale misura i dirigenti apicali precedentemente identificati dovranno riferire al RPCT ove richiesto. Come previsto dal PNA 2022, per il 2023 si prevedono queste ulteriori misure:

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

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

### **Tutela del dipendente che segnala condotte illecite (whistleblower)**

La ASL Roma 4 ha adottato un sistema interamente *web based*, utilizzabile da qualsiasi *device*, anche mobile, per la gestione delle segnalazioni in conformità alla normativa vigente e già aggiornato alle Linee guida emanate dall'ANAC con Delibera 469/2021.

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

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

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

La soluzione consente al RPCT di "dialogare" con il segnalante "mediante la soluzione", quindi senza conoscerne l'identità.

Il segnalante può verificare lo stato di avanzamento del procedimento.

Alla soluzione si può accedere da qualsiasi dispositivo fisso o mobile e da qualsiasi luogo, non essendo necessaria nessuna installazione, attraverso il link "Segnalazione illecito – Whistleblowing", disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione".

Inoltre, a seguito della formazione obbligatoria per l'anno 2020, in data 11 dicembre 2021 è stata fornita apposita specifica informativa rivolta a tutto il personale dipendente, finalizzata alla profilazione individuale nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente e relativa abilitazione a formulare, eventualmente, segnalazioni in forma riservata.

La procedura sarà prontamente adeguata non appena sarà effettivo il decreto legislativo sull'attuazione della direttiva Ue 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali, il cui schema è stato approvato in esame preliminare il 9 dicembre 2022.

### **Misure di prevenzione in merito alle procedure con fondi PNRR**

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

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

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

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

### 2.3.6. TRASPARENZA ED ACCESSO CIVICO

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

Sulla specifica materia è intervenuto in ultimo il d.lgs. 97/2016 che ha introdotto modifiche ed integrazioni sia al d.lgs. 33/2013 sia alla l. 190/2012. ANAC inoltre, con le "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni di cui alla deliberazione 1310 del 28/12/2016, ha chiarito che la sezione del PPCT dedicata alla trasparenza deve essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno dell'ente, l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

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

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

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

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

Nell'Allegato 2 al presente documento si riporta il quadro riepilogativo degli obblighi di trasparenza applicabili alla ASL, con il dettaglio delle responsabilità assegnate.

#### **Ruoli e responsabilità**

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

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

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

Nell'ambito della griglia di cui all'All. 2 che identifica le responsabilità commesse a detti ruoli sono indicate (ove l'adempimento non ricada su una persona fisica determinata) le Strutture detentrici dei dati o documenti oggetto dell'obbligo di pubblicazione; in relazione a ciò, la responsabilità della funzione affidata ricade sul Dirigente apicale ovvero sul referente da questi eventualmente individuato, permanendo in capo al primo comunque un obbligo di verifica e controllo secondo quanto definito al par. 4.4.3.

Il **RPCT**, invece:

- in fase di primo adempimento, ovvero in caso di modifiche normative, supporta le attività di definizione ed interpretazione dei singoli obblighi di pubblicazione
- svolge stabilmente un'attività di monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate
- provvede all'aggiornamento del Programma per la trasparenza ove necessario, in funzione non solo di esigenze normative o gestionali ma anche in funzione della definizione degli obiettivi di cui al cap. 2.
- gestisce le richieste di accesso civico semplice ed il riesame delle richieste di accesso civico generalizzato; più in generale monitora la corretta gestione dell'istituto.

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

### **Attuazione degli adempimenti trasparenza**

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

### **Interpretazione degli obblighi di pubblicazione**

I singoli obblighi di pubblicazione devono essere interpretati garantendo la qualità delle informazioni riportate, l'integrità, il loro costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la

conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione; in caso di dubbi circa l'applicazione di singoli obblighi, i soggetti responsabili del reperimento dei dati fanno riferimento alle indicazioni fornite da ANAC (in primis nelle apposite linee guida ed inoltre consultando l'apposita sezione FAQ<sup>15</sup>), chiedendo inoltre ove necessario la collaborazione del RPCT per un loro ulteriore corretto inquadramento. L'eventuale pubblicazione di informazioni ed atti non conformi agli originali comporta una violazione alle disposizioni del presente Piano.

### **Tempistiche di pubblicazione**

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

- con frequenza "tempestiva" deve intendersi entro massimo 15 giorni dalla efficacia dell'atto o dalla produzione dei dati oggetto di pubblicazione; gli atti la cui pubblicazione sia condizione di efficacia<sup>16</sup> dello stesso sono comunque pubblicati, a tali fini, nell'apposita sezione "Albo pretorio online" con le modalità previste per legge per le forme di "pubblicità integrative dell'efficacia"
- ove l'adempimento sia previsto con cadenza annuale, i dati e documenti – riferiti all'anno precedente – sono pubblicati entro il 25 gennaio di ciascun anno, anche al fine di consentire entro le scadenze previste (31/01) le verifiche dell'OIV di cui al par. precedente
- ove sia prevista una frequenza maggiore (ad es., trimestrale), i dati devono essere pubblicati entro il 15 del mese successivo il periodo di riferimento

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

### **Tutela dei dati personali**

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

personali n. 243 del 15/05/2014 ed alle eventuali disposizioni di servizio di dettaglio emanate dalla Direzione Aziendale.

### **Accesso civico**

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

### **Accesso civico "semplice"**

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

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

Per il reperimento delle informazioni o documenti, il RPCT fa riferimento agli stessi soggetti obbligati indicati nell'Allegato 2.

Nei casi di ritardo o di mancata risposta da parte del RPCT, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di seguito indicato, fatta salva la possibilità di rivolgersi comunque all'organo giurisdizionale amministrativo (TAR).

<b>SOGGETTO RESPONSABILE</b>	<b>NOMINATIVO</b>	<b>CASELLA DI POSTA ELETTRONICA</b>	<b>RECAPITO TELEFONICO</b>
RPCT	Dott. ssa Irene Firicano	<a href="mailto:amministrazione.trasparente@aslroma4.it">amministrazione.trasparente@aslroma4.it</a>	06 96669 536
Titolare potere sostitutivo	Dott. Roberto Di Cicco	<a href="mailto:direzione.amministrativa@aslroma4.it">direzione.amministrativa@aslroma4.it</a>	06 96669 506

## **Accesso civico “generalizzato”**

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

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

**Istituzione del registro accesso civico e forme ulteriori di trasparenza:** è istituito nell’apposita sezione “Accesso civico” di “Amministrazione trasparente” il registro degli accessi, la cui tenuta è assegnata all’URP.

Il Registro è predisposto e pubblicato, secondo le scadenze previste all’Allegato 2 seguendo lo specifico format.

