

Deliberazione Direttore Generale n. 906 del 30/09/2022

Direzione Generale: Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma
C.F. e P.I. 04733491007

STRUTTURA PROPONENTE: UOSD Affari Generali
OGGETTO: Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022/2024
L' Estensore: Ester Battistini

Parere del Direttore Amministrativo : Dr.ssa Francesca Merli Parere DA: FAVOREVOLE
Parere del Direttore Sanitario : Dr.ssa Daniela Sgroi Parere DS: FAVOREVOLE
Il presente provvedimento non necessita di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale. <p style="text-align: right;">Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente Cristina Vio</p>
Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 2059 Hash .pdf (SHA256): 34369d902390f48efdae77bf73aec367cc0831a1633471e80e89c38d95cd5e56 Hash .p7m (SHA256): 6042b854bb7ea68903af9d073b38046458e69c84e3f625f2bbc622145efa4987 Firme digitali apposte sulla proposta: Merli Francesca,Cristina Vio,SGROI DANIELA Il Responsabile del Procedimento: Ester Battistini Il Dirigente: Cristina Vio Il Direttore del Dipartimento:

Deliberazione

II DIRIGENTE U.O.S.D. AFFARI GENERALI

- VISTA** la Deliberazione n. 13 del 09.01.2020 relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con DCA n. U00033 dell'11.02.2020 e pubblicato sul BURL del 13.02.2020 n. 13;
- VISTO** il D. Lgs. 150/2009 con oggetto "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";
- VISTO** il D. Lgs. 33/2009 con oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- VISTO** il D. Lgs. 97/2017 con oggetto "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione, della corruzione, pubblicità e trasparenza correttivo della Legge 6 novembre, n. 190 e del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'art. 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- CONSIDERATO** che l'articolo 6 comma 1 del D. L. n.80/2021, il c.d. "Decreto Reclutamento", convertito con modificazioni nella Legge 6 agosto 2021, n.ro 113 prevede che entro il 31 gennaio di ciascun anno le pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 165/2001, con più di 50 dipendenti, adottino il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) in attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR;
- VISTO** il Regolamento adottato con D.P.R. 24 giugno 2022 n. 81 recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO;
- PRESO ATTO** che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 del D.P.R. 81/2022, per le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2 del D. Lgs. 165/2001, con più di 50 dipendenti, sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, gli adempimenti inerenti ai piani:
- a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e artt. 60bis (Piano delle azioni concrete) e 60ter del D. Lgs. 165/2001;
 - b) articolo 2, comma 594 lettera a) della L. 244/2007 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
 - c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1ter, del D. Lgs. 150/2009 (Piano della performance);
 - d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della L. 190/2012 (Piano di Prevenzione della Corruzione);
 - e) articolo 14, comma 1 della L. 124/2015 (Piano organizzativo del lavoro agile);
 - f) articolo 48, comma 1, del D. Lgs. 198/2006 (Piani di azioni positive);

Deliberazione

- CONSIDERATO** altresì, lo schema tipo allegato al decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del PIAO;
- RITENUTO** che il PIAO 2022/2024 possa considerarsi in questo primo anno di applicazione un piano di transizione che integra gli atti di pianificazione già assunti dall'Azienda in attuazione delle norme che regolano gli enti del SSN con riguardo alle ulteriori prospettive programmatiche indicate nel citato art. 6 del D. L. 80/2021;
- pertanto, di procedere all'adozione del PIAO (Allegato n. 1) 2022-2024 e di pubblicare la presente deliberazione sul sito web della ASL Roma 3, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente", nonché di curare gli ulteriori adempimenti di invio ai competenti Organi e Amministrazioni;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, L. 241/90;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non è sottoposto al controllo regionale ai sensi del combinato disposto dell'art. 30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni e degli artt. 21 e 22 della L.R. n. 45/96;

PROPONE

per i motivi meglio espressi in narrativa che si intendono integralmente riportati:

- di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022/2024 (Allegato 1).

**Il Dirigente U.O.S.D. Affari Generali
Dr.ssa Cristina Vio**

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00201 del 29.10.2021;
- VISTA** la deliberazione n. 1 del 02.11.2021 avente ad oggetto: "*Insedimento della Dr.ssa Francesca Milito in qualità di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3*";
- LETTA** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal responsabile dell'Unità Organizzativa in frontespizio indicata;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo

Deliberazione

comma, L.241/90;

VISTI

il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

- di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022/2024 (Allegato 1).

Il presente atto, composto di n. 4 pagine e 1 allegato, sarà pubblicato all'Albo on line dell'Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L.R. 31.10.1996 n. 45.

**Il Direttore Generale
Dr.ssa Francesca Milito**

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (2022-2024)



Sommario

INTRODUZIONE.....	4
SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE.....	5
SEZIONE 1: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	7
VALORE PUBBLICO.....	7
a) PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA (RISULTATI ATTESI IN TERMINI DI OBIETTIVI PROGRAMMATI IN COERENZA CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA)	7
b) ACCESSIBILITA' ALLE AMMINISTRAZIONI PER I CITTADINI ULTRASESSANTACINQUENNI E DEI CITTADINI CON DISABILITA'	22
c) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE	24
d) OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO ED INCREMENTO EL BENESSERE ECONOMICO, SOCIALE, EDUCATIVO, ASSISTENZIALE, AMBIENTALE.....	25
PERFORMANCE.....	30
a) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE.....	30
b) OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE	30
c) OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITA' DELL'AMMINISTRAZIONE	31
ANTICORRUZIONE	32
a) VALUTAZIONE DELL' IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO.....	32
b) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO.....	33
c) MAPPATURA DEI PROCESSI PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISCHI CORRUTTIVI	34
d) IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI	35
e) PROGETTAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEI RISCHI CORRUTTIVI.....	37
SEZIONE 2: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	46
STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	46
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	47
a) RIFERIMENTI NORMATIVI.....	47
b) DISCIPLINE E MISURE ORGANIZZATIVE	48
c) ACCESSO AL LAVORO AGILE (L'ACCORDO INDIVIDUALE).....	49
d) SMART-WORKING PER I LAVORATORI FRAGILI E/O CONVIVENTI CON PERSONE FRAGILI	50
e) ADOZIONE STRUMENTI TECNOLOGICI PER GARANTIRE LA DIFFUSIONE E L'UTILIZZO DI FORME DI LAVORO AGILE	51
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	53
a) RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DEL PERSONALE	53
a) LE CESSAZIONI ATTESE PER IL TRIENNIO 2022-2024.....	54
b) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	57
c) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DISTRETTI SANITARI TERRITORIALI... ..	58

d) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ...	60
e) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	63
f) Procedure al fine di coprire le Strutture Complesse	64
g) SINTESI DEL FABBISOGNO 2022-2024	64
h) SOSTENIBILITA' ECONOMICA.....	68
SEZIONE 3: MONITORAGGIO	69
a) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI	69
b) MONITORAGGIO RELATIVO ALLE PERFORMANCE	70
c) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ANTICORRUZIONE.....	71
d) MONITORAGGIO RELATIVO AL LAVORO AGILE	71
ELENCO ALLEGATI.....	73
ALLEGATO 1 – DISCIPLINARE PER IL CORRETTO UTILIZZO DEGLI STRUMENTI INFORMATICI E TELEMATICI, INTERNET E POSTA ELETTRONICA	73
ALLEGATO 2 – ELENCO UPGRADE PER CIASCUNA SEDE AZIENDALE.....	73
ALLEGATO 3 –CODICE ETICO 2022	73
ALLEGATO 4 – REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) 2022.....	73
ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITA' 2022.....	73
ALLEGATO 6 – MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO <i>SMART-WORKING</i>	73
ALLEGATO 7 - PROPOSTA DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' IN <i>SMART-WORKING</i>	73
ALLEGATO 8 - LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN <i>SMART-WORKING</i>	73
ALLEGATO 9 - ORGANIGRAMMA.....	73

INTRODUZIONE

I cambiamenti sociali e demografici, dovuti nell'ultimo periodo in primo luogo alla situazione epidemiologica emergenziale, hanno determinato un eccezionale fenomeno di riorganizzazione del lavoro attraverso interventi mirati al cambiamento generalizzato relativo alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa anche all'interno delle Aziende Sanitarie.

Tali cambiamenti sono volti alla predisposizione di misure caratterizzate da elasticità e flessibilità, allo scopo di favorire l'efficienza in termini di qualità del servizio pubblico e di assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

La legge 6 agosto 2021, n. 113 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia) ha previsto l'introduzione del Piano integrato di attività e organizzazione (di seguito P.I.A.O.) quale strumento di programmazione e pianificazione unitario.

Il P.I.A.O. deve essere obbligatoriamente adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti al precipuo scopo di sostituire, mediante l'assorbimento in un unico documento di programmazione e *governance*, molti degli atti di pianificazione che fino ad oggi le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente e che si possono così riassumere:

- Piano della performance;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali;
- Piano delle azioni concrete;
- Piano delle azioni positive;
- Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- Piano dei fabbisogni del personale;
- Piano organizzativo del lavoro agile;
- Piano esecutivo di gestione.

Il Piano ha durata triennale e deve essere aggiornato annualmente.

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, costituita con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 8 dell'8/08/1994, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

L'Azienda ha sede legale in Roma Via Casal Bernocchi 73, c.a.p. 00125, codice fiscale e partita I.V.A. 04733491007.

Il logo dell'Azienda, unico per tutte le Aziende del Sistema Sanitario del Lazio secondo le previsioni del Manuale di Identità Visiva delle ASL, è il seguente:



Il sito ufficiale Internet dell'Azienda è all'indirizzo web: www.aslroma3.it.

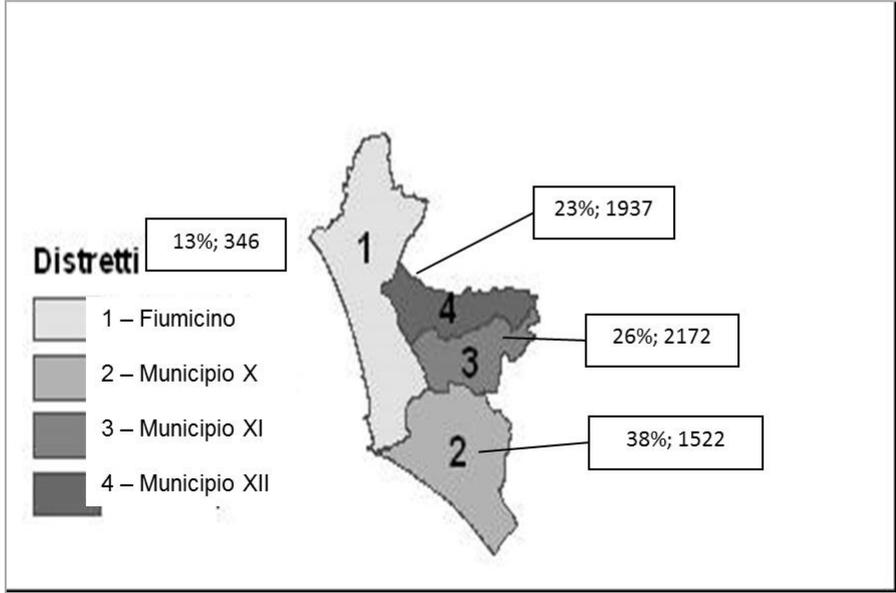
Sul sito l'Azienda, a norma dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/2009, assolve gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi e tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutte le risorse che concorrono allo svolgimento delle relative attività ed al perseguimento delle sue finalità istituzionali.

L'Azienda utilizza il patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei libricontabili, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del 2° comma, art. 5 D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda ha un ambito territoriale di 517 kmq. che corrisponde ai Municipi X – XI – XII del Comune di Roma e al territorio del Comune di Fiumicino. Ha un bacino d'utenza di 609.534 abitanti suddiviso in quattro Distretti, coincidenti con i citati Municipi del Comune di Roma e con il territorio del Comune di Fiumicino.



SEZIONE 1: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

a) PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA (RISULTATI ATTESI IN TERMINI DI OBIETTIVI PROGRAMMATI IN COERENZA CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA)

Vengono illustrati i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi anni che rappresentano il punto di riferimento e di partenza per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano triennale 2022-2024

0/000

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (non ancora approvato)	Proposta Bep 2022
A-Valore della produzione	1.047.137	1.047.776	1.089.225	1.118.313	1.072.153
B-Costi della produzione	1.039.508	1.040.756	1.078.051	1.148.332	1.174.311
Differenza tra valore e costi della produzione	7.629	7.020	11.173	-30.018	-102.157
C-Proventi e oneri finanziari	-7.440	-3.605	4.699	3.179	4.230
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	8.448	5.121	2.426	10.276	-18
X-Risultato prima delle imposte	8.637	8.536	8.901	-22.921	-106.406
Y-Imposte e tasse	8.638	8.536	8.901	9.363	11.740
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	-1	0	0	(32.284)	(118.147)

La perdita 2022 ha previsto l'impatto dei maggiori costi Covid per l'intero anno, sostenuto con le sole risorse aziendali. L'impatto economico del Covid è stato stimato per l'intero anno.

La sottosezione Valore Pubblico rappresenta un'innovazione sostanziale rispetto alle altre sezioni del piano; esso richiama un concetto, peraltro proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020, DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019e 2020, che rappresenta il catalizzatore degli sforzi programmatici dell'Azienda.

Per valore pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders* creato da un'amministrazione pubblica.

Per creare Valore Pubblico si sta procedendo a coinvolgere e motivare dirigenti e dipendenti, a curare la salute delle risorse e migliorare le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti.