Per l’esame della domanda:

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

Per il riesame:

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

Il RPCT, sulla base dell’analisi delle richieste pervenute, individua le tipologie di informazioni che rispondano a richieste frequenti o potenzialmente utili per gli stakeholders e che, pertanto, potrebbe essere opportuno rendere pubbliche anche se non obbligatorie, nella logica dell’accessibilità totale e nel rispetto delle disposizioni normative in materia di tutela dei dati

personali. All'esito della suddetta analisi il RPCT provvede all'aggiornamento dell'Allegato 2 del presente Piano inserendo gli ulteriori dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito e le relative modalità e termini per la loro pubblicazione.

### **2.3.7. ULTERIORI CONTROMISURE SPECIFICHE DI PROCESSO**

#### ➤ *Area di rischio accreditamento e controlli Sistema regolamentare e procedurale*

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

#### **Ulteriori contromisure**

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

#### ➤ *Area di rischio UOSD Affari Generali e Legali*

- ✧ Regolamento Aziendale per il conferimento degli incarichi di patrocinio legale ad Avvocati esterni (deliberazione n. 1912 del 24/04/2017)
- non si segnalano aggiornamenti e/o modifiche in ordine a tale area di rischio.

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

#### **Ulteriori contromisure**

- per l'assegnazione degli incarichi a legali esterni si applica il criterio della rotazione come previsto dal nuovo regolamento
- controllo costante delle pratiche e degli adempimenti affidati a legali esterni da parte dell'ufficio avvocatura mediante richiesta di idonea reportistica

#### ➤ *Area di rischio attività libero professionali Sistema regolamentare e procedurale*

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

#### **Ulteriori contromisure**

- informatizzazione delle liste di attesa, come previsto dal DCA 437/2013 e DCA 110/2017
- obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP/ReCUP
- implementazione di un sistema di gestione informatizzato dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione (ReCUP)
  - gestione e monitoraggio delle agende dei professionisti assegnata a funzioni diverse (UOC Sistemi Informatici ICT - Segreteria CUP) rispetto a quelle che hanno autorizzato l'attività (UOC Personale-Ufficio ALPI, previa nulla osta della Direzione Aziendale)
  - gestione delle verifiche ed ispezioni sulle attività libero professionali assegnata a funzioni diverse rispetto a quelle che hanno autorizzato l'attività
  - verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione (reporting volumi e valorizzazione economica prestazioni ALPI per singolo professionista da Segreteria CUP a Ufficio ALPI)
  - rispetto degli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013 (pubblicazione delibere di autorizzazione ai singoli professionisti)

#### ➤ *Area di rischio appalti e contratti Sistema regolamentare e procedurale*

- ✧ Regolamento dei processi di controllo sulla corretta esecuzione dei contratti di servizi sanitari e non sanitari esternalizzati, in conformità alla DCA 427/2013 (deliberazione n. 211 del 02/03/15)
- ✧ Regolamento del processo di approvvigionamento di beni e servizi in conformità al D.Lgs n. 163/2006 e s.m.i. nonché nel rispetto del DPR 207/2010 (deliberazione n. 1030 del

17/10/2014)

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

### **Ulteriori contromisure**

- procedure interne per la rilevazione, comunicazione e condivisione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei, affidate a vari gestori della spesa individuati nel regolamento del ciclo passivo (deliberazione n. 677 del 27/05/2017 -all. n. 1)
  - formulazione del Piano Triennale ed Annuale degli investimenti per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere
    - avvisi di pre -informazione o richieste di manifestazione d'interesse, quand'anche facoltativi, in caso di fornitori infungibili e di ricerca di immobili
    - procedure interne finalizzate a rilevare conflitti di interesse o interessi personali in capo ai diversi soggetti coinvolti nelle procedure (RUP, Componenti Commissioni di aggiudicazione, DEC, Componenti commissioni di collaudo...) prevedono la compilazione di un questionario predisposto dal Provveditorato (deliberazione n. 677 del 27/05/2017 -all. n. 2).
    - procedure interne per l'individuazione delle imprese da invitare a presentare offerta fuori dal MEPA, nel rispetto del principio di rotazione tramite utilizzo di apposita piattaforma informatizzata per appalti di beni e servizi e mediante sorteggio per lavori
      - adozione come standard di gara dei bandi tipo redatti dall' ANAC
      - valorizzazione delle basi d'asta mediante riferimento ai prezzi dei beni e servizi a maggior impatto, di cui al decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, che possono essere utilizzati per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore. Inoltre, viene utilizzata la piattaforma regionale SPENDING ANALISYS. Per i lavori, utilizzo del prezzario Regionale
      - visualizzazione on line della documentazione di tutte le gare e/o delle informazioni complementari tramite accesso al sito aziendale e alla piattaforma informatizzata
      - obblighi di trasparenza/pubblicità degli avvisi di gara, delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti, così come quelli riguardanti il calendario delle sedute di gara, degli esiti delle esclusioni/ammissioni, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva mediante pubblicazione della documentazione nella sezione "amministrazione trasparente" (parziale automatizzazione del flusso trasparenza Gare e appalti), i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali successive all'aggiudicazione sono indicati nel disciplinare di gara o nella lettera di invito

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

## Misure Generali:

### ✧ Rispetto del Codice di comportamento

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

### ✧ Rotazione del Personale

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

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

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

### ✧ Monitoraggio dei termini per la conclusione dei procedimenti

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

### ✧ Formazione

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

### ✧ Trasparenza

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

### ✧ Sistema regolamentare e procedurale

Rispetto delle procedure relative alle diverse fasi del percorso terapeutico a livello regionale definite nell'"Approvazione linee guida per la valutazione degli esiti clinici- gestione della procedura Area Clinica Patologie della Dipendenza" (Determina Regione Lazio n. B02807 del 4/07/2013) non di competenza della Direzione di Distretto (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*)

Gestione della procedura di valutazione degli esiti clinici contenuta nelle Linee guida vigenti

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

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

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

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

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

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

### **Ulteriori contromisure**

- Consegna medicinali per il trattamento dello stato di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate, disciplinata secondo il Decreto Ministero della Salute 16 novembre 2007. non di competenza della Direzione di Distretto (*agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021*)

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

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

17.12.2021)

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

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

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

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

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

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

a) individuati i criteri utili ai MMG e PLS per la prescrizione di presidi monouso anche per un primo fabbisogno trimestrale in attesa della prestazione dello specialista e della derivata prescrizione del fabbisogno annuale o fino a controllo successivo (comunque non superiore ad un anno);

b) individuati gli specialisti competenti per singole categorie di presidi;

c) fornite indicazioni sulle modalità di presentazione delle istanze e sull'iter delle stesse;

d) stabilite le modalità di erogazione di presidi non comprese negli elenchi di cui agli allegati 2 e 5 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

e) viene diffusa modulistica standardizzata utile alla prescrizione dei presidi;

f) viene diffuso un unico modulo per la presentazione delle istanze.

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

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

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

delle prestazioni assume carattere limitante della genesi di fenomeni corruttivi.

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

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

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

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

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

#### Attività di accertamento necroscopico.

L'attività espone il necroscopo al contatto con diverse figure tra cui i familiari del deceduto, i funzionari comunali, il personale e i titolari di agenzie funebri, ecc. Sono in capo al medico necroscopo le decisioni in relazione all'ora di esecuzione dell'accertamento, alla valutazione della congruità della documentazione sanitaria redatta dai curanti, l'invio a riscontro diagnostico, la gestione dei procedimenti volti al rilascio di decreti autorizzativi. Sono ritenuti utili controlli a campione sulla attività dei medici necroscopi nonché di tutte le figure coinvolte nella gestione del caso non ultima l'attività degli operatori dei centralini territoriali e ospedalieri che smistano le chiamate e degli uffici amministrativi della medicina necroscopica. (agg. Distretto 2 - rif. doc. n. 277385 del 17.12.2021)

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

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

- *Area di rischio contabilità e bilancio Sistema regolamentare e procedurale*

- ✧ Procedura relativa alla predisposizione e monitoraggio Budget (deliberazione n. 1808 del

22/12/2016)

- ✧ Regolamento delle procedure di verifica inadempienza ex art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602 (deliberazione 999 del 28/07/2015)
  - ✧ Nell'ambito del percorso attuativo per la Certificabilità del bilancio (PAC):
  - ✧ Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Patrimonio Netto" (deliberazione 1927 del 22/12/2017)
  - ✧ Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Cassa Economale" (deliberazione n. 680 del 27/04/2017)
  - ✧ Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Rimanenze" ((deliberazione n. 679 del 27/04/2017)
  - ✧ Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Ciclo Attivo" (deliberazione n. 678 del 27/04/2017)
  - ✧ Procedura amministrativo contabile relativa alla gestione del Ciclo del passivo (deliberazione n. 677 del 27/04/2017)
  - ✧ Procedura amministrativo-contabile relativa alle "Disponibilità liquide" (deliberazione 342 del 28/02/2017)
  - ✧ Procedura Amministrativa- Contabile relativa al "Pagamento in assenza di requisiti di conformità/regolarità" (DURC/EQUITALIA) (procedura prot.22747/14 per il DURC e Delibera n. 999/2015 per EQUITALIA, recepita PAC)
  - ✧ Procedura relativa ad impedire la "Verifica mancata o artefatta degli acquisti fatti a valere sulla cassa economale a favore di soggetti interni/esterni" (Delibera n. 680/27-4-2017-procedura PAC)
  - ✧ Procedura relativa alle "Registrazioni contabili e rilevazioni non corrette/non veritiere" (Delibera n. 677/27-4-2017-procedura PAC)
- con delibera n. 646 del 14/04/2020 è stato adottato "Il Regolamento per la rateizzazione dei debiti extra – tributari";
  - con delibera n. 1139 del 21/06/2021 è stato approvato "Il Regolamento aziendale procedura Ticket Codice 5 Colore Bianco";
  - con delibera 1195 del 16/07/2020 ad oggetto: "Preso d'atto delle attività concernenti il progetto "attività finalizzata alla gestione e al recupero delle entrate patrimoniali della ASL Roma 4"; con delibera 1313 del 23/07/2021 ad oggetto: "Rettifica delibere 385-CS/2019 e 768-DG/2019"

aventi ad oggetto “Anagrafe degli Agenti Contabili e obbligo della resa del conto giudiziale alla sezione giurisdizionale della Corte dei Conti per la RL – D.lgs 174/2016”. Approvazione del Regolamento degli Agenti Contabili e della Resa del Conto Giudiziale”; (agg. UOC Bilancio - rif. doc. n. 245647 del 08.11.2021)

### **Ulteriori contromisure**

- Realizzazione del programma di lavoro previsto dal PAC (Percorso Attuativo Certificabilità) dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN viene attuata come prevista dalla procedura del PAC stesso

- Tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili finanziari
- Rispetto degli obblighi di pubblicazione

#### ➤ *Area di rischio decessi ospedalieri Sistema regolamentare e procedurale*

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

- Direzione Sanitaria Ospedale San Paolo agli operatori funebri e al personale della camera mortuaria

- Direzione Sanitaria Ospedale San Paolo al personale dipendente ospedaliero (prot. n. 23112/2.8 del 05.09.2012)

- ✧ Legge 30.03.2001 n. 130 “Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri” art. 3 comma 1

- ✧ Circolare Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – DGPREV prot. n. 014991 del 30.05.2016 “Applicazione dei principi statali contenuti nell’art. 3, comma 1, legge 30 marzo 2001, n. 130. Circolare”

- ✧ Nota Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria 0022159 del 28.07.2016 “Integrazione circolare del Ministero della Salute del 30.05.2016: applicazione dei principi statali contenuti nell’art. 3, comma 1, legge 30 marzo 2001, n. 130”

- ✧ Misure di contenimento infezione da nuovo coronavirus (Covid-19) – Procedure di medicina necroscopica (25.03.2020 - ai Direttori/Responsabili di Struttura, Polo Ospedaliero Civitavecchia e Bracciano, Coordinatori Polo Ospedaliero Civitavecchia e Bracciano)

- ✧ Verbale riunione 20.05.2021 DSA, DSPO, DS Distretto 2, DAPPS e DSHSPaolo concernente l’applicazione delle disposizioni di cui alla Legge 30.03.2001 n. 130, alla Circolare Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – DGPREV prot. n. 014991 del 30.05.2016, alla Nota Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria 0022159 del 28.07.2016

- ✧ Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2 (vers. 15.06.2021 - Rapporto ISS Covid-19, n. 13/2021)

#### **Ulteriori contromisure**

- Adeguata motivazione circa l'esternalizzazione o l'internalizzazione del servizio (carenza di personale esterno)
  - Rotazione del personale addetto alle specifiche mansioni
  - Permanenza degli addetti delle imprese funebri nei locali dell'obitorio limitata allo stretto necessario
- *Area di rischio farmaci e dispositivi Sistema regolamentare e procedurale*
- ✧ Regolamento dell'attività di informazione scientifica all'interno delle strutture sanitarie dell'ASL Roma 4 (deliberazione n. 873 del 25/08/2011)