In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea attraverso la programmazione di obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e di obiettivi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, l'equilibrio di genere, la produzione di una comunicazione esterna ed interna, efficaci e funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

In tale contesto la ASL Roma 3 svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute e la sua missione aziendale consiste nel promuovere, mantenere e migliorare lo stato di salute, sia individuale che collettivo, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, garantendo l'accesso ai percorsi socio-sanitari e alle prestazioni ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza.

I principi di efficacia, efficienza ed economicità rappresentano i valori fondanti dell'Azienda.

L'universalismo e l'equità, principi fondamentali del nostro servizio sanitario, sono recepiti dall'Azienda come premesse per una pari opportunità di accesso e di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini, capace di far fronte alle modificate esigenze sanitarie degli stessi, garantendo servizi personalizzati ad alto contenuto professionale.

L'Azienda assicura la propria missione grazie all'erogazione diretta di prestazioni da parte delle proprie strutture e attraverso l'erogazione di prestazioni da parte di professionisti convenzionati e di strutture pubbliche e private accreditate, con cui instaura specifici accordi.

L'Azienda concorre alla realizzazione della più vasta missione del servizio sanitario della Regione Lazio, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria, nelle forme previste dalla programmazione e dalla legislazione in accordo con gli enti locali.

La specifica missione della ASL Roma 3 in quanto Azienda sanitaria territoriale è quella di garantire attivamente la promozione e la tutela della salute della popolazione di riferimento e si fonda:

- sulla centralità della persona;
- sull'universalità dell'assistenza ed equità di accesso dei servizi;
- sulla qualità e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni;
- su un sistema interno di regole, di procedure e di controlli;
- la presa in carico delle persone assistite anche attraverso strumenti innovativi quali le Case della Comunità (CdC) distinte in HUB e SPOKE, Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT e COA) e la Telemedicina;
- l'unitarietà degli interventi e la continuità assistenziale;
- la condivisione delle criticità e delle scelte organizzative attraverso il coordinamento e l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- lo sviluppo della sanità territoriale di prossimità e iniziativa;
- il miglioramento dell'efficienza erogativa;
- l'accessibilità e l'equità di risposta;
- la valutazione di qualità e di esiti

L'Azienda è un'organizzazione che gestisce in modo coordinato i processi assistenziali e organizzativi per la promozione e la tutela della salute attorno ai bisogni prioritari, alle legittime esigenze e alle aspettative dei cittadini, ottimizzando l'uso delle risorse, ponendo attenzione alla qualità, sviluppando e valorizzando le professionalità dei propri dipendenti, integrando strutture e professionisti esterni o accreditati.

Il sistema organizzativo dell’Azienda è orientato all’efficacia, all’efficienza, alla sicurezza e all’adeguatezza dei servizi offerti agli utenti rispetto alle loro attese e ai loro bisogni, mutevoli e differenziati, in un contesto di gestione razionale delle risorse disponibili.

L’Azienda tiene in debito conto le valutazioni espresse dai propri cittadini, considerandole un indispensabile contributo al miglioramento del governo clinico delle prestazioni.

L’Azienda si impegna all’uso ottimale delle risorse, nella consapevolezza del loro essere per definizione limitate rispetto a bisogni virtualmente illimitati.

L’Azienda, nel perseguimento dei propri obiettivi strategici, ritiene imprescindibile l’apporto di personale professionalmente preparato; è impegnata a qualificare sempre più le sue strutture, i suoi professionisti e i processi di erogazione dell’assistenza nei confronti dei cittadini.

L’Azienda si impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell’ambito della programmazione regionale e locale. A tal fine individua nella definizione di specifici accordi contrattuali il principale strumento di regolamentazione dei rapporti con i soggetti privati accreditati.

Al riguardo vengono, illustrati di seguito i risultati gestionali delle principali linee di attività per tipologia di assistenza. Il raffronto con i dati di produzione del 2021 non può e non vuole rappresentare l’andamento dei risultati, l’emergenza sanitaria ha completamente bloccato alcuni tipi di attività costringendo tutte le aziende sanitarie a orientare risorse e strumenti disponibili nel contrasto e nel contenimento dell’epidemia. Sembra opportuno però riportare il periodo particolare all’anno precedente, anche per comprendere meglio i temi sui quali orientarsi nel prossimo futuro.

1) Assistenza ospedaliera

RICOVERI ORDINARI									
Tipologia	Istituto	Numero Dimessi				Valore Economico			
		2020	2021	Differenza assoluta	Differenza %	2020	2021	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB Grassi	7.109	7.137	0,4	0,4	21.513.577	24.106.513	2.592.936	10,8
Unità Spinale	CPO	52	61	14,8	17,3	1.526.295	1.681.506	155.211	9,2
Riabilitazione		-	23			-	195.001		
Totale		7.161	7.221	0,8	0,8	23.039.872	25.983.020	2.943.148	11,3

RICOVERI DAY HOSPITAL-DAY SURGERY									
Tipologia	Istituto	Numero Dimessi				Valore Economico			
		2020	2021	Differenza assoluta	Differenza %	2020	2021	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB Grassi	1.229	1.141	-7,7	-7,7	1.230.276	1.243.072	12.796	1,0
Unità Spinale	CPO	7	18	61,1	157,1	22.590	67.771	45.181	66,7
Riabilitazione		-	1	-	-	1.036	-	-	-
Totale		1.236	1.160	-6,6	-6,6	1.252.866	1.311.879	59.013	4,5

RICOVERI TUTTI									
Tipologia	Istituto	Numero Dimessi				Valore Economico			
		2020	2021	Differenza assoluta	Differenza %	2020	2021	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB Grassi	8.338	8.278	-0,7	-0,7	22.743.853	25.349.585	2.605.732	10,3
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	59	103	42,7	42,7	1.548.885	1.945.314	396.429	20,4
Totale		8.397	8.381	-0,2	-0,2	24.292.738	27.294.899	3.002.161	11,0

Fonte: flusso SIO validato da Regione. Elaborazione UOS Controllo di Gestione.

L'anno 2021 ha visto una parziale recupero della produzione rispetto al 2020; i dati relativi alle giornate di ricovero e al valore della produzione rimangono inferiori ai livelli pre pandemici.

Il progressivo aumento delle persone che accedono in modo non programmato al Pronto soccorso, con una domanda sempre crescente di prestazioni sanitarie, ha reso necessario, a livello nazionale, rivedere le modalità organizzative utili a identificare le priorità di accesso alla visita medica.

Nel ridefinire la funzione di triage le nuove Linee di indirizzo nazionali si sono poste, infatti, come principale obiettivo quello di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente, oltre a garantire un sistema di triage infermieristico uniforme su tutto il territorio nazionale.

Le tabelle che seguono sintetizzano gli accessi al Pronto Soccorso del PO GB Grassi negli anni 2020/2021.

Triage	Numero Accessi 2020 Triage						Totale 2020
	A Rosso	B Arancio	C Azzurro	D Verde	E Bianco	5 Non Eseg.	

Giunto cadavere	10	0	0	0	0	0	10
A domicilio	256	1.544	8.032	14.398	592	44	24.868
Ricoverato	876	1.276	2426	996	11	22	5.607
Trasferito	389	661	1.091	313	1	4	2.459
Deceduto in PS	82	28	14	3			127
Rifiuta ricovero	84	311	1.030	656	3	3	2.087
Non risponde a chiamata	3	20	272	1.348	246	20	1.909
Si allontana spontaneamente	55	78	318	685	53	2	1.191
Totale	1.755	3.918	13.183	18.399	906	95	38.258

Fonte: UOC ESIS. * Nel 2020, sono stati registrati anche 2 codici verdi, esclusi in tabella per semplificarne la lettura.

Triage	Numero Accessi 2021 Triage						Totale 2021
	A Rosso	B Arancio	C Azzurro	D Verde	E Bianco	5 Non Eseg.	
Giunto cadavere	9						9
A domicilio	328	1.553	8280	15.154	608	53	25.976
Ricoverato	799	1.204	2355	959	14	30	5.361
Trasferito	357	721	1.203	407	2	1	2.691
Deceduto in PS	106	38	26	5			175
Rifiuta ricovero	88	312	1.116	693	9	2	2.220
Non risponde a chiamata	3	26	438	1.885	292	26	2.670
Si allontana spontaneamente	54	88	282	687	55	2	1.168
Trasferimento a struttura territoriale		1	2	1			4
Totale	1.744	3.943	13.702	19.791	980	114	40.274

2) Assistenza territoriale

Come già indicato, l'attività Specialistica Ambulatoriale viene erogata nei diciassette presidi territoriali. Nella tabella di seguito sono messe a confronto le prestazioni degli Esercizi 2020 e 2021.

Distretto	N. 2021	Valore teorico 2021	N. 2020	Valore teorico 2020	Diff. N.	Diff. Valore
Distretto Municipio X	206.759	1.053.236,58	185.494	989.653,03	11,5	6,4
Distretto Municipio XI	476.959	2.738.670,85	411.602	2.401.071,90	15,9	14,1
Distretto Municipio 12	130.194	864.863,04	118.620	947.780,97	9,8	-8,7
Comune di Fiumicino	146.010	812.583,14	117.163	749.819,30	24,6	8,4
PPOO	194.624	3.289.324,44	298.026	3.395.188,82	-34,7	-3,1
Totale	1.154.546	8.758.678,05	1.130.905	8.483.514,02	2,1	3,2

NB: le prestazioni non contengono l'attività di dialisi

Fonte: UOC ESIS. * Nel 2020, sono stati registrati anche 2 codici verdi, esclusi in tabella per semplificarne la lettura.

Le tabelle successive descrivono il volume di prestazioni in dettaglio, specificando i riferimenti per Poliambulatorio e branca.

Le prestazioni sono in linea con l'anno 2020, inferiori alla produzione pre pandemica

Volumi di attività e valorizzazione economica (compresa attività APA-PAC), suddivisa per presidio

Distretto	Nome	Prestazioni			Valorizzazione Economica		
		2021	2020	Var%	2021	2020	Var%
1	Poliambulatorio Fregene	44.206	40.658	8,7	176.860,63 €	156.935,30 €	12,7
	Poliambulatorio Palidoro	25.668	22.301	15,1	105.949,95 €	81.313,12 €	30,3
	Poliambulatorio Fiumicino	136.885	122.535	11,7	770.426,00 €	751.404,61 €	2,5
1 Totale		206.759	185.494	11,5	1.053.236,58 €	989.653,03 €	6,4
2	Poliambulatorio Paolini	19.634	18.047	8,8	391.641,08 €	368.924,72 €	6,2
	Casa della Salute di Ostia	189.259	149.401	26,7	898.929,34 €	735.650,25 €	22,2
	Poliambulatorio Acilia	168.534	140.535	19,9	983.704,86 €	845.593,62 €	16,3
	Poliambulatorio Ostia Antica	99.532	103.619	-3,9	464.395,57 €	450.903,31 €	3,0
2 Totale		476.959	411.602	15,9	2.738.670,85 €	2.401.071,90 €	14,1
3	Poliambulatorio Di Ponte Galeria	39.008	37.764	3,3	249.420,00 €	236.061,06 €	5,7
	Poliambulatorio Corviale	3.943	3.818	3,3	74.167,96 €	70.327,88 €	5,5
	Poliambulatorio Vaiano	87.243	77.038	13,2	541.275,08 €	641.392,03 €	-15,6
3 Totale		130.194	118.620	9,8	864.863,04 €	947.780,97 €	-8,7
4	Poliambulatorio Ramazzini	61.946	49.074	26,2	502.536,15 €	513.287,28 €	-2,1
	Poliambulatorio Massimina	10.265	9.837	4,4	34.515,11 €	32.386,58 €	6,6
	Poliambulatorio Consolata	42.838	34.477	24,3	158.462,73 €	121.211,79 €	30,7
	Poliambulatorio Colle Massimo	30.961	23.775	30,2	117.069,15 €	82.933,65 €	41,2
4 Totale		146.010	117.163	24,6	812.583,14 €	749.819,30 €	8,4
PPOO	Poliambulatorio G.B. Grassi	175.422	286.650	-38,8	3.034.678,82 €	3.188.438,52 €	-4,8
	Poliambulatorio Cpo	19.202	11.376	68,8	254.645,62 €	206.750,30 €	23,2
PPOO Totale		194.624	298.026	-34,7	3.289.324,44 €	3.395.188,82 €	-3,1
		1.154.546	1.130.905	2,1	8.758.678,05 €	8.483.514,02 €	3,2
	Poliambulatorio G.B. Grassi	26.501	43.746	-39,4	1.561.223,18 €	3.125.142,35 €	-50,0
	Poliambulatorio Cpo	15.910	1.682		1.048.669,72 €	95.246,76 €	
	totale dialisi	42.411	45.428	-6,6	2.609.892,90 €	3.220.389,11 €	-19,0

Volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN nelle strutture pubbliche per branca specialistica)