#### **Ulteriori contromisure**

- Protocollo per la gestione informatizzata dei magazzini per garantire una corretta movimentazione delle scorte: obbligo di richiesta disponibilità dispositivo da erogare da parte del personale amministrativo dell'U.O. al magazzino aziendale
  - Protocollo relativo alla tracciabilità dei farmaci (associazione farmaco/dispositivo-paziente): registrazione del farmaco somministrato in Consultorio associato al nome del paziente ricevente. Compilazione della scheda paziente (pratica cartacea o su supporto informatico) con l'elenco dei dispositivi forniti
    - Implementazione di idonea reportistica - tramite il supporto del medico prescrittore interno all'ASL o della commissione tecnica aziendale che verifica l'appropriatezza prescrittiva del dispositivo - finalizzata all'individuazione tempestiva di eventuali anomalie prescrittive, anche in riferimento all'associazione farmaco/dispositivo-prescrittore e farmaco/ dispositivo-paziente
      - Invio sistematico delle risultanze della reportistica elaborata a tutti i livelli organizzativi interessati in ambito distrettuale
      - Istituzione commissione tecnica per controllare l'appropriatezza prescrittiva del dispositivo
      - Rispetto dei criteri per il ricevimento degli informatori farmaceutici (verifica presenza negli elenchi regionali, riconoscimento con tesserino, incontri prevalentemente collegiali, tempi e spazi ben definiti, limiti di visite/annue per ciascun medico, verifica del rispetto delle modalità di cessione/acquisizione campioni gratuiti) come definiti dal regolamento aziendale per l'informazione scientifica
    - Disposizione di servizio della Direzione Distrettuale relativa alla cessione/acquisizione di campioni gratuiti (c.i.6892 del 11.4.2017)
    - Implementazione di reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente (per es. le Eparine a basso peso molecolare)

- Utilizzo del sistema AGENAS per la “dichiarazione pubblica di interessi” di tutto il personale medico, finora poco utilizzato dai singoli professionisti

➤ *Area di rischio patrimonio Sistema regolamentare e procedurale*

✧ Regolamento Immobilizzazioni (deliberazione n. 675 del 19/12/2017)

- non risulta avvenuta alcuna variazione rispetto a quanto indicato (agg. UOC Personale - rif doc. n. 250404 del 12.11.2021)

✧ Regolamento concessione in uso temporaneo a titolo oneroso di locali aziendali (deliberazione 504 del 11/06/2014)

- non risulta di competenza del Patrimonio (agg. UOC Personale - rif doc. n. 250404 del 12.11.2021)

✧ Regolamento per la locazione temporanea di strutture aziendali per eventi (deliberazione n. 1004 del 29/11/2013)

- non risulta di competenza del Patrimonio (agg. UOC Personale - rif doc. n. 250404 del 12.11.2021)

✧ Procedura Aziendale per la gestione delle apparecchiature in prova e visione (deliberazione n. 1517 del 12/10/2017)

- non risulta di competenza del Patrimonio (agg. UOC Personale - rif doc. n. 250404 del 12.11.2021)

**Ulteriori contromisure**

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

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

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

➤ *Area di rischio personale e incarichi Sistema regolamentare e procedurale*

✧ Regolamento aziendale "individuazione componenti e funzionamento dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari" (deliberazione n. 1353 del 04/09/2017)

- non di competenza della UOC Personale - Segreteria UPD (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento e criteri per il conferimento, graduazione, valutazione e revoca degli "incarichi di coordinamento" (deliberazione n. 46/2016)
- sostituito dal Regolamento approvato con deliberazione n. 1569 del 18/09/2020 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento e criteri per il conferimento, graduazione, valutazione e revoca delle "posizioni organizzative" (deliberazione n. 45/2016)
- sostituito dal Regolamento approvato con deliberazione n. 1569 del 18/09/2020 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento aziendale in materia di salute e sicurezza sul lavoro ed istituzione dell'Organismo di Valutazione (deliberazione n. 1894 del 30/12/2016)
- non di competenza della UOC Personale - Ufficio SPP (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento per il conferimento di borse di studio (deliberazione n. 1275 del 15/10/15)
- non di competenza della UOC Personale - Area Formazione (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento per il conferimento e revoca incarichi dirigenziali - ruoli professionale, tecnico e amministrativo" (deliberazione n. 1359 del 11/09/2015)
- parzialmente rettificato dal Regolamento approvato con deliberazione n. 484 del 15/03/2018 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento per il conferimento e revoca incarichi dirigenziali - ruolo sanitario" (deliberazione n. 1359 del 11/09/2015)
- parzialmente rettificato dal Regolamento approvato con deliberazione n. 484 del 15/03/2018 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento in materia di valutazione della dirigenza (deliberazione n. 1033 del 07/08/2015)
    - sostituito dai Regolamenti approvati con delibere n. 1582 del 25/10/2017 e n. 275 del 10/02/2021 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)

- ✧ Regolamento per la composizione delle commissioni esaminatrici per l'espletamento delle procedure selettive (concorsi e avvisi pubblici), nonché l'espletamento delle procedure selettive interne (progressioni di carriera, progressioni economiche e passaggi orizzontali nell'ambito della medesima categoria e stesso livello economico (deliberazione n. 422 del 01/04/2015)
- ✧ Regolamento in materia di "disciplina degli incarichi esterni prestati dal personale dipendente" (deliberazione n. 741 del 28/07/2014)
- parzialmente rettificato dal Regolamento approvato con deliberazione n. 475 del 23/04/2019. (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Procedura Amministrativo-Contabile in materia di "Gestione del Personale" (deliberazione n. 676 del 27/04/2017) nell'ambito del percorso attuativo per la Certificabilità del bilancio (PAC)
  - ✧ Procedura in materia di controllo interni (internal audit) alla UOC "Personale" (deliberazione n. 458 del 20/03/17)
  - ✧ Procedura per la gestione del Personale Convenzionato - Programmazione e Controllo (deliberazione n. 147 del 10/02/2015)
  - ✧ Regolamento in materia di graduazione delle funzioni area Dirigenza Medica e Veterinaria e Dirigenza Sanitaria non medica (deliberazione n. n. 1909 del 19/12/2017)
- sostituito dal Regolamento approvato con delibera n. 98 del 15/01/2019 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento in materia di conferimento incarichi di posizione organizzativa e conferimento incarichi di coordinamento (deliberazione n. 45 del 22/01/2016)
- sostituito dal Regolamento approvato con deliberazione n. 1569 del 18/09/2020 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Approvazione modelli di posizioni organizzative e coordinamento (deliberazione n. 397 del 29/03/2016 parzialmente rettificata con deliberazione n. 166 del 31/01/2017)
- sostituito dal Regolamento approvato con deliberazione n. 1569 del 18/09/2020 (agg. UOC Personale - rif. doc. n. 253367 del 16.11.2021)
  - ✧ Regolamento in materia di graduazione delle funzioni area Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa (deliberazione n. 1382 del 26/09/2016)