		Prestazioni in regime SNN					
Codice		Prestazioni in			Totale		
Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	APA/PAC	dialisi	Totale 2021	Totale 2020	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	961.594			961.594	905.891	6,1
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	7.213			7.213	8.667	-16,8
08	Cardiologia	16.529	167		16.696	20.022	-16,6
09	Chirurgia generale	2.808	24		2.832	3.300	-14,2
12	Chirurgia Plastica	1.689			1.689	1.476	14,4
15	Medicina dello Sport	2	155		157	687	-77,1
19	Endocrinologia	15.754	84		15.838	15.000	5,6
29	Nefrologia	2.455	21.605	42.411	66.471	77.133	-13,8
30	Neurochirurgia	20			20	0	
32	Neurologia	7.228			7.228	12.563	-42,5
34	Oculistica	11.343	17.136		28.479	30.990	-8,1
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	7.593			7.593	6.389	18,8
36	Ortopedia e Traumatologia	9.042	419		9.461	12.385	-23,6
37	Ostetricia e Ginecologia	4.871			4.871	5.619	-13,3
38	Otorinolaringoiatria	7.125			7.125	7.616	-6,4
40	Psichiatria	7.840			7.840	7.546	3,9
43	Urologia	2.938			2.938	3.340	-12,0
52	Dermosifilopatia	4.808	936		5.744	6.905	-16,8
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	1.215			1.215	5.269	-76,9
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	1.990			1.990	1.657	20,1
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	70			70	0	
64	Oncologia	2.862			2.862	3.676	-22,1
68	Pneumologia	5.910	8		5.918	6.071	-2,5
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	18.247			18.247	21.574	-15,4
79	Risonanza Magnetica	890			890	913	-2,5
82	Anestesia	2.016			2.016	869	132,0
99	Altro	9.586	374		9.960	10.775	-7,6
Totale		1.113.638	40.908	42.411	1.196.957	1.176.333	1,8

Valorizzazione teorica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN) rese dalle strutture pubbliche, per branca specialistica

Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	dialisi	Totale 2021	Totale 2020	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	3.604.573,96 €			3.604.573,96 €	3.392.469	6,3
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	299.163,89 €			299.163,89 €	334.292	-10,5
08	Cardiologia	384.837,30 €	5.582,03 €		390.419,33 €	432.406	-9,7
09	Chirurgia generale	47.970,46 €	19.484,00 €		67.454,46 €	53.069	27,1
12	Chirurgia Plastica	29.702,66 €			29.702,66 €	25.018	18,7
15	Medicina dello Sport	25,82 €	968,97 €		994,79 €	3.718	-73,2
19	Endocrinologia	242.582,87 €	689,44 €		243.272,31 €	217.762	11,7
29	Nefrologia	36.778,17 €	178.260,64 €	2.609.892,90 €	2.824.931,71 €	3.474.004	-18,7
30	Neurochirurgia	1.549,40 €			1.549,40 €		
32	Neurologia	110.344,60 €			110.344,60 €	177.850	-38,0
34	Oculistica	191.861,65 €	1.194.098,00 €		1.385.959,65 €	1.000.920	38,5
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	166.638,40 €			166.638,40 €	146.129	14,0
36	Ortopedia e Traumatologia	175.489,54 €	10.100,00 €		185.589,54 €	233.073	-20,4
37	Ostetricia e Ginecologia	116.303,13 €			116.303,13 €	131.580	-11,6
38	Otorinolaringoiatria	117.100,00 €			117.100,00 €	119.527	-2,0
40	Psichiatria	130.509,34 €			130.509,34 €	120.913	7,9
43	Urologia	57.810,30 €			57.810,30 €	65.687	-12,0
52	Dermosifilopatia	88.838,10 €	34.250,00 €		123.088,10 €	132.797	-7,3
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	14.900,53 €			14.900,53 €	56.770	-73,8
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	110.980,63 €			110.980,63 €	113.842	-2,5
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	1.988,70 €			1.988,70 €		
64	Oncologia	39.169,72 €			39.169,72 €	49.278	-20,5
68	Pneumologia	107.473,44 €	61,97 €		107.535,41 €	113.614	-5,4
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	967.068,83 €			967.068,83 €	1.046.702	-7,6
79	Risonanza Magnetica	145.683,00 €			145.683,00 €	153.215	-4,9
82	Anestesia	34.831,89 €			34.831,89 €	18.870	84,6
99	Altro	90.006,16 €	1.000,51 €		91.006,67 €	90.397	0,7
Totale		7.314.182,49 €	1.444.495,56 €	2.609.892,90 €	11.368.570,95 €	11.703.903	-2,9

Di seguito sono elencate le strutture, a gestione diretta, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale:

Salute Mentale Adulti				
Attività Ambulatoriale/Domiciliare Distrettuale				
CSM Comune Fiumicino - L.go Spinarello				
CSM X Municipio - Ostia Acilia				
CSM XI Municipio - Via Portuense				
CSM XII Municipio - Via Giovagnoli				
Attività Semi-Residenziale Distrettuale				
Centro Diurno Comune Fiumicino				
Centro Diurno X Municipio "Tagaste"				
Centro Diurno XI Municipio "Arvalia" unificato con CD "Portuense" in data 11/3/2021				
Centro Diurno XI Municipio "Portuense"				
Centro Diurno XI Municipio ad Indirizzo Sportivo "Sport"				
Centro Diurno XII Municipio Riabilitativo "Monte verde"				
Centro Diurno XII Municipio Semiresidenziale "Giovagnoli"				
Attività Residenziale h/24 Dipartimentale		PP. LL.	2020	2021
Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa ad Alta Intensità XI Mun. "Corviale"			10	10
Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa estensiva XII Mun. "Catacombe di Generosa"			16	16
Attività Ospedaliera Dipartimentale		PP.LL	2020	2021
Degenza Ordinaria				
SPDC c/o ASO S. Camillo – Forlanini			15*	15*
SPDC c/o H. G.B. Grassi Degenza			16	16
Day-Hospital				
SPDC c/o PO G.B. Grassi Day-Hospital			2	2
SPDC c/o ASO S. Camillo – Forlanini			4	4
Salute Mentale Età Evolutiva				
Attività Ambulatoriale/Domiciliare Distrettuale				
TSMREE Comune di Fiumicino				
TSMREE X Municipio Comune di Roma Ostia				
TSMREE X Municipio Comune di Roma Acilia				
TSMREE XI Municipio Comune di Roma Via Vaiano				
TSMREE XII Municipio Comune di Roma Via Colautti				
TSMREE Sanità Penitenziaria Minori Via V. Agnelli XII Municipio Comune di Roma				
NOTA * Fonte dati NSIS - 2019 HSP 12 a cura di ASO San Camillo				

Nella tabella che segue, sono invece descritti i dati di produzione.

	2020	2021
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Adulti		
Prestazioni	61.058	68.744
Utenti Trattati	5.354	5.718
Attività Semi-Residenziale SM Adulti		
Accessi	5.656	8.959
Utenti Inseriti	256	293
Attività Residenziale SM Adulti (Gestione Diretta)		
Accessi	5.427	4.705*
Utenti Inseriti	32	27
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Età Evolutiva TSMREE		
Prestazioni	34.874	33.319
Utenti Trattati	5.279	5.878
Attività Ospedaliera		
Ricoveri Ordinari SPDC Grassi	439	457
Ricoveri DH SPDC Grassi	0	0
Ricoveri Ordinari SPDC San Camillo	338	380
Ricoveri DH SPDC San Camillo	60	18

Fonte dati sistema informativo DSM a cura G. Venturi

*valori parziali per mancato inserimento dei dati da parte della struttura SRSR "Corviale".

Considerato il periodo di emergenza sanitaria, le linee di attività Ambulatoriale/domiciliare, Semiresidenziale, Residenziale sia come prestazioni/accessi che come utenti trattati hanno contenuto la riduzione sia dei pazienti presi in carico che delle prestazioni erogate.

Tale riduzione è stata, per quanto possibile, compensata, dall'implementazione della telemedicina anche in quest'area di attività, le cui modalità di erogazione sono descritte più avanti nella sezione dedicata alla performance 2021 del Dipartimento di Salute Mentale.

Stante il carattere sintetico della presente relazione, si è preferito selezionare solo alcuni dati di produzione del Dipartimento di Prevenzione quali quelli inerenti alle vaccinazioni e allo screening oncologico.

Immunoprofilassi - Ambulatorio vaccinale - Anno 2021											
Prestazione	Descrizione prestazione	FIUMICINO		X		XI		XII		Totale	
		2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	Tot. soggetti vaccinati	13.598	13.010	27.613	25.961	16.902	13.190	12.115	10.761	70.228	62.922
	N. dosi vaccinazioni totali	20.825	20.840	42.059	39.957	24.267	20.238	17.858	17.439	105.009	98.474
	di cui n. dosi di vaccino MPR	1.649	1.693	3.461	3.622	2.185	1.890	1.565	1.662	8.860	8.867
	di cui n. dosi di vaccino HPV	1.379	1.928	3.887	4.987	1.958	2.343	1.977	2.304	9.201	11.562
campagna antinfluenzale	numero vaccinati nei centri vaccinali	2341	806	2.764	1.383	3.111	1.102	1.839	352	10.055	3.643
campagna antipneumococcica	numero vaccinati nei centri vaccinali	1622	869	1.983	1.119	712	721	740	529	5.057	3.238
interventi vaccinali su comunità chiuse	N. dosi di vaccino somministrate	0	0	0	0	30	4	0	0	30	4
Asili nido: Colloquio con genitori e assistenti all'infanzia	n. colloqui	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sorveglianza sanitaria su segnalazione	n. interventi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intradermoreazione di Mantoux	numero utenti	0	0	65	0	0	0	823	0	888	0
Registrazione certificati vaccinali di altra ASL/Regione	numero vaccinazioni registrate	644	712	950	1.106	745	1018	643	481	2.982	3.317

Le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate risultano complessivamente incrementate, anche se non in tutti Distretti. Sono aumentate in maniera evidente, invece, in tutto il territorio le persone che si sono sottoposte alle

vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica, sicuramente sensibilizzate dal rischio di contrarre influenza o polmonite dai sintomi molto simili a quelli da Covid-19.

Le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate risultano complessivamente ridotte.

Di seguito i dati relativi ai vaccini COVID -19 :

ANNO	2021
n.vaccinazione centri vaccinali aziendali	275.783
n. vaccinazioni seguite a domicilio o presso Case di Cura e RSA	24.306
n. vaccinazioni convenzione Croce Rossa lunga sosta	364.780
n. vaccinazioni presso strutture accreditate	26.320
n. vaccinazioni eseguite dai MMG e PLS	116.787

Si procede quindi ad osservare i dati sull'attività di screening oncologico.

Screening Mammografico

ANNO	2020	2021
Popolazione target annua	43.811	44.093
Donne invitate grezze	39.661	45.138
Spontanee	1.279	2.792
Donne invitate totali (coinvolte)	40.940	47.930
Solleciti inviati	1.530	1.535
Totale inviti ritornati	499	347
Totale escluse dopo l'invito*	1.117	1.534
Donne invitate **	39.186	43.257
Donne coinvolte***	40.940	46.049
Estensione****	92,3%	104,4%
Donne rispondenti totali:	11.159	17.006
Adesione*****	28,0%	39,3%
Donne inviate al 2° livello	1.450	1.459

Screening Citologico

ANNO	2020	2021
popolazione target annua	56.407	56.515
Donne invitate grezze	49.565	57.396
Spontanee	4.142	3.912
Totale invitate (coinvolte)	53.707	61.308
Solleciti inviati	10.436	1.634
Totale inviti ritornati	499	1.418
Totale escluse dopo l'invito*	1.117	1.491
Donne invitate **	49.133	54.487
Donne coinvolte***	53.707	58.399
Estensione ****	94,3%	103,3%
Donne rispondenti totali di cui:	8.502	14.634
Adesione *****	16,0%	26,8%
Pap test totali	8.509	14.634
Pap test inadeguati	?	97
Donne inviate al 2° livello	2.352	1.360

Screening del Tumore del Colon-retto

Popolazione target annua	98.416	98.876
Popolazione invitata grezza	84.148	91.514
Popolazione maschile grezza	45.769	40.758
Popolazione femminile grezza	ANNO	2020
Spontanei	847	2.479
Totale invitati (coinvolti)	84.995	93.993
Solleciti	23.684	1.131
Totale inviti ritornati	817	1.052
Totale esclusi dopo l'invito*	1.223	848

Invitati **	84.012	89.614
Coinvolti***	84.995	92.093
Estensione****	85,5%	99,2%
Rispondenti totali:	11.527	18.527
Adesione*****	14,0%	20,7%
Inviati al 2° livello	2.187	1.671

L'attività ha risentito indubbiamente del blocco delle attività dovute al *lockdown* anche se negli ultimi tre mesi dell'anno, ci si è impegnati a recuperare moltissime prestazioni non effettuate. La situazione dell'Azienda riflette, purtroppo, una condizione più generale.

b) ACCESSIBILITA' ALLE AMMINISTRAZIONI PER I CITTADINI ULTRASESSANTACINQUENNI E DEI CITTADINI CON DISABILITA'

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP), afferisce alla Unità Operativa Comunicazione, ed è il luogo d'incontro dedicato dell'Azienda con i cittadini. Esso è un servizio ma anche una modalità di comunicazione e relazione funzionale riconoscendo valore al diritto degli utenti/cittadini ad essere informati e ascoltati. Il servizio URP, infatti, promuove la partecipazione dei suoi cittadini al fine di migliorare la qualità dei servizi resi e delle prestazioni erogate dall'Azienda.

Nel pieno rispetto dei principi di trasparenza e valorizzando la centralità del rapporto fra il cittadino e l'Azienda Sanitaria, assicura l'informazione chiara riguardo ai servizi, alle attività e alle corrette procedure di accesso alle prestazioni e ai percorsi a tutti i livelli di assistenza: orientamento, accompagnamento, promozione ed educazione alla salute, prevenzione, diagnosi, assistenza, cura e riabilitazione.