- ✧ Regolamento in materia di accesso al rapporto di lavoro parziale (deliberazione n. 1364 del 22/09/2016)
- ✧ Regolamento aziendale in materia di missioni e trasferte (deliberazione n. 271 del 04/04/2014)
- ✧ Procedura operativa in materia di rilevazione delle presenze;
- ✧ Regolamento aziendale in materia di individuazione dei componenti di commissione in caso di selezioni interne o avvisi pubblici (deliberazione n. 422 del 01/04/2015),
- ✧ Procedura operativa per la richiesta di autocertificazione di eventuali situazioni di conflitto di interesse e di incompatibilità sia per il personale dipendente che per quello convenzionato. È prevista una metodologia di controllo campionario sulle dichiarazioni del personale operante nelle principali aree di rischio corruttivo (prot. n. 13496 del 07/03/2016)

#### **Ulteriori contromisure**

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

del Dirigente responsabile e la successiva lavorazione a sistema da parte dell'Ufficio trattamento economico del Personale

- Per la definizione dei criteri di rotazione degli incarichi e gestione della relativa misura, gli incarichi amministrativi sono stati oggetto di apposite procedure di selezione ed hanno determinato la recente rotazione di alcuni incarichi apicali. Analogo criterio, nel rispetto della disciplina, è stato applicato in occasione del conferimento degli incarichi dirigenziali del ruolo sanitario.

➤ *Area di rischio prevenzione Sistema regolamentare e procedurale*

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

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

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

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

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

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

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

- Determinazione Dirigenziale 406/2019

Presa d'atto delle Procedure dipartimentali:

- Esecuzione delle verifiche di efficacia dei controlli ufficiali – rev. 03 del 14/06/2019;
- Gestione operativa del sistema per il controllo ufficiale con integrazione delle attività di vigilanza sulle strutture alimentari tra il SIAO e il SIAN ai sensi dei REGG. CE 852/04-853/04-882/04-854/04 – rev. 00 del 23/04/2019;
- Modalità di conduzione dei controlli ufficiali tramite audit – rev 00 del 23/04/2019

- CONTROLLI UFFICIALI - COMPITI DELLE FIGURE PROFESSIONALI AFFERENTI ALL'AREA DELLA SICUREZZA ALIMENTARE (delibera 588/2021)
- PIANO AZIENDALE INTEGRATO CONTROLLI" (P.A.I.C.) 2019 - AREA FUNZIONALE PER LA SICUREZZA ALIMENTARE – DETERMINAZIONE 752/2019
- Equipe operativa per la sorveglianza delle tossinfezioni alimentari e disposizioni operative- delibera 269/2017
- Procedure operative per la procedura delle emergenze inerenti la sicurezza degli alimenti e dei mangimi sul territorio della ASL RM 4- delibera 1454/2016
- REV 01 - PROCEDURA OPERATIVA PER IL RICONOSCIMENTO DELLE COLONIE FELINE E REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEGLI AMBULATORI VETERINARI DELLA ASL ROMA 4 -delibera (agg. Dipartimento di Prevenzione - rif. doc. n. 251517 del 15.11.2021)
  - ✧ Delega di funzioni specifiche alle diverse figure professionali afferenti all'area della Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria facenti funzioni di Autorità Competente (deliberazione n. 1621 del 2015)
  - ✧ Procedure operative per la gestione delle emergenze inerenti la sicurezza degli alimenti e dei mangimi sul territorio della Asl (deliberazione n. 908 del 2016)
  - ✧ Procedura operativa per il riconoscimento delle colonie feline e Regolamento delle attività degli ambulatori veterinari della ASL (deliberazione n. 908/2016)
  - ✧ Disposizione dipartimentale e definizione di specifiche disposizioni anticorruzione di recepimento dei contenuti del Piano aziendale per ciascun Servizio
  - *Area di rischio sistemi informativi Sistema regolamentare e procedurale*
  - ✧ Regolamento per la gestione della telefonia mobile aziendale: limiti e modalità per l'assegnazione e l'uso degli apparecchi di telefonia (deliberazione n. 701 del 25/06/2016)
  - ✧ Predisposizione regolamento Utilizzo degli strumenti informatici aziendali e delle misure di sicurezza, attualmente sottoposto all'iter di cui all'art. 4 della Legge 300/1970, come riformato dal D.Lgs. 185/2016
  - ✧ Documento Programmatico sulla Sicurezza anno 2017 (deliberazione n. 747 del 15/05/2017)

#### **Ulteriori contromisure**

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

- Istituzione dell'osservatorio liste d'attesa con partecipazione dei sindacati, dell'associazione dei consumatori, di Cittadinanzattiva
  - Nel 2017 sono state avviate le procedure per attivare la gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricoveri programmati (area di rischio liste di attesa)
  - Informatizzazione extramoenia su disposizione regionale
  - La UOC Sistemi Informatici ICT, anche per effetto della nomina del direttore a RPCT non assume più il ruolo di RUP per quanti riguarda i servizi informatici; mantiene il ruolo solo per l'acquisto e/o noleggio di beni informatici, sulla base di un fabbisogno definito dai singoli Centri di responsabilità e validato dalla Direzione Aziendale (comitato budget e/o in caso di fabbisogni in urgenza per continuità dei servizi)
  - Acquisti informatici (beni) esclusivamente su MePa (tranne i casi di urgenza continuità dei servizi)
- *Area di rischio sponsorizzazioni e sperimentazioni (agg. AA.GG. e LL. - rif. doc. n. 253993 del 17.11.2021) tale area di rischio non è di competenza della UOSD Affari Generali e Legali.*

#### Sistema regolamentare e procedurale

- ✧ Regolamento del Comitato Etico Lazio 1, disciplinante l'attività, il funzionamento e l'organizzazione del Comitato (deliberazione n. 127 del 05/03/2014 e successive m. i.)
- ✧ Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni (deliberazione n. 435 del 29/03/2012)

#### **Ulteriori contromisure**

- Regolamento per l'adozione delle Procedure Aziendali di Gestione del Rischio Clinico (deliberazione n. 1634 del 09/11/2017)
- Procedura per corretta produzione, differenziazione, raccolta, confezionamento, etichettatura e conferimento delle tipologie di rifiuto sanitario prodotto dalla ASL Roma 4 (deliberazione n. 1923 del 22/12/2017)
- Regolamento Aziendale sul divieto di fumo (deliberazione n. 253 del 16/02/17)
- Regolamento per la disciplina dei tirocini formativi e delle frequenze volontarie (deliberazione n. 711 del 05/06/2009)

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

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

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

### 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### 3.1. Struttura organizzativa

##### 3.1.1. Il personale

La consistenza organica del personale dipendente della ASL Roma 4 con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato, è quella riportata in sintesi nelle tabelle sotto riportate, alla data del 31 dicembre 2022.