Nello specifico, il cittadino può rivolgersi all'URP per ogni esigenza informativa, ma anche per essere ascoltato, presentare e formalizzare segnalazioni, reclami ed encomi. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in sintesi, è l'intermediario e mediatore privilegiato nel dialogo con i cittadini; il suo compito è quello di **aiutare le persone nel rappresentare** le inefficienze che incidono sulla qualità dell'assistenza e di **agevolare** le conseguenti azioni correttive da parte dei Servizi. L'accoglienza dei cittadini è in presenza, via telematica e via telefono con numeri dedicati del servizio.

Tutela dei Cittadini: SEGNALAZIONI

L'Azienda Asl Roma 3, nel garantire i diritti di partecipazione e tutela dei cittadini, **favorisce l'accoglimento di reclami, richiesta di informazioni, elogi, suggerimenti, proposte**, tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ne gestisce la trattazione secondo quanto disposto dal Regolamento di Pubblica Tutela.

FUNZIONI

Le funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) sono:

1. **Ascoltare** i cittadini/utenti e **favorire la partecipazione sociale**.
2. **Raccogliere**, classificare, schedare ed archiviare i **reclami** e le **segnalazioni** che vengono presentate dai cittadini (direttamente o per tramite di Organismi di rappresentanza e tutela) nel rispetto delle disposizioni previste nel D.lgs. 196/03, inserendole anche in una banca dati informatizzata.
3. **Inviare il reclamo al Responsabile del Servizio interessato**, in modo che possa provvedere: - ad **effettuare l'indagine** interna in merito ai singoli aspetti oggetto del reclamo, alle misure e ai tempi necessari per la rimozione/risoluzione di quanto segnalato;
4. **a fornire**, a conclusione dell'indagine, **ogni elemento utile a rendere opportuno riscontro** alla persona o Organismi di rappresentanza e tutela che ha presentato il reclamo o la segnalazione, attraverso la formulazione e l'invio di una risposta, a firma del Dirigente dell'Urp e della Direzione aziendale.
5. **Informare**, entro **3 giorni dal ricevimento**, la persona, che ha presentato il reclamo o la segnalazione - inviando anche una informativa sulla privacy - **sull'avvenuta ricezione e sull'avvio dell'indagine**.
6. **Vigilare sullo stato di avanzamento dell'istruttoria**, in modo che siano rispettati i tempi previsti per la risposta definitiva, sollecitando eventualmente il Servizio in caso di ritardo.

SITO WEB, PER TUTTI

L'accessibilità all' Azienda è garantita a tutti i cittadini ed è permessa, in primo luogo, attraverso il sito web aziendale www.aslroma3.it; tuttavia particolare attenzione è posta per l'accesso alle persone con disabilità, in piena aderenza alle normative europee e quelle nazionali.

Per favorire questi utenti, l'Azienda si sta adoperando per rendere il sito fruibile a tutti; infatti, saranno adottati degli accorgimenti che i progettisti (web designer e programmatori) applicheranno, cercando di rendere compatibile il codice html con i programmi ed i softwares di supporto specifico ed assistivo (screen readers, tastiera braille ecc.). Per tale motivo, sarà inserito sul sito aziendale un'icona (in basso a destra) che permetterà l'accesso immediato e semplificato per una vasta gamma di disabilità. Di seguito si rappresentano le azioni migliorative per l'accessibilità al sito aziendale.

CECITÀ

Gli utenti non vedenti usano lo screen reader, che utilizza l'apprendimento automatico per scansionare, analizzare e interpretare ogni elemento della pagina in modo che legge ad alta voce ciò che è sullo schermo. Ciò consente agli utenti non vedenti di navigare nel sito in modo accurato. Menu a discesa, moduli, popup, icone e pulsanti sono tutti inclusi nel processo. Inoltre, utilizza la visione artificiale per fornire descrizioni accurate per le immagini.

DISTURBI VISIVI

Il sito web è in molte sfumature, colori e dimensioni. Per le persone con disabilità visive, la combinazione di colori o la dimensione/forma del carattere sbagliata può rendere difficile la visualizzazione dei contenuti del sito web. I disturbi visivi comuni includono visione offuscata, daltonismo e glaucoma. Gli utenti possono regolare il design e l'interfaccia utente del sito in base alle loro esigenze specifiche. Le regolazioni includono regolazioni del contenuto come ridimensionamento, ridimensionamento e spaziatura del testo, regolazioni del colore come saturazione e contrasto e regolazioni dell'orientamento come cursore ingrandito e titoli enfatizzati

DISTURBI COGNITIVI

Le persone con disabilità cognitive hanno alcune limitazioni nelle funzionalità mentali che possono influenzare il modo in cui il contenuto del sito web viene percepito e compreso. Ad esempio, lo slang e le abbreviazioni possono creare confusione per le persone con disabilità cognitive.

Senza il contesto appropriato o gli adattamenti dell'orientamento, il contesto potrebbe essere frainteso e (spazio) portare ad azioni errate. Affinché le persone con disabilità cognitive possano acquisire un contesto appropriato dei contenuti e degli elementi del sito web, l'interfaccia di accessibilità include un dizionario integrato per definizioni e riferimenti rapidi. Tale interfaccia consente agli utenti di attivare regolazioni che evidenziano collegamenti ed elementi importanti. Infine è possibile scegliere il profilo "Disabilità cognitive" per attivare simultaneamente tutti questi aggiustamenti.

DISTURBI MOTORI

Le menomazioni fisiche e motorie sono definite dall'incapacità di utilizzare un mouse. Fortunatamente, una tastiera può fare tutto ciò che un mouse può fare e altro ancora. Infatti si renderà il sito web completamente navigabile da tastiera, attraverso un motore per la comprensione contestuale che apporta le modifiche necessarie in tutto il codice del sito web, permette di utilizzare i tasti per fare qualsiasi cosa, dalla chiusura di *popup* e moduli all'apertura di menu a discesa e semplici menu.

EPILESSIA

All'interno dell'interfaccia di accessibilità, gli utenti epilettici possono facilmente trovare un profilo "Seizure Safe" che bloccherà simultaneamente qualsiasi GIF lampeggiante, animazioni, video o pattern che potrebbero innescare persone con epilessia fotosensibile. Esistono anche aggiustamenti individuali per modifiche singolari.

La Carta dei Servizi per chi non è digitalizzato

L'Asl Roma 3 al fine di permettere l'accesso delle informazioni a tutti i cittadini/utenti residenti e non, sul proprio territorio e, in particolare, per i cittadini ultrasessantacinquenni, prevede delle forme di comunicazione diversificate rispetto a quella principale rappresentata dal Sito aziendale.

Una di queste è la Carta dei Servizi. Quest'ultima, al fine di migliorare la qualità e la modalità comunicativa delle informazioni di interesse rese ai cittadini sarà pubblicata sul sito aziendale, in formato elettronico scaricabile e, soprattutto redatta in formato cartaceo, permette di favorire e promuovere il miglioramento del processo di interazione tra l'Azienda e gli utenti, fornendo tutte le notizie su attività e servizi sanitari.

Nella Carta dei Servizi, documento stampato e diffuso in tutti i Presidi dell'Azienda, è indicata oltre la *mission* che si è proposta, anche i principi guida a cui si ispira la ASL Roma 3; al riguardo la stessa si impegna ad adottare elevati standard di qualità nell'organizzazione e nella gestione dei servizi e delle prestazioni erogate alle cittadine e ai cittadini.

Rispetto ai servizi erogati, l'Azienda si impegna a porre cura e attenzione particolare: agli aspetti relazionali, ai tempi prospettati, agli aspetti di comfort alberghiero, a ciò che concerne le strutture e la logistica, agli aspetti burocratici e amministrativi e alla dimensione relazionale che riguarda la tutela e l'ascolto dei cittadini.

Per rispettare gli impegni prefissati, l'Azienda ha identificato indicatori che consentono di verificare gli standard qualitativi offerti. L'intento è rendere i cittadini partecipi del processo di miglioramento continuo dei servizi offerti, confrontando la qualità progettata con quella percepita.

Infine per ovviare alla variabilità di alcune informazioni rese dal documento cartaceo sarà prevista la possibilità di suddividere in differenti tirature la Carta dei Servizi al fine di poter garantire, nei 6 e/o 12 mesi, l'intervento per operare eventuali modifiche necessarie di aggiornamento notizie tra un'edizione e l'altra.

c) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

Al fine di garantire il miglioramento della qualità e della trasparenza delle attività amministrative e dei collegamenti, come richiesto dal PIAO, tutelando nel contempo il trattamento dei dati personali, si è ritenuto propedeutico e indispensabile un "*Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti Informatici e telematici, Internet e Posta elettronica*" (di seguito **Disciplinare Allegato 1**).

Con l'entrata in vigore delle Misure Minime per la Sicurezza Informatica della Pubblica Amministrazione (CIRCOLARE AGID 18 aprile 2017, n. 2/2017) e la definitiva applicazione del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (*GDPR_General Data Protection Regulation*), l'Azienda ha la necessità di innalzare e rafforzare la tutela e la protezione dei dati personali dei propri dipendenti e dei cittadini che usufruiscono dei servizi erogati dall'Azienda stessa.

Premesso che i comportamenti che normalmente si adottano nell'ambito di un rapporto di lavoro, tra i quali rientrano l'utilizzo delle risorse informatiche e telematiche, devono sempre ispirarsi al principio di diligenza e correttezza, l'Azienda, per mezzo del presente Disciplinare, intende evitare che condotte inconsapevoli possano innescare problemi o minacce alla sicurezza dei dati o delle attrezzature aziendali.

Un uso dei *device* nonché dei servizi di accesso alle rete aziendale o alla rete internet (di seguito Internet), alle applicazioni aziendali e/o della posta elettronica difforme dalle regole contenute nel Disciplinare in questione potrebbe esporre l'Azienda ad un incremento della minaccia di accessi non autorizzati ai dati e/o al sistema informatico aziendale, furti o divulgazioni di informazioni riservate nonché furti o danneggiamenti del sistema informatico e/o malfunzionamenti in generale dell'intero sistema informatico.

L'Azienda Sanitaria Asl Roma 3 opera in modo tale che ogni trattamento di dati personali avvenga nel rispetto

di principi tra cui il principio di *necessità*, secondo cui i sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l'utilizzo di dati personali e di dati identificativi in relazione alle finalità perseguite.

Il presente Disciplinare si applica agli incaricati, formalmente designati al trattamento dei dati, che si trovino ad operare con dati o strumenti dell'Azienda.

Con obiettivo di semplificare e digitalizzare, nel disciplinare vengono ad esempio stabilite:

- regole per la corretta gestione delle password;
- modalità d'uso del computer, *tablet*, memorie esterne, etc... e relative responsabilità;
- misure per la corretta navigazione in Internet;
- misure per il corretto uso della posta elettronica;
- modalità per accedere in VPN.

In relazione a quanto sopra si prevede la programmazione di specifici **corsi di formazione informatici** con obiettivo di migliorare le competenze professionali del personale aziendale sul piano informatico e digitale. L'Azienda Asl Roma 3, inoltre, intende potenziare l'infrastruttura di **sicurezza informatica** (ossia dell'insieme dei mezzi, delle tecnologie e delle procedure tesi alla protezione dei sistemi informatici) nonché introdurre la **tecnologia IVR** (specificata meglio nel paragrafo OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE).

Infine, nell'ambito della strategia per la crescita digitale, si intende altresì attivare la **Cartella Clinica Elettronica** e la **Telemedicina** (come meglio specificato nel paragrafo OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE).

d) OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO ED INCREMENTO EL BENESSERE ECONOMICO, SOCIALE, EDUCATIVO, ASSISTENZIALE, AMBIENTALE

Nonostante la straordinarietà degli eventi connessi con la gestione dell'emergenza epidemiologica denominata SARS COV2 (Covid) è importante sottolineare come la ASL ROMA 3 è riuscita nel difficile compito di progettare numerose azioni di miglioramento delle performance con l'obiettivo di realizzare quanto previsto nel Piano Operativo regionale e mantenere un livello di spesa sostanzialmente coerente con i valori del 2021, permettendo di definire una previsione di spesa per l'anno 2022 con un incremento nei costi operativi attesi dello 0,2% rispetto al 2021.

La gestione dell'emergenza sanitaria, con momenti alternati di contrazione indotta delle attività seguiti da momenti di recupero delle prestazioni non erogate, si è verificata in un momento di cambiamento organizzativo dell'azienda finalizzato al miglioramento degli indicatori della griglia LEA, al decongestionamento del Pronto Soccorso, al potenziamento dell'attività territoriale sia in termini di presa in carico precoce sia in termini di integrazione con l'ospedale.

Infatti, sono state programmate numerose azioni per rafforzare i servizi territoriali in termini di organizzazione, integrazione ospedale territorio e sviluppo della telemedicina, tra le quali, in primo luogo, la capacità di contenere/ridurre la richiesta di accesso alle cure ospedaliere garantendo una presa in carico ed una assistenza h24 agita da remoto. Tali azioni si sono rivelate ancor più necessarie nell'attuale fase emergenziale. Infatti, il valore del sistema territorio anche alla luce della pandemia da Sars Cov 2 ha dimostrato chiaramente che un sistema ospedalocentrico fallisce se non è affiancato da un territorio forte. È stato necessario, quindi, potenziare l'offerta di servizi assistenziali correlati alle attività domiciliari e i volumi dell'attività ADI per l'anno 2021 hanno conseguito un aumento.

Con l'avanzare dell'emergenza Covid-19, il Governo ha previsto con normative specifiche interventi mirati al contrasto dell'epidemia.

La gestione dell'Emergenza COVID-19 ha visto l'Azienda impegnata intensamente su molti fronti in ogni fase dell'evoluzione dell'epidemia con l'attuazione di numerose procedure, linee d'indirizzo e percorsi operativi sollecitati dal Ministero della salute, dalla Regione Lazio e dall'Istituto Superiore di Sanità.

Punti di forza della gestione straordinaria dell'anno 2021 sono stati rappresentati da:

- Potenziamento del personale per il recupero delle prestazioni di screening e di specialistica ambulatoriale non erogate nel periodo di contenimento sociale;
- Regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del coronavirus negli ambienti di lavoro, nonché per l'esecuzione dei tamponi;
- puntuale rendicontazione delle spese correlate ai maggiori costi per COVID-19
- introduzione di numerose misure per l'implementazione e la regolamentazione delle attività effettuate in modalità lavoro agile.
- Avvio e gestione del Piano straordinario legato alla Vaccinazione Covid, dalla gestione logistica dei vaccini alla somministrazione.

Le azioni sopra riportate, oltre ad assunzioni di personale specifico, hanno comportato interventi di acquisizione di tecnologie (ad esempio ventilatori), strutturali per la riorganizzazione degli spazi, noleggio di prefabbricati, allestimento di sedi vaccinali, di integrazione di appalti specifici (pulizie, vigilanza, sportelli al pubblico), di acquisto di beni (dpi, reagenti, attrezzature informatiche) con azioni trasversali sull'organizzazione aziendale.

Con riferimento alla fine dello stato emergenziale causato dal COVID 19 è stato approvato, in data 31.07.2021, il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), documento strategico che il Governo Italiano ha approvato per accedere ai fondi del Programma *next generation* (NGEU) e che l'Italia ha presentato alla Commissione Europea e nel quale sono descritte le priorità di investimento per il quinquennio 2021-2026. Con tale documento si intende rilanciare il Paese dopo la crisi pandemica stimolando una transizione ecologica e digitale e favorire il cambiamento strutturale dell'economia, a partire dal contrasto alle disuguaglianze di genere, territoriali e generazionali. Si pone principalmente l'obiettivo di rilanciare la struttura economico-sociale del Paese puntando in particolare della leva della digitalizzazione, della transizione ecologica e dell'inclusione sociale. Il PNRR è suddiviso in 6 missioni principali e descrive le priorità di investimento per un arco temporale di 5 anni.

La **Missione 6 del PNRR** dedica al tema della salute e sanità un ampio capitolo di riforme e investimenti volti in particolare a rafforzare e sviluppare le reti e i presidi territoriali, nonché le competenze digitali nel rapporto medico-paziente e il ricorso a strumenti quali il Fascicolo Sanitario Elettronico e la telemedicina. Si tratta di un unicum nella storia degli investimenti e del cambiamento della sanità italiana. In generale a livello nazionale sono previsti per la sanità 7 miliardi per lo sviluppo delle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e 8,63 miliardi per l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN, con focus particolare sul fascicolo Sanitario Elettronico. Si procederà inoltre ad implementare anche la televisita già esistente per pazienti COVID sul territorio.

In sintesi la Missione 6 dedicata alla Salute si articola in due componenti fondamentali:

1. reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria. Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-assistenziali.
2. Innovazione, Ricerca e digitalizzazione del SSN. Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo sanitario Elettronico, una migliore

capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del Personale.

In un'ottica di grande rivoluzione sanitaria sia da un punto di vista strutturale che di visione, il cittadino viene messo al centro di un'assistenza integrata socio-assistenziale; l'Azienda Asl Roma 3 procederà ad implementare tutte le strutture esistenti, renderle moderne, efficienti ed efficaci, nonché potenziare tutti i Presidi Territoriali proprio perché la nuova sanità, così come prevista dal PNRR, è una sanità che va verso il futuro, una sanità che verterà in primis sui cittadini, garantendo servizi di prossimità.

E' prevista la costruzione, l'ammodernamento di strutture già presenti, di proprietà aziendale o dei Comuni insistenti nel territorio aziendale, che saranno adeguatamente ristrutturare, rifornite con idonee tecnologie sanitarie per poter affrontare al meglio i problemi dei cittadini. Un ruolo fondamentale sarà quello dei Medici di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, che opereranno in stretta connessione con le strutture aziendali.

Al riguardo importante sottolineare che sono state presentati i progetti che nella nostra Azienda prevedono un significativo intervento strutturale dell'Ospedale Grassi

Di contro a livello territoriale verranno costituite:

- Case della Comunità (CdC) distinte in HUB e SPOKE,
- Ospedali di Comunità (OdC)
- Centrali Operative Territoriali (COT e COA).

Le Case della Comunità HUB saranno più grandi e vedranno la presenza dei MMG dei PLS degli specialisti ambulatoriali interni, degli infermieri di famiglia e che operano nell'assistenza domiciliare. Saranno inoltre presenti servizi legati alla diagnostica e potranno ospitare anche altri servizi (vaccinazioni, TSMREE, consultori, ambulatori); le Case della comunità SPOKE saranno più piccole e collegate alle Case della Comunità più grande.

All'interno della Casa della Comunità si potrà trovare anche il punto unico di accesso finalizzato all'integrazione sociosanitaria. Il cittadino all'interno di tale luogo potrà trovare tutte le risposte di cui necessita sia di natura sanitaria che sociale.

A tale scopo rivestono un ruolo molto importante anche le **Centrali Operative Territoriali (COT)** che si baseranno essenzialmente su una piattaforma informatica e serviranno per seguire il paziente in tutto il suo percorso socioassistenziale. Pertanto un paziente che sarà dimesso dall'ospedale, attraverso le COT potrà essere preso in carico dalle strutture territoriali, e seguito anche e soprattutto da un punto di vista informatico nel caso necessiti di prenotazioni, di accedere ad una RSA o nel caso dovesse essere ricoverato per aggravamento. Anche gli stessi Medici di Medicina Generale potranno accedere a queste COT che hanno lo scopo di seguire il paziente dal suo domicilio a 360 gradi, così da far diventare il domicilio il primo luogo di cura del paziente.

L'Ospedale di Comunità costituirà una struttura intermedia tra l'ospedale per acuti e il domicilio del paziente, dove potranno accedere pazienti dimissibili dall'ospedale (dal reparto o anche dal pronto soccorso) ma che per questioni sociali e assistenziali necessitano essere seguite da tali strutture ove sarà presente un medico 5 ore al giorno, oltre alle altre figure professionali quali infermieri e fisioterapisti.

Reti e Presidi Territoriali, Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina, competenze: sono questi i principali elementi che l’Azienda ASL Roma 3 mira a rafforzare e sviluppare per i prossimi anni. È evidente come un sistema sanitario sostenibile, resiliente ed equo non possa prescindere dalla necessità di ripensare i servizi e i processi integrandoli con il digitale, rendendoli efficaci ed efficienti e modellandoli sulle esigenze dei vari attori che operano nel settore, in primis operatori sanitari e cittadini/pazienti. Il digitale pertanto svolgerà il doppio ruolo di abilitatore e di interfaccia dei servizi per cittadini, pazienti e professionisti.

Il riepilogo del nuovo assetto organizzativo finanziato dal PNRR è di seguito rappresentato:

Distretto	Case Comunità	Centrale Operativa Aziendale	Centrale Operativa Territoriale	Ospedale di Comunità
X	S. Agostino (hub) Casal Bernocchi (Spoke) Infernetto (Spoke)	Ospedale Grassi	S. Agostino Casal Bernocchi	<i>Via Morelli 20 pl</i>
XI	Vaiano (hub) Ponte Galeria (Spoke) Corviale (Spoke)		Vaiano	
XII	Ramazzini (hub) Consolata (Spoke) Via Longhena (Spoke)		Ramazzini	<i>Via Fabiola 40 pl</i>
Fiumicino	Coni Zugna (Hub) Palidoro (Spoke)		Coni Zugna	<i>Coni Zugna 20 pl</i>

In corsivo i nuovi interventi

Oltre a tali interventi sono stati avviati i progetti per ottenere un finanziamento per l’apertura di un **Hospice** di 10 pl a Maccarese, per la ristrutturazione del Poliambulatorio di Fregene e per la realizzazione di un nuovo fabbricato da adibire a Consultorio.

Il PNRR prevede anche investimenti per nuove **apparecchiature elettromedicali**, quali 3 Tomografi, 2 Angiografi, 8 ecotomografi, e 2 Telecomandati digitali per indagini di reparto.

In ambito ospedaliero sono previsti:

- Realizzazione e ampliamento **Terapia Intensiva** con l’aggiunta di 9 pl (lavori in fase di completamento)
- Ristrutturazione **Subintensiva** per 12 pl (lavori in corso)
- Riorganizzazione dei **percorsi del DEA / Pronto Soccorso** (Progettazione in corso)

Con riferimento, invece, alla programmazione ordinaria, La Asl ROMA 3, in coerenza con i propri punti di forza intende:

- implementare le attività di integrazione ospedale territorio;
- migliorare l’appropriatezza prescrittiva e incrementare l’utilizzazione della ricetta dematerializzata soprattutto nel *setting* ospedaliero e della specialistica ambulatoriale;
- reingegnerizzare i distretti;
- garantire i tempi delle liste di attesa per le prestazioni di cui al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa e il recupero della capacità produttiva antecedente il periodo pandemico.

- rispettare gli standard dell'assistenza ospedaliera e territoriale con mantenimento di standard di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa per diverse aree cliniche, quali l'area cardiovascolare, osteomuscolare, ginecologica e oncologica;
- Valutare l'adesione al piano regionale gestione emergenza COVID-19 adeguamento dell'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/ terapia intensiva al piano di risposta all'evoluzione della pandemia ;
- Proseguire le attività finalizzate alla riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- Valutare gli esiti: Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni;
- valutazione degli esiti: Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario;
- aumentare la copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.
- garantire Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale
- sostenere il Piano regionale cronicità: conseguire un miglioramento degli indicatori ricompresi nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento agli indicatori dell'ambito distrettuale e dell'ambito finalizzato al monitoraggio di processo dei PDTA di malattie croniche;
- rispettare i tassi copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto
- verifica ed analisi di scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento Ob. 1.1 della Deliberazione Regionale 762/2021.
- proseguire nel processo finalizzato alla riduzione dei tempi di liquidazione.
- avviare una nuova analisi dello Stock di debito, bloccato e non liquidato.
- Implementare del Sistema di Contabilità Analitica e della cultura, anche in ambito sanitario della consapevolezza dell'uso delle risorse e degli outcome prodotti.
- proseguire il Percorso attuativo della Certificabilità (PAC)
- rispettare i tempi delle richieste di adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali (piano dei conti, piano dei fattori produttivi, anagrafica regionale farmaci e dispositivi)
- rispettare i tempi, efficacia e partecipazioni dei delegati alle commissioni di gara istituite dalla Centrale Acquisti Regionale
- attuare il processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 PNRR in riferimento all'Ob. 4.1 della Delibera Regionale 762/2021
- adeguare le indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica. Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici.

PERFORMANCE

a) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE

Il **Disciplinare** prevede misure per semplificare e rafforzare la capacità informatica dell'Azienda, stabilendo le dovute responsabilità e i dovuti divieti e di conseguenza riducendo i tempi dell'attività lavorativa. Vengono infatti definite:

- le modalità per la corretta gestione delle credenziali di autenticazione;
- le operazioni a protezione della postazione di lavoro;
- le modalità per un corretto utilizzo dei computer;
- le misure per una corretta e sicura navigazione in Internet;
- le misure per una corretta gestione della posta elettronica;
- le responsabilità legate ad un corretto utilizzo di *notebook*, *tablet*, *smartphone* e altri dispositivi elettronici assegnati dall'Azienda;
- l'utilizzo dei sistemi in *cloud*;
- l'accesso mediante canali di comunicazione protetti VPN (Virtual Private Network).

Ulteriore obiettivo è l'introduzione in Azienda della tecnologia **IVR** (Interactive Voice *Response*) ossia a risposta vocale interattiva che consente a un computer di interagire con gli esseri umani attraverso l'uso di applicazioni vocali o tramite una tastiera telefonica. Gli IVR forniscono agli utenti un *menù* di opzioni di scelta automatiche da selezionare. Tramite la suddetta tecnologia sarà possibile un aumento della soddisfazione degli utenti ai quali viene offerto un processo semplice che garantisce altresì risparmio di tempo.

b) OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE

Obiettivo dell'Azienda Asl Roma 3, oltre il rafforzamento della capacità informatica di cui al **Disciplinare** anche con specifici **corsi di formazione** e a quanto riportato relativamente alla tecnologia IVR, è di realizzare una piattaforma finalizzata al potenziamento della infrastruttura di sicurezza informatica (**Cybersecurity**) che preveda:

- ✓ la raccolta, gestione e correlazione degli eventi di sicurezza provenienti dai sistemi IT, la loro archiviazione mediante soluzioni di Log Management;
- ✓ il monitoraggio continuo degli *endpoint* in termini di vulnerabilità;
- ✓ il monitoraggio e l'analisi degli allarmi prodotti dai dispositivi di sicurezza IT, nonché la prevenzione e la gestione efficace degli incidenti di sicurezza;
- ✓ la gestione completa del ciclo di vita degli account aziendali con diritti di accesso privilegiato ai sistemi e chiavi SSH.

A quanto sopra si aggiunga la realizzazione della **Cartella Clinica Elettronica**, con l'obiettivo di creare un flusso di documenti digitali aventi pieno valore giuridico che porterà alla sostituzione di tutti gli equivalenti cartacei allo scopo di migliorare i servizi ai cittadini.