TABELLA 1

DIPENDENTI ALLA DATA DEL 31.12.2022		
Ruoli e profili	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato
Dirigenza Medica e Sanitaria	356*	46**
Dirigenza Amministrativa	13 (**)	1
Dirigente Professionale	2	2
Dirigente Tecnico	-	1
<b>TOTALI</b>	<b>371</b>	<b>50</b>
Comparto Sanitario	916	75
Comparto Amministrativo	210	9
Comparto Tecnico	108	27
Comparto Professionale	2****	
<b>TOTALI</b>	<b>1.236</b>	<b>111</b>
<i>(*) nr. 4 Dirigenti Medici o Sanitari in Comando "out"</i>		
<i>(**) nr. 1 Dirigente Sanitario in Comando "in"</i>		
<i>(***) nr. 4 Dirigenti in aspettativa per incarichi presso altri Enti</i>		
<i>(****) si tratta dei due assistenti religiosi in convenzione.</i>		
<i>Per il personale del comparto sono stati conteggiati nel T.I. i comandi OUT e nel T.D. i comandi IN</i>		
<b>TOTALE COMPLESSIVO UNITA' DI PERSONALE</b>		<b>1.768</b>

TABELLA 2

		DIRIGENZA RUOLO								
	CLASSI DI ETA	<25	25-34	35-44	45-54	55-64	<65	MASCHI	FEMMINE	
<b>SANITARIO</b>			35	101	109	111	46	166	236	
<b>PROFESSIONALE</b>				3		1		1	3	
<b>TECNICO</b>						1		1		
<b>AMMINISTRATIVO</b>				1	7	4	2	8	6	
<b>TOTALE</b>			<b>35</b>	<b>105</b>	<b>116</b>	<b>117</b>	<b>48</b>	<b>176</b>	<b>245</b>	

TABELLA 3

		COMPARTO RUOLO								
	CLASSI DI ETA	<25	25-34	35-44	45-54	55-64	<65	MASCHI	FEMMINE	
<b>SANITARIO</b>		2	174	218	305	277	15	<b>213</b>	<b>778</b>	
<b>PROFESSIONALE</b>					2			<b>2</b>		
<b>TECNICO</b>		1	14	23	34	56	7	<b>64</b>	<b>71</b>	
<b>AMMINISTRATIVO</b>		1	19	37	63	87	12	<b>74</b>	<b>145</b>	
<b>TOTALE</b>		<b>4</b>	<b>207</b>	<b>278</b>	<b>404</b>	<b>420</b>	<b>34</b>	<b>353</b>	<b>994</b>	

### 3.1.2. L'organizzazione



Figura 3

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

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

Sulla base di questi presupposti e tenendo conto delle indicazioni programmatiche regionali, l'articolazione organizzativa dell'Azienda prevede l'individuazione di:

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

- Unità Operative Semplici Dipartimentali;
- Unità Operative Semplici;
- Titolari di Incarico di Organizzazione;
- Titolari di Incarico di Coordinamento;
- Titolari di Incarico Professionale.

### **3.1.3. Struttura organizzativa**

In relazione a quanto previsto dalla sezione si rappresenta che con deliberazione del Direttore Generale n. 921 del 20.10.2022 è stata adottata una nuova proposta di Atto aziendale che modifica l'attuale organizzazione aziendale. Tale proposta attualmente è in fase di valutazione da parte della Regione Lazio e, quindi, non può ritenersi già vigente. Per quanto riguarda l'attuale assetto organizzativo, quindi, si deve momentaneamente fare riferimento all'Atto aziendale pubblicato sul supplemento n. 2 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 72 del 20.07.2021. Il sistema degli incarichi dirigenziali derivante da tale Atto aziendale prevede i seguenti titolari di struttura (vedi allegato 1), mentre per quanto attiene gli incarichi assegnati al personale del Comparto ed in essere al 31.12.2022 si fa riferimento a quanto previsto dall'allegato 2, così come trasposti dal nuovo CCNL. Sia per l'area della dirigenza (Sanitaria e PTA) che per l'area del Comparto si sta provvedendo a rivedere il sistema di graduazione delle funzioni, il regolamento di conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali e, conseguentemente, l'uscita di nuovi avvisi per il conferimento dei nuovi incarichi. Per quanto riguarda l'Area contrattuale della Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa sono stati già predisposti un nuovo regolamento per la graduazione degli incarichi e un nuovo regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali ed è già stato fatto il passaggio con le Organizzazioni Sindacali di categoria. Analogamente si provvederà per le altre Aree.

### **3.2. Organizzazione del lavoro agile**

1) Attraverso l'adozione di uno specifico regolamento l'ASL Roma 4 intende dare attuazione alla normativa vigente in materia di Lavoro Agile, dettando modalità operative per l'attivazione di tale istituto al fine di favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro dei dipendenti nonché realizzare obiettivi di incremento della competitività, razionalizzazione e modernizzazione dell'organizzazione del lavoro e perseguimento di economie di gestione attraverso l'impiego flessibile delle risorse umane.

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

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

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

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

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

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

### **3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale**

#### **3.3.1. Consistenza del personale al 31/12/2022**

Il "Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale" deve essere considerato come uno strumento di indirizzo e di "Programmazione strategica" per l'acquisizione delle "Risorse Umane". Le caratteristiche di flessibilità e di adattamento alle mutevoli esigenze della realtà operativa delle Aziende Sanitarie, mediante le previste revisioni periodiche, connota tale documento quale utile strumento di programmazione "operativa" e gestione del reclutamento del personale. La scrivente Azienda, come richiesto dalla Regione Lazio con prot. n. 1213543 del 30.11.2022, sta appunto