La Cartella Clinica Elettronica è intesa come lo strumento informatico per la gestione organica e strutturata dei dati riferiti alla storia clinica di un paziente; garantisce il supporto dei processi clinici (diagnostico-terapeutici) e assistenziali nei singoli episodi di cura e favorisce la continuità di cura del paziente tra diversi episodi di cura afferenti alla stessa struttura ospedaliera, mediante la condivisione e il recupero dei dati clinici in essi registrati.

Sulla base degli standard di Joint Commission International, la CCE deve consentire almeno di:

- predisporre il piano diagnostico-terapeutico-assistenziale e facilitare l'integrazione operativa tra i professionisti sanitari coinvolti, al fine di garantire continuità assistenziale;
- razionalizzare i processi organizzativi e le risorse ad essi connesse e costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard;
- costituire una fonte dati per: studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali, esigenze amministrativo-legali, gestione dei processi di qualità/rischio clinico;
- supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei medici e dell'azienda sanitaria, consentendo la rintracciabilità nel rispetto della privacy.

Inoltre, nell'ambito della strategia per la crescita digitale, si riporta tra i progetti la **Telemedicina** intesa come strumento per offrire servizi che migliorino la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e della consulenza medica a distanza, oltre il costante monitoraggio di parametri vitali.

Come definita nel documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" e successivamente nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" del Ministero della Salute, per Telemedicina si intende "un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Attraverso la Telemedicina è possibile garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso uno scambio sicuro di dati, immagini, documenti e videochiamate, tra i professionisti sanitari e i pazienti, garantendo in alcune situazioni clinico-assistenziali lo svolgimento delle prestazioni professionali equivalenti agli accessi tradizionali..."

Nell'area tematica della Telemedicina si intendono in perimetro i seguenti ambiti:

- Televisita: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un care-giver;
- Telemonitoraggio: consiste in uno scambio di dati acquisiti da remoto tramite dispositivi digitali (parametri vitali) fra il paziente e una piattaforma centrale volta al monitoraggio dell'andamento dei parametri stessi, con un sistema di allarmi e segnalazioni al paziente;
- Teleassistenza: è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini;
- Teleriabilitazione: piattaforme per l'esecuzione da remoto di sedute riabilitative in modalità sincrona o asincrona, sia per terapie fisiche che in altre specialità in cui è richiesta riabilitazione;
- Teleconsulto medico: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi devono essere condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento di esso;
- Teleconsulenza medico-sanitaria: è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che non hanno lo stesso livello di responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente.

c) OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITA' DELL'AMMINISTRAZIONE

Per accessibilità si intende la capacità di garantire l'accesso ai servizi erogati a tutti gli utenti potenzialmente interessati in termini spaziali (es. facoltà di accesso al territorio), temporali (es. orari di apertura al pubblico, tempi di attesa per accesso ai servizi) e di possibilità di utilizzo di **canali diversi** (es. telefono, mail, PEC, posta elettronica, etc... cui si rimanda ai paragrafi precedenti).

Inoltre, la normativa in materia di comunicazioni elettroniche è orientata a promuovere la diffusione e lo sviluppo delle infrastrutture di comunicazione, per cui l'Azienda Asl Roma 3 ha ravvisato la necessità di dotarsi di un **servizio DAS (Distributed Antenna System)** multi operatore per il potenziamento e la ottimizzazione del segnale radiomobile (deliberazione n. 249 del 30.12.2021);

Infine:

- l'evoluzione del sistema operativo (l'Azienda in questi anni ha sostituito la maggior parte dei PC più obsoleti e con sistema operativo inadeguato) ha condotto all'uso di maggior banda di connettività dovuta alla distribuzione degli aggiornamenti (patch di sicurezza) rilasciati da Microsoft;
- la necessità di introduzione di nuovi software per la gestione dei processi istituzionali (la possibile acquisizione di una cartella clinica informatizzata, di un nuovo software di Laboratorio analisi, di un nuovo software di gestione della Anatomia patologica, etc..) nonché di sistemi di videoconferenza, implementati negli ultimi anni anche a causa dell'emergenza pandemica generata dal COVID 19, ha comportato la sempre maggiore esigenza di opportuna rete/connesione.

Per quanto sopra con deliberazione n. 262 del 14.03.2022 è stato predisposto uno specifico piano dei fabbisogni che prevede **l'incremento sia della capacità di banda dei collegamenti tra le sedi che del Servizio di Banda Riservata (SBRI)**: si allega a tal proposito l'elenco delle attività di upgrade per ciascuna sede aziendale (**Allegato 2**).

ANTICORRUZIONE

a) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO

Il contesto di riferimento entro il quale l'Azienda si trova a dover garantire l'assistenza e la *governance* economico/finanziaria risulta essere articolato, complesso e fortemente vincolato - soprattutto in questo particolare momento di emergenza sanitaria - dalle scelte strategiche che i legislatori, ai diversi livelli istituzionali, stanno ponendo in essere.

Sono costantemente messe in atto azioni volte all'efficientamento del sistema, in particolare attraverso le rivisitazioni dei modelli organizzativi. La Regione Lazio, con la DGR n. 406 del 26/06/2020 ha recepito il DCA n. U00081 del 25/06/2020 con il quale è stato adottato in via definitiva il piano di rientro, denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", che rappresenta un momento di svolta rispetto all'ultimo decennio.

Con la proposta del Piano, la Regione Lazio chiede la formale uscita dal regime di commissariamento. Occorre, infatti, riequilibrare le scelte di programmazione sanitaria fortemente incentrate sul contenimento dei costi, ponendo la persona e il suo percorso assistenziale al centro degli obiettivi programmatori.

L'obiettivo dei prossimi anni è quello di consolidare il recupero di efficienza contabile e gestionale e avviare azioni migliorative in quegli ambiti nei quali non si sono ancora raggiunti standard di efficacia, efficienza e appropriatezza dei processi. Nello specifico è necessario avviare un percorso di trasformazione del sistema verso la piena integrazione tra ospedale, territorio e prevenzione. A tal fine la Regione Lazio deve investire nel miglioramento strutturale e tecnologico e nel processo di formazione del personale.

La Regione ha già avviato la revisione della *governance* istituzionale del SSR, prevedendo l'accentramento di alcune funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo-gestionale, consentendo una maggiore focalizzazione delle Aziende sanitarie nei servizi alla persona. Le direttrici principali sulle quali muoversi per completare il sistema di *governance* riguardano la definizione di regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all'innovazione e consolidamento dell'organizzazione aziendale.

In particolare, ci si aspetta la richiesta da parte della Regione di avviare i processi di miglioramento partendo dalla riorganizzazione dei servizi e dalla consapevolezza di un eccesso della spesa ospedaliera, al fine di

migliorarne l'efficienza, l'appropriatezza e recuperare risorse significative e indispensabili per ridurre ulteriormente il disavanzo e sostenere i processi di potenziamento dell'assistenza territoriale.

Per la corretta progettazione delle misure di prevenzione della corruzione non si può prescindere da una compiuta analisi del contesto esterno di riferimento.

Il territorio dell'ASL ROMA 3 presenta un'estensione complessiva di 517 Km² e copre il territorio dei Municipi X, XI e XII del Comune di Roma e quello del Comune di Fiumicino. La Asl è quindi suddivisa in 4 Distretti Sanitari, di cui tre per ciascun Municipio (X, XI, XII) e uno per il Comune di Fiumicino. La popolazione totale ISTAT è di 609,534 abitanti.

Dalla Relazione annuale sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, presentata al Parlamento già il 25/02/2015 dal Ministero dell'Interno risulta che *“pressoché l'intero litorale romano risulta interessato dalla presenza di appartenenti/affiliati a famiglie di criminalità organizzata: principalmente alla camorra, ma anche alle 'ndrine calabresi ed a “Cosa Nostra” siciliana ...”* inoltre, viene evidenziato come *“le famiglie mafiose cercano di investire nella maggior parte dei casi in ristoranti o esercizi commerciali, sia nella Capitale che sul litorale romano tra Fiumicino e Ostia laddove hanno, di fatto, monopolizzato la gestione degli stabilimenti balneari e di buona parte della ristorazione”*; altresì, risulta che *“da anni la mafia siciliana nel Lazio è interessata alla realizzazione di opere pubbliche, sia lungo la fascia della litoranea che nelle zone interne”*.

Nella Relazione citata viene segnalato ancora che *“in relazione alla presenza nel territorio dell'aeroporto di Fiumicino, la zona rappresenta per le organizzazioni criminali che vi insistono, un'importante area di snodo logistico internazionale di sostanze stupefacenti, sia per l'immissione che per il transito.”*

La Direzione Investigativa Antimafia, nella Relazione sull'attività svolta nel secondo semestre 2016, conferma la Regione Lazio quale *“territorio strategico anche per cosche di 'ndrangheta che, mantenendo legami storici con le consorterie mafiose del territorio d'origine, rappresentano una sorta di 'testa di ponte' per una molteplicità di interessi illeciti, seguendo metodologie criminali improntate alla minore visibilità, specie se correlate al reimpiego di capitali illeciti. In alcuni casi, peraltro, sono state registrate solide alleanze con appartenenti alla criminalità autoctona”*.

Nell'anno 2017 si è compiuto il primo grado di giudizio relativo ai fatti meglio noti sotto il nome di *“Mafia Capitale”*, che hanno visto interessare anche il Municipio X (Ostia); l'accusa formulata ai sensi dell'art. 416 bis c.p. per i diciannove imputati è stata derubricata in quella di cui all'art. 416 c.p., cioè da associazione di tipo mafioso ad associazione per delinquere semplice. Diversamente la sentenza emessa dalla Corte di Appello, successivamente, ha riconosciuto l'art. 416 bis c.p.

Sempre nell'anno 2017 i cittadini di Ostia sono stati chiamati alle urne per eleggere i nuovi Organi di governo del Municipio che, a seguito dell'inchiesta suddetta, era stato commissariato per gravissimi episodi di corruzione e degrado correlati all'esistenza di sodalizi mafiosi attivi nel territorio romano.

La suprema Corte di Cassazione, con sentenza del 2019, ha definitivamente ritenuto di non riconoscere agli imputati il reato mafioso.

b) VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO

L'ASL opera in un settore, quello dei servizi sanitari, che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, presenta caratteristiche del tutto peculiari in considerazione di fattori, quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, che lo espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi nel suo ambito.

Peraltro, la maggior parte degli ambiti di attività dell'Azienda risultano presidiati da norme di legge, di livello statale e/o regionale, da regolamenti, procedure, istruzioni operative aziendali che disciplinano in modo puntuale tutte le fasi del processo, delimitando e riducendo l'ambito di discrezionalità e prevenendo, al

contempo, la possibilità di errori involontari da parte degli operatori e dei funzionari. Contribuisce a mitigare il rischio di fatti corruttivi, la gestione informatica della maggior parte dei processi attraverso procedure che garantiscono la tracciabilità delle operazioni e la loro riconducibilità agli operatori e il monitoraggio costante della regolarità, anche sotto il profilo contabile e del rispetto dei vincoli di spesa, dei processi posti in essere.

c) MAPPATURA DEI PROCESSI PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISCHI CORRUTTIVI

In sede di prima stesura del Piano Anticorruzione di questa Azienda, in applicazione dall'art. 1, comma 9, lett.

a) della Legge 06.11.2012, n. 190 si è proceduto all'individuazione, tra le attività di competenza, delle aree più esposte al rischio di corruzione, a partire dalle attività che la legge n. 190 già considera come tali, ovvero quelle previste dal comma 16:

a) autorizzazione o concessione;

b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163;

c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;

d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D. Lgs. n. 150/2009.

Come indicato nel precedente Piano Anticorruzione 2020 – 2022, conclusasi la fase di mappatura dei processi, effettuata secondo le indicazioni indicate dall'allegato 5 del P.N.A. 2019, è stata effettuata la relativa pesatura del rischio corruttivo con conseguente valutazione del rischio rilevato e individuazione delle misure gestionali del medesimo. Secondo il precedente Piano la gestione del rischio avrebbe dovuto avere una gradualità di interventi che consentisse di migliorare progressivamente e continuativamente l'entità e/o la profondità dell'analisi del contesto nonché la valutazione e il trattamento dei rischi, individuando priorità di interventi. Tuttavia, l'emergenza pandemica iniziata a marzo 2020 ha compromesso tutte le iniziative in programma sia per l'impossibilità di effettuare incontri in presenza sia per il notevole carico di incombenze sopraggiunte in capo alle varie articolazioni aziendali in materia di reclutamento del personale, vaccinazioni, acquisti di beni e servizi, attività di diagnosi preventive. Per queste ragioni soltanto alla fine del 2021 questo Ente ha dato avvio alla formazione obbligatoria, per tutti i dipendenti, in materia di Anticorruzione.

Nel corso delle varie sessioni formative sono stati trattati temi quali la normativa di riferimento, con particolare riguardo alla Legge 190/2012 e alla figura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione; in particolare è stata illustrata la disciplina in materia di predisposizione del Piano Triennale Anticorruzione, di trasparenza e di pubblicità.

Sono stati altresì trattati temi e aspetti più pratici: si è entrato nel vivo rispetto al tema della corruzione in ambito sanitario e alla disciplina del Whistleblowing.

L'obiettivo è stato quello di sensibilizzare i partecipanti sui temi dell'integrità e del contrasto all'illegalità.