predisponendo il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022 - 2024. Nell'analisi della proposta di Piano Triennale del Fabbisogno si è tenuto conto di diversi fattori. Si è ovviamente partiti dalla situazione del personale al 31.12.2022 e sono state rappresentate sia le assunzioni effettuate con contratto a tempo determinato, che le assunzioni determinatesi da processi di stabilizzazione (per l'anno 2022 relative solo a quanto previsto dall'art. 20, comma 1 del D. Lgs. 75/2017) che gli incarichi conferiti ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. Per quanto riguarda i contratti Libero professionali si è tenuto conto della situazione dei contratti Libero professionali attivati al 31.12.2022 e, al momento, prorogati al 30.06.2023. L'intenzione dell'Azienda, tuttavia, nonostante le previsioni normative consentano di poter proseguire fino al 31.12.2023 (Decreto Legge n. 198 del 29.12.2022 – art. 4, comma 3), è quella di ridurre progressivamente il ricorso a tali fattispecie non appena sarà possibile concretizzare assunzioni nelle discipline maggiormente critiche (si vedano, ad esempio, le discipline di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, anestesia e rianimazione, pediatria, ecc). L'analisi dei costi, in un'ottica "make or buy" dovrebbe vedere una maggiore "strutturazione" del personale dipendente ed un minore, se non auspicabilmente nullo, ricorso a libero professionisti (al netto, ovviamente, di specifici progetti finanziati). La Direzione Strategica, infatti, ritiene che sia fondamentale investire nel personale dipendente di ruolo perché è solo in questo modo che è possibile pensare di agire in maniera prospettica e garantire, al contempo, in maniera efficace i Livelli Essenziali di Assistenza. Il fabbisogno del personale dipendente rappresentato deriva, invece, da una analisi dell'attuale dotazione organica e delle esigenze rappresentate non solo dai Direttori delle diverse strutture aziendali ma anche dal doveroso rispetto degli standard organizzativi previsti per la compiuta attivazione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative. Si è, altresì, tenuto conto dell'intenzione di ridurre, laddove possibile, il ricorso attuale a Convenzioni passive che costituiscono un costo per l'Azienda. Sono anche state stimate le possibili cessazioni, tenendo conto del costante trend tenuto nell'ultimo triennio (circa 140 unità anno) nonché delle cessazioni certe derivanti dal collocamento a riposo per raggiunti limiti di età del personale dipendente. Si è, inoltre, tenuto conto del nuovo assetto organizzativo di cui l'Azienda vorrebbe dotarsi, così come rappresentato nella proposta di Atto aziendale adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 921 del 20.10.2022. Come modalità di assunzione viene, naturalmente, privilegiato il concorso pubblico per titoli ed esami e tale è stato indicato anche nell'ottica, come più volte detto, di voler fidelizzare il più possibile il personale per poter poi pensare a percorsi di crescita comune che garantiscano non solo una maggiore efficienza ed efficacia nell'assistenza sanitaria ma anche una maggiore gratificazione del personale stesso. Ciò non toglie che l'Azienda si riserva di valutare la possibilità per alcune figure professionali e per particolari esigenze di procedere con avvisi di mobilità nazionale. L'indizione di un avviso di mobilità, infatti, è lo strumento che può essere ritenuto più idoneo a reclutare, pur sempre a tempo indeterminato, professionalità specifiche già in possesso di determinati skills difficilmente reperibili attraverso nuove assunzioni da concorso.

### **3.3.2. Programmazione strategica delle risorse umane e strategie di copertura del fabbisogno**

La proposta di Piano Triennale del Fabbisogno di Personale della ASL Roma 4 per il triennio 2022/2024, è stata predisposta seguendo una metodologia elaborata valutando il contesto organizzativo generale, sia rispetto all'attuale assetto organizzativo aziendale e rispettivi bisogni di personale, sia prospettico in ragione degli interventi previsti nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 23.05.2022, n. 77, così come recepita dalla D.G.R. n. 643 del 26.07.2022, successivamente integrata dalla D.G.R. n. 18206 del 20.12.2022. Tali interventi determineranno una profonda riorganizzazione delle Strutture Operative e dei Servizi Territoriali già insistenti nell'ampio territorio aziendale, che saranno oggetto di una decisa azione di potenziamento che è stata già avviata e che è stata alla base di quanto previsto sia dal Piano Strategico Aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 920 del 20.10.2022 e della proposta di Atto aziendale di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 921 del 20.10.2022. Nel Piano Triennale del Fabbisogno del personale si è inoltre tenuto conto delle procedure di stabilizzazione indette e già pubblicate in Gazzetta, ai sensi dell'art. 1, comma 268 della Legge n. 234/2021 che, per l'Azienda, riguardano: Collaboratore professionale socio sanitario assistente sociale; Collaboratore professionale sanitario dietista; Collaboratore professionale sanitario infermiere; Operatore Socio Sanitario; Collaboratore professionale sanitario Ostetrica; Collaboratore professionale sanitario Tecnico della Prevenzione; Collaboratore professionale sanitario Tecnico di radiologia; Dirigente biologo; Dirigente psicologo; Dirigente medico – disciplina patologia clinica; Dirigente medico – disciplina psichiatria; Dirigente medico – disciplina ginecologia e ostetricia. Si è in attesa di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale, invece, delle seguenti procedure di stabilizzazione ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D. Lgs. 75/2017 e s.m.i. - Collaboratore professionale socio sanitario assistente sociale; Collaboratore professionale sanitario infermiere; Collaboratore professionale sanitario ostetrica; Dirigente medico – disciplina chirurgia generale; Dirigente psicologo – disciplina psicoterapia. Di entrambe le procedure di stabilizzazione si è tenuto conto nella predisposizione del PTFP. Per quanto riguarda il nuovo sistema degli incarichi sia del personale del Comparto che del personale della Dirigenza si fa riferimento a quanto espresso al punto precedente.

### **3.3.3. Piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.R.R.) – Lo scenario della ASL Roma 4**

Nell'ambito del territorio della ASL Roma 4 verranno create nuove strutture denominate "Case della Comunità" e "Ospedali di Comunità" al fine di garantire un'assistenza sanitaria di prossimità diffusa capillarmente per poter assicurare cure primarie e intermedie, a partire dalle categorie più fragili od anche ai pazienti con un quadro clinico complesso o disagiati negli spostamenti tra i vari comuni.

Uno degli obiettivi è proprio il passaggio dal "sistema ospedale" al "sistema territorio", potenziando l'attività dei Distretti e la loro congiunzione sinergica con i Comuni per la realizzazione di una

funzione socio-sanitaria tesa ad evitare, per quanto possibile, l'isolamento sociale dei Pazienti e, in particolare, dei soggetti fragili, coinvolgendo ed interessando anche le famiglie.

Alle Case di Comunità e agli Ospedali di Comunità si affiancheranno anche le Centrali Operative Territoriali.

In Azienda si è preliminarmente costituito un gruppo di lavoro sul PNRR che ha analizzato la domanda e individuato, quindi, le strutture esistenti e da realizzare.

L'obiettivo sopra descritto è, infatti, di possibile attuazione grazie alla creazione di Case e Ospedali di Comunità che vanno a costituire una vera e propria riforma del sistema territoriale e delle modalità di erogazione dei servizi sanitari, un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, che presenta standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio della ASL Roma 4. Le Case della Comunità della ASLROMA4 saranno promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati dove sarà possibile creare percorsi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria personalizzati. Le sedi delle Case della Comunità, sono state concepite per essere facilmente accessibili per la comunità di riferimento, luogo in cui il cittadino possa trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie.

La funzionalità di queste strutture, oltre ai requisiti strutturali e tecnologici dell'organismo edilizio, saranno assicurate dal Medico di Medicina Generale e dai Pediatri che lavorano in équipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari quali logopedisti, fisioterapisti, dietologi, tecnici della riabilitazione e altri. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

Un'altra figura chiave nella Casa della Comunità, oltre ai medici di base sarà l'infermiere di famiglia, figura già introdotta dal Decreto Legge n. 34/2020 che, grazie alle sue conoscenze e competenze specialistiche nel settore delle cure primarie e della sanità pubblica, diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e Comunità.