L'intervento formativo si è concluso con l'analisi di una serie di casi giurisprudenziali di grande rilevanza per il settore e soffermandosi sulle novità e sui correttivi normativi entrati in vigore nell'anno 2021. L'attività formativa non è stata meramente teorica, infatti la stessa è stata arricchita da incontri, con ciascun Responsabile di Dipartimento, al fine di guidare gli stessi ad effettuare la mappatura del rischio, per ogni area, secondo le indicazioni rese da ANAC. Tanto al fine di consentire una corretta e più consapevole compilazione delle schede di mappatura. È necessario precisare che si è voluta dare priorità di intervento alle aree, e conseguentemente, ai processi al fine di analizzare i processi e di individuare le fasi deboli dei medesimi e valutare congiuntamente le misure e gli interventi da porre in essere per minimizzare la rischiosità rilevata. L'obiettivo mira a gestire il rischio non in modo formalistico, secondo una logica di mero

adempimento, bensì progettandolo e realizzandolo in modo sostanziale, ossia calibrato sulle specificità del contesto esterno ed interno dell'amministrazione, individuando, sulla base delle risultanze ottenute in sede di valutazione del rischio, interventi specifici e puntuali volti ad incidere sugli ambiti maggiormente esposti ai rischi, valutando al contempo la reale necessità di specificare nuove misure, qualora quelle esistenti abbiano già dimostrato un'adeguata efficacia.

d) IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

Nella seguente tabella sono identificate le strutture in cui è articolata l'Azienda e sono riportati i processi attenzionati con la relativa valutazione dei rischi corruttivi:

STRUTTURA E PROCESSO	VALORE	RISCHIO
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - attività di vigilanza e monitoraggio delle strutture sanitarie private accreditate	14,4	elevato
UOC Distretto Sanitario X Municipio - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	13,8	elevato
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - liquidazione crediti strutture sanitarie private accreditate	9	moderato
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie - istruttoria contenzioso	9,2	moderato
Presidio Ospedaliero Grassi - UOC Servizio di Immunoematologia e medicina Trasfusionale - Acquisizione beni e servizi	10	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOSD Attività Specialistica, Liste d'Attesa e CUP - Gestione agende medicina specialistica	7,6	moderato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - Emissione certificati per incidente stradale nucleo cure primarie	7,5	moderato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - esenzioni ticket per patologia	7,1	moderato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	3,2	moderato
Dipartimento Salute Mentale - UOSD Interventi Precoci - Progetti personalizzati	7,1	moderato
Dipartimento Salute Mentale - UOSD Interventi Precoci - invio in residenze	6,7	moderato
UOC Distretto Sanitario X Municipio - rimborsi delle prestazioni sanitarie prenotate e non effettuate e/o esenzioni	9,6	moderato
Presidio Ospedaliero Grassi - Laboratorio analisi - Acquisizione dei reattivi e della strumentazione di laboratorio	6,1	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Odontoiatria Preventiva e Sociale - Gestione agende di continuità	9,9	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - rimborsi diretti agli assistiti/cooperative, trapiantati, dializzati, cure all'estero...)	5,98	moderato

Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - attività amministrativo/contabile esenzioni	9,3	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - attività amministrativo/contabile incassi CUP	5,9	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOC Amministrativa Cure Primarie - attività amministrativo/contabile autorizzazioni ricoveri all'estero	6,1	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - Pareri, autorizzazioni, certificazioni	6,5	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - amministrazione	10,9	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - Vigilanza, ispezioni e controllo	6,6	moderato
Dipartimento di Prevenzione - UOC IAOA - Vigilanza, ispezioni e controllo	7,4	moderato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD IAN - Pareri, autorizzazioni, certificazioni	7,5	moderato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD IAN - Vigilanza, ispezioni e controllo	9	moderato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD Canile sovrazonale e controllo del randagismo -Vigilanza, ispezioni e controllo	7,5	moderato
UOSD Comunicazione e Rendicontazione Sociale - URP - gestione reclami e segnalazioni	6,3	moderato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - espletamento procedure di gara	18	elevato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - attivazione gare aggiudicate	13,72	elevato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - gestione fondo economale	14,87	elevato
Dipartimento Professioni Sanitarie - Corso di Laurea Infermieristica La Sapienza - attribuzione incarichi di docenza	8,25	moderato
Dipartimento Professioni Sanitarie - Corso di Laurea Infermieristica La Sapienza - espletamento esami di profitto	6,66	moderato

e) PROGETTAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEI RISCHI CORRUTTIVI

La formazione svolge un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

L'Azienda adotta annualmente il programma di formazione dei dipendenti nell'ambito del quale è stata individuata, a decorrere dal 2014, la formazione prevista dalla normativa anticorruzione articolata su due livelli essenziali: a) un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale); b) un livello specifico, rivolto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai Referenti, Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio e alle altre figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione, avente ad oggetto le politiche, i programmi ed i vari strumenti, tecniche e metodologie utilizzati per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Il Piano Annuale di Formazione deve quindi obbligatoriamente prevedere un percorso formativo per la prevenzione della corruzione. Tale percorso di formazione, definito d'intesa con il Responsabile della Formazione, è indirizzato secondo un approccio che sia al contempo normativo-specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, riguarda anche le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge 190/2012, gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

I responsabili delle articolazioni aziendali comunicano ogni anno al Responsabile Aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza i nominativi dei dipendenti che andranno formati e organizzano presso le rispettive strutture/servizi/uffici degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali espongono le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, con un percorso a cascata, la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali danno riscontro di tali attività al RPCT. I Responsabili delle strutture aziendali, entro il 30 novembre di ogni anno, propongono al Responsabile per la Prevenzione il programma annuale di formazione del personale della propria struttura e i dipendenti da inserire nel medesimo. Sulla base di tali proposte, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, sentiti i Referenti, entro il 31 dicembre di ogni anno, definisce i fabbisogni formativi e seleziona i dipendenti da inserire nei programmi della formazione obbligatoria.

La selezione del personale destinatario della formazione, fatte salve motivate specifiche esigenze, viene operata sulla base dei seguenti criteri di priorità: a) ruolo svolto nell'ambito del processo di gestione del rischio; b) grado di rischio dell'attività svolta; c) livello di responsabilità riconnesso all'incarico o alla posizione ricoperti; d) assenza o minor livello di formazione, a parità degli altri requisiti.

Il Responsabile della Formazione cura la predisposizione del programma annuale di formazione in materia di anticorruzione l'attivazione e l'organizzazione dei corsi nel rispetto dei tempi programmati, la verifica dell'effettiva partecipazione del personale selezionato ai corsi, la rilevazione e il monitoraggio del percorso formativo.

Il Responsabile della Formazione, entro il 30 novembre di ogni anno, comunica al Responsabile per la prevenzione i dati relativi alla formazione erogata nell'anno di riferimento in materia di anticorruzione, con indicazione del numero dei dipendenti formati suddiviso per struttura di appartenenza, della quantità, in termini di giornate/ore, di formazione erogata, dei soggetti erogatori e della tipologia e contenuti della formazione, nonché il criterio di selezione dei docenti. La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria.

La trasparenza costituisce una misura efficace non soltanto ai fini della prevenzione, ma anche come strumento di dialogo coi cittadini e le imprese.

L'adempimento degli obblighi previsti dal d.lgs. 33/2013 e s.m.i. è curato dal RPCT cui compete la definizione delle misure, dei modi e delle iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. Il RPCT, adempie e sovrintende agli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, assicurando, insieme alla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni e dei dati pubblicati.

La mancata o incompleta o tardiva pubblicazione delle informazioni di cui al comma 31 del d.lgs 33/2013, qualora imputabile a negligenza del Dirigente tenuto all'adempimento in base alle prescrizioni del P.T.T.I., costituisce fonte di responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs 165/2001.

In linea con le disposizioni in materia di trasparenza, nel corso dell'anno 2018 è stato approvato il Regolamento per l'accesso agli atti, l'accesso civico e l'accesso generalizzato, pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente, ed è stato istituito il Registro degli accessi anch'esso consultabile on line.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), ogni stazione appaltante è tenuta ad individuare il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati richiesti e a indicarne il nome all'interno del Piano. Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda Roma 3 è il Dr. Roberto Donati, Posizione Organizzativa Contratti e Convenzioni, che ha il compito di vigilare e di provvedere alla verifica e all'aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa presenti nell'AUSA. L'individuazione del RASA è intesa quale misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

All'esito della procedura aperta alla partecipazione degli *stakeholder* interni ed esterni e previo parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione, con deliberazione del Direttore Generale n. 92 del 30/01/2014, è stato adottato il primo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL ROMA 3.

Il Codice aziendale, oltre a recepire in toto le regole di comportamento contenute nel Regolamento recante il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. 62/2013, contiene ulteriori regole rispondenti alle specifiche esigenze del contesto in cui è destinato ad operare.

Nel corso dell'anno 2018 il Codice è stato aggiornato in collaborazione con il Dirigente delle Professioni Sanitarie. Inoltre, al fine di individuare gli aspetti più critici, che necessitavano di opportuno approfondimento, si è tenuto conto della tipologia dei casi segnalati all'UPD nell'ultimo biennio.

Inoltre: è stata valorizzata l'importanza del senso di appartenenza all'Azienda che intende favorire il benessere lavorativo necessario affinché tutti coloro che lavorano per l'Azienda medesima si sentano parte di un gruppo; è stato previsto il divieto per il destinatario di rendere pubbliche dichiarazioni offensive e denigratorie, anche sui social networks, nei riguardi dell'Azienda; in merito al valore massimo per "regali, compensi e altre utilità", alla stregua di quanto disposto da altre Asl che hanno accolto i rilievi di cittadini che ritenevano troppo alto l'importo di € 150,00 come "regalo di cortesia", si è ritenuto congruo abbassare tale limite da € 150,00 a € 100,00; è stato inserito il richiamo al "divieto di fumo"; è stato inserito un paragrafo specifico per "concorsi pubblici, selezioni e progressioni"; è stato opportunamente sviluppato l'aspetto delle conseguenze disciplinari in caso di violazioni del Codice Etico Comportamentale; è stato ampliato quanto attiene i valori fondamentali riconosciuti nella Carta Europea dei diritti del malato; è stato rimarcato il ruolo strategico dei Dirigenti nel vigilare sull'applicazione del Codice e la loro responsabilità qualora non si attivino per perseguire fenomeni in contrasto con le disposizioni del Codice stesso.

Il Codice di Comportamento vigente è allegato al presente Piano (**Allegato 3**).

Ai sensi della previsione di cui all'art. 2, c. 3, del Codice generale, gli obblighi di condotta contenuti nel citato Codice sono estesi alla Direzione Generale e ai componenti del Collegio Sindacale e, mediante l'inserimento di clausole ad *hoc*, negli atti di conferimento di incarichi o di affidamento di lavori e servizi, alle seguenti categorie: a) Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale; b) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo; c) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate; d) Personale assunto con contratto di somministrazione; e) Borsisti, stagisti, tirocinanti e specializzandi.

Al fine di dare concreta operatività a tale previsione si confermano le seguenti azioni:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, a cura dell'Ufficio del Personale, è inserita una clausola che prevede l'impegno dell'interessato a rispettare le norme del Codice di comportamento aziendale e la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi ivi previsti;

- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori e per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture convenzionate/accreditate, a cura della Struttura competente alla gestione del procedimento, è inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento generale e aziendale da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL, nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Tutti i destinatari sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nel Codice, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della performance e della conseguente corresponsione della retribuzione di risultato, sia ai fini del conferimento e dell'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali.

I Responsabili delle varie articolazioni aziendali hanno il compito di promuovere, anche attraverso un'adeguata informazione, il rispetto delle regole comportamentali definite nel Codice e di vigilare costantemente sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore secondo la disciplina prevista dalle norme di legge e contrattuali.

I dipendenti e i collaboratori hanno l'obbligo di segnalare al Responsabile della struttura di assegnazione, o al RPCT, eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza. Qualora la segnalazione pervenga al Dirigente della Struttura, questi deve trasmetterla al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Ai sensi dell'art. 16 del DPR 62/2013 e dell'art.54, c. 6, del d.lgs. 165/2001, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento: - I Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura; - Le strutture di controllo interno; - L'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari, ai sensi dell'art. 16, comma 3, del DPR 62/2012 provvede: - all'aggiornamento del Codice di comportamento; - a formulare pareri sui quesiti presentati dai dipendenti in merito alla corretta applicazione del Codice di comportamento, raccordandosi a tal fine col Responsabile della prevenzione; - alla raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e alla tenuta del relativo registro nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dall'art. 54 bis, nonché l'esame delle segnalazioni di violazione o di sospetto di violazione del codice di comportamento. L'Ufficio per i procedimenti disciplinari e i Responsabili di ciascuna struttura aziendale sono tenuti a svolgere una costante attività di vigilanza sull'attuazione dei Codici di comportamento, provvedendo a tenere costantemente informato il Responsabile della prevenzione di ogni violazione accertata e contestata e dell'esito del procedimento instaurato nei confronti del trasgressore.

Entro il 30 novembre di ogni anno, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmette al Responsabile della prevenzione un *report* riportante i seguenti dati: a) numero delle violazioni segnalate e contestate nel semestre di riferimento, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore; b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni; c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto. L'Ufficio del Personale, all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro o dell'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere agli interessati, per avvenuta presa visione ed accettazione degli obblighi ivi previsti, copia del Codice di comportamento.