Con l'attuazione del PNRR, la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici.

La Casa della Comunità è il punto di riferimento continuativo per la popolazione ricadente nel territorio della ASLROMA4, che con un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione poli specialistica, assicura la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi un punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere, servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili.

L'ospedale di Comunità rappresenta una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, tale da contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero). L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. Si tratta di strutture in grado di ospitare da 20 a 40 pazienti e ad assistenza prevalentemente infermieristica. La funzione di coordinamento e raccordo tra i servizi territoriali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza) e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, avverrà attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT). L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Naturalmente l'attuazione del P.N.R.R. in ambito aziendale risponde anche ad un obiettivo di equità rispondendo ad una politica di riduzione delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni e ai servizi socio – sanitari e, in tale ottica, è stato previsto tra le sfide individuate dal Piano Strategico Aziendale adottato dalla scrivente Azienda con deliberazione del Direttore Generale n. 920 del 20.10.2022.

È stato quindi presentato, anche nell'ambito del Collegio di Direzione, un *timeline* degli interventi "strutturali" proposti e per i quali è stato previsto di impiegare € 11,2 milioni di risorse per l'attivazione di 11 Case della Comunità, € 7,53 milioni per l'attivazione di n. 4 Ospedali di Comunità (1 per Distretto) e € 1,3 milioni per l'attivazione di n. 4 Centrali Operative Territoriali (1 per Distretto) a cui andrà aggiunta una Centrale Operativa Territoriale Aziendale ma parallelamente devono essere previste le correlate assunzioni che permettano non solo il rispetto degli standard organizzativi (possibile solo in parte attraverso una nuova e diversa allocazione delle risorse) ma una reale assistenza sanitaria.

A questo proposito occorre tenere presente quanto specificato dalla D.G.R. n. 643 del 26.07.2022, successivamente integrata dalla D.G.R. n. 18206 del 20.12.2022 che, per l'appunto, ha recepito gli standard del D.M. 77/2022 stabilendo, tra gli altri, i requisiti organizzativi per ogni singola struttura (Casa della Comunità, Centrale Operativa Territoriale, Unità di Continuità Assistenziale, ecc...)

Nella proposta del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale si è tenuto conto di tali requisiti valutando, però, come sopra detto, anche la possibilità di disporre una nuova e diversa allocazione delle risorse già disponibili e, quindi, intervenendo con un piano di assunzioni delle figure necessarie solo per la parte cui non è possibile fare fronte in tal modo.

### 3.3.4. Formazione del personale

La formazione del personale permette alle aziende di potenziare le competenze dei propri dipendenti e di svilupparne di nuove al fine di migliorare i processi aziendali rendendoli più efficaci ed efficienti.

Investire nel capitale umano significa mettere le persone al centro, credere nella potenzialità della formazione e dell'aggiornamento continuo.

Fornire ai dipendenti la possibilità di formarsi per crescere personalmente e professionalmente rappresenta altresì una leva importante per l'attrattività e la fidelizzazione del personale.

Per il personale delle professioni sanitarie, la formazione oltre che ad essere necessaria, risulta anche essere obbligatoria, proprio in virtù dell'importanza della tipologia di lavoro svolto.

Allo stato attuale sono numerose le convenzioni stipulate con istituti universitari che hanno lo scopo di accogliere tirocinanti nelle professioni sanitarie. Esiste altresì una convenzione quadro con l'Università della Tuscia per collaborazione bilaterale scientifica di studio e scambio di servizi e tecnologie, attività di ricerca, di consulenza, di esperienza didattica e di formazione accademica e professionale attinenti a materie e argomenti di reciproco interesse. Tale convenzione ha portato alla realizzazione di un corso executive sulla "Qualità e sviluppo delle competenze nei servizi centrali delle Aziende sanitarie pubbliche" rivolto a dirigenti e collaboratori amministrativi.

Il Piano si prefigge lo sviluppo delle competenze del personale dipendente in linea con l'attuale contesto dinamico in cui operano le aziende produttrici di servizi pubblici sanitari (contesto che richiede una costante azione di sviluppo delle professionalità dei propri operatori per garantire nel più alto grado possibile l'efficacia, l'adeguatezza e l'efficienza dell'assistenza alla collettività) e con quanto previsto dal PNRR il quale prevede una specifica linea di investimento per lo sviluppo costante delle competenze manageriali del personale del sistema sanitario, chiamato a fronteggiare sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile ed orientata al risultato.

Nel periodo di riferimento del Piano, con l'Università della Tuscia verrà portato a termine il corso executive e verranno sviluppati nuovi progetti di ricerca ad hoc. Si prevede altresì, su proposta della UOSD Endoscopia Digestiva, la stipulazione di una convenzione con l'Università di Strasburgo, nella quale opera un Centro di Endoscopia Digestiva Operativa, per la creazione di un centro di ricerca scientifica e di riferimento clinico-terapeutico nell'ambito endoscopico-digestivo, nonché di una rete ospedaliero –universitaria con avvio di progetti di ricerca condivisi.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha infine intenzione di sviluppare ulteriormente la collaborazione con il Policlinico Tor Vergata per la formazione degli operatori del Dipartimento.

In un'ottica di revisione dei processi e considerata l'importanza attribuita alle attività di aggiornamento e formazione del personale, l'Asl Roma 4 ha intenzione di dotarsi di un regolamento specifico che stabilisca i criteri generali per:

- individuare e selezionare le iniziative di formazione e di aggiornamento del personale Dipendente dell'ASL Roma 4;
- stabilire i canali da cui può emergere l'esigenza di formazione o aggiornamento;
- chiarire le responsabilità delle decisioni in materia di bisogno formativo;
- definire le procedure di attivazione delle diverse iniziative di formazione ed aggiornamento.

La Direzione Generale considera la formazione una leva strategica fondamentale nello sviluppo e fidelizzazione delle Risorse Umane. È in corso di elaborazione il Piano Formativo 2023 che, considera tutte le aree ed i settori operativi prevedendo la progettazione di interventi formativi trasversali per tutte le Strutture operative assicurando la generazione di valore aggiunto. A tal fine è stato istituito un apposito gruppo di lavoro che vede impegnati diversi direttori di struttura appartenenti ai vari ruoli operativi, per la predisposizione e l'attuazione del nuovo Piano formativo.

## 4. MONITORAGGIO

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

- secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, per quanto attiene alle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance";

- secondo le modalità definite dall'ANAC, relativamente alla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza". In particolare, con riferimento al monitoraggio delle misure previste nel Piano 2021-2023 per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza, si rimanda ai contenuti inseriti nella specifica sottosezione 2.3 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.