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti. Ai sensi dell'art. 16, comma 2, lett. l *quater*, del d.lgs 165/2001, nell'ipotesi di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare la sospensione dal servizio, in applicazione dell'ivi previsto obbligo di rotazione, nei confronti dell'accusato vengono adottati i seguenti provvedimenti: - per il personale dirigenziale, la revoca dell'incarico in essere e il conferimento di altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l *quater* e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. 165/2001; - per il personale non dirigenziale, l'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma, lett. l *quater*, del d.lgs. 165/2001.

Rientra nelle competenze del Responsabile della struttura cui afferisce il dipendente sottoposto a giudizio penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, adottare o proporre alla Direzione Generale, ove non competente, i suddetti provvedimenti, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione. La rotazione è esclusa, e si dovrà far luogo alla sospensione dal servizio, nelle ipotesi di reati di particolare gravità o qualora la permanenza in servizio dell'accusato, in considerazione della natura dei fatti contestati, risulti pregiudizievole all'immagine dell'amministrazione o alla sicurezza degli utenti e dipendenti.

Al di fuori dell'ipotesi sopra considerata, nelle more dell'adozione degli atti che costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione sistematica dell'istituto, si farà luogo, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni negoziali, alla rotazione del personale nell'ipotesi di eventi che, pur non integrando un'ipotesi di reato o un illecito disciplinare, siano sintomatici di una significativa criticità.

Con riferimento alle attività classificate ad "Alto" rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare ed implementare, ove non ancora adottate, le azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti, ed adottare misure di controllo compensative, quale l'affidamento delle pratiche sensibili a due funzionari, atte a prevenire il rischio di condotte corruttive. I Responsabili delle articolazioni aziendali, possono regolarmente disporre la rotazione del personale assegnato alle proprie strutture nell'ambito delle loro ordinarie prerogative gestionali della qualifica e del profilo professionale e dei limiti stabiliti dai CCNLL.

Nel corso dell'anno 2018 la misura preventiva della rotazione è stata adottata per l'Ufficio Rilevazione Presenze centrale ove l'attività di inserimento giustificativi nella procedura informatizzata è stata ridistribuita tra il personale assegnato all'Ufficio in parola in quanto trattasi di un'attività fungibile.

I Responsabili delle strutture interessate trasmettono al RPCT, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione in merito all'attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni che ostano alla sua applicazione e le misure compensative adottate in tal caso.

La rotazione non potrà essere applicata ai profili professionali nei quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa o da un numero comunque esiguo di unità lavorative; tale condizione deve essere espressamente dichiarata dal dirigente dell'Unità Operativa di riferimento. Nel corso di validità del presente Piano verranno adottate le iniziative per definire i criteri generali ed oggettivi e le modalità di applicazione in via ordinaria del principio della rotazione, tali da salvaguardare le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari, anche attraverso la previsione di adeguati percorsi formativi e di forme di affiancamento, per consentire al personale coinvolto nella rotazione di acquisire le adeguate competenze.

Tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi

previsti dall'art. 6 bis nella L. n. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e dai Codici di comportamento nazionale e aziendale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto.

Il soggetto destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa. I Responsabili delle articolazioni aziendali devono provvedere a trasmettere tempestivamente le segnalazioni di astensione ricevute dal personale afferente la propria struttura al Responsabile della corruzione, che cura la tenuta del relativo registro.

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per il personale Dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL ROMA 3 è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e s.m.i. e dalle altre norme di legge ivi richiamate. A tale riguardo l'Azienda ha adottato specifico Regolamento in materia al fine di definire i criteri e disciplinare le procedure per il rilascio delle necessarie preventive autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali da parte del personale dipendente dell'ASL Roma 3.

In tal senso è da evidenziare che:

✓ i dipendenti sono tenuti a comunicare formalmente all'UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, utilizzando l'apposito modulo di comunicazione;

✓ l'irrogazione di sanzioni disciplinari o l'attivazione del procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva costituisce causa ostativa al conferimento di incarichi aggiuntivi e/o all'autorizzazione di incarichi/attività extra-istituzionali;

✓ i Responsabili di struttura, ai fini della formulazione del parere di competenza secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio dell'autorizzazione, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio o la pendenza di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva;

✓ l'omesso versamento all'amministrazione, nei termini dalla medesima stabiliti, del compenso indebitamente percepito per lo svolgimento di incarichi/attività non autorizzata o comunque non autorizzabile, è fonte di responsabilità erariale in capo al dipendente indebitamente percettore.

Con il d.lgs. 39/2013 il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, disciplinando i casi di inconfiribilità e incompatibilità. In particolare, ai sensi di quanto disposto nei Capi III e IV del d.lgs. 39/2013, nonché ai sensi della delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, n. 833 del 3 agosto 2016, è stato previsto che il conferimento di incarichi amministrativi di vertice (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo) è precluso, in modo temporaneo o permanente, a coloro che: - abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'amministrazione o svolto attività libero professionale a favore di questi ultimi; - siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto. Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non siano note all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

I Capi V e VI del d.lgs. 39/2013 contemplano le cause di incompatibilità, che, a differenza di quelle che determinano l'inconferibilità, possono essere rimosse mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro.

Con riferimento ad entrambe le fattispecie, gli interessati sono tenuti ad attestare l'insussistenza della causa ostativa mediante dichiarazione da presentare UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari, resa ai sensi dell'art. 20 del citato d.lgs. 39/2013: - all'atto del conferimento dell'incarico; - annualmente e tempestivamente su richiesta nel corso del rapporto; - tempestivamente all'insorgenza di una causa di incompatibilità. Le dichiarazioni sostitutive vengono acquisite agli atti dell'UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari che ne cura la tempestiva pubblicazione sul sito istituzionale. L'UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari accerta la veridicità della dichiarazione secondo le Linee Guida ANAC n. 833 del 2016.

La legge 190/2012, ha introdotto nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs 165/2001, il comma 16 ter, ai sensi del quale, *"I dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal precedente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti"*. Destinatari del divieto sono tutti i dipendenti che per il ruolo o 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 (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dal D. Lgs 50/2016).

Tali soggetti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con la pubblica amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione, e, quindi, anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività dal dipendente nell'esercizio dei suoi poteri autoritativi o negoziali.

La violazione del divieto comporta l'applicazione delle seguenti sanzioni: - sanzioni sull'atto: nullità dei contratti di lavoro conclusi e degli incarichi conferiti in violazione del divieto; - sanzioni nei confronti dei trasgressori: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono avere rapporti contrattuali con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti ed accettati in esecuzione dell'affidamento illegittimo. Pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso in caso di violazione.

Con riferimento a tale condizione ostativa, i Responsabili delle strutture competenti *ratione materiae* devono assicurare che:

- in tutti i contratti di assunzione del personale sia inserita 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 data di cessazione

del rapporto di lavoro con l'ASL nei confronti dei soggetti privati destinatari, nell'ultimo triennio di servizio, dell'attività svolta dal dipendente nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali;

- nei bandi di gara e negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita, a pena di esclusione dalla procedura, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque di non aver attribuito incarichi, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto, ad ex dipendenti dell'ASL che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego. La medesima clausola deve essere inserita negli atti di affidamento diretto della fornitura di beni e servizi e negli atti di convenzionamento con strutture private. Qualora emerga la violazione del divieto, il Responsabile del procedimento dispone l'esclusione dalla procedura di affidamento del partecipante/offerente, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione. L'Ufficio Legale adotta le dovute iniziative a tutela dell'ASL anche nei confronti dell'ex dipendente resosi responsabile della violazione dell'obbligo, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione.

L'ASL Roma 3, nel rispetto di quanto disciplinato con la Legge 179/2017, ha adottato il "*Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblowing)*" (**Allegato. 4**). Al riguardo si precisa che l'utilizzo improprio dell'istituto delle segnalazioni e, più in generale, i comportamenti volti esclusivamente a rallentare l'attività del RPCT, saranno a loro volta suscettibili di essere sanzionati in sede disciplinare. Nei confronti del dipendente che segnala illeciti non è consentita, né tollerata da parte dell'Azienda alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla segnalazione. La segnalazione del dipendente è sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii. Nel corso del 2019 è pervenuta n. 1 segnalazione, nel corso del 2020 è pervenuta n. 1 segnalazione.

Nelle procedure di selezione del personale deve formare oggetto di specifica valutazione dell'idoneità dei candidati la conoscenza dei principi e delle norme fondamentali in materia di etica, integrità e legalità, dei doveri e delle responsabilità dei pubblici funzionari e degli incaricati di pubblico servizio e del personale operante presso le pubbliche amministrazioni, nonché dei doveri previsti dai codici di comportamento e delle sanzioni applicabili in caso di violazione.

Per i neo-assunti, ai fini del positivo superamento del periodo di prova, deve formare oggetto di specifica verifica ed attestazione da parte del Responsabile della struttura di assegnazione, il rispetto degli obblighi previsti nei Codici di comportamento e delle prescrizioni contenute nel presente Piano, nonché delle disposizioni e procedure aziendali. Il personale di nuova assegnazione presso una struttura deve essere adeguatamente formato, anche mediante un periodo di affiancamento, e informato dal Responsabile della struttura su obblighi di comportamento e regole previsti dai Codici e dal presente Piano e sulle conseguenze della loro violazione.

Per "Patto di Integrità" (**Allegato 5**) si intende un accordo avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'esplicito impegno anti-corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'ASL ha previsto il patto di integrità allegato al presente Piano.

A cura dei Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure il Patto di integrità deve essere inserito nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti Responsabili devono inoltre curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto. Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione.

L'ASL ROMA 3 ha sempre posto particolare attenzione alla predisposizione di percorsi di formazione, attuazione e controllo dei processi e delle decisioni al fine di garantire il perseguimento dei fini istituzionali nel rispetto della legalità, dell'efficienza e dell'efficacia e delle attività e della qualità dei servizi resi ai cittadini. In particolare, l'Azienda nel tempo si è organizzata al fine di circoscrivere e presidiare gli ambiti di discrezionalità, quali la segregazione delle funzioni e responsabilità e dei compiti, le valutazioni e decisioni collegiali, l'informatizzazione dei processi e procedimenti "sensibili", la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, controlli informatici preventivi e successivi, sistema di valutazione della performance, controllo di gestione, sistema di qualità. A questi si aggiungono quelli istituzionali di legalità e regolarità amministrativo contabile da parte del Collegio Sindacale. Tali modalità organizzative e procedurali, concorrono a formare il sistema delle misure volte a prevenire il fenomeno della corruzione e dell'illegalità nell'ambito dell'ASL di cui costituiscono, a pieno titolo, i regolamenti di cui l'Azienda si è dotata nel tempo e che vengono pubblicati nel portale aziendale al fine di darne la massima diffusione all'interno dell'Azienda stessa.

Per ciascuna delle specifiche aree di rischio i Responsabili delle articolazioni aziendali esplicitano i meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione attraverso:

1. Individuazione e descrizione dei processi rientranti nelle macro aree di attività individuate dal presente Piano, con esplicitazione del personale coinvolto;
2. Revisione o predisposizione di regolamenti o procedure aziendali per la gestione dei processi;
3. Definizione dei sistemi di verifica e controllo di regolarità e legittimità da effettuare con individuazione dei soggetti che li operano, il sistema di monitoraggio periodico e l'oggetto e la tempistica dei controlli.

Principi generali:

✓ frammentazione delle responsabilità e dei compiti e previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;

✓ tracciabilità dei processi e delle responsabilità, attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta in qualunque momento la verifica del processo stesso in termini di congruità, coerenza, responsabilità e rispetto della normativa; } assegnazione dei compiti e funzioni in coerenza con le competenze, i poteri e le responsabilità inerenti la qualifica posseduta e il profilo professionale di appartenenza;

✓ legalità, in forza del quale gli atti e le attività devono essere posti in essere nel più rigoroso rispetto delle norme di legge, dei regolamenti, delle procedure e dei Codici aziendali;

✓ rispetto dell'ordine cronologico nella trattazione delle pratiche, fatti salvi i casi di urgenza che devono essere espressamente richiamati nel provvedimento. - regole/misure specifiche ulteriori rispetto a quelle obbligatorie:

Settore affidamento di lavori, servizi e forniture:

✓ divieto di inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito di clausole che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;

✓ gli atti di gara e di aggiudicazione devono contenere l'espresso divieto di subappalto di qualsiasi tipo da parte dell'aggiudicatario alle ditte/imprese che hanno partecipato alla gara;

✓ assicurare la regolare rotazione nella nomina dei componenti delle commissioni di gara e garantire che l'individuazione dei componenti medesimi sia effettuata secondo la professionalità posseduta in riferimento all'oggetto della gara.

Settore contratti

✓ il Patto di integrità deve essere richiamato nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara e nei contratti a cura dei Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure di redazione e sottoscrizione dei bandi di gara e dei contratti.

Attività di vigilanza, controllo, ispezione di competenza delle strutture del Dipartimento di Prevenzione:

✓ le attività di vigilanza, controllo e ispezione da svolgere devono essere affidate secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei destinatari delle attività al fine di evitare il consolidarsi di relazioni stabili tra controllori e controllati;

✓ la programmazione degli interventi di vigilanza, controllo e ispezione deve garantire la segretezza nei confronti dei destinatari fino alla data dell'effettiva esecuzione delle attività, fatte salve le casistiche che per norma ne prevedono il preavviso;

✓ gli atti di vigilanza, controllo e ispezione di competenza delle strutture del Dipartimento di Prevenzione, compatibilmente con le risorse disponibili, devono essere effettuati da almeno due operatori abbinati secondo la rotazione casuale.

Settore rilevazione presenze:

✓ monitoraggio, riscontro delle timbrature sulle presenze del personale in sede. I Referenti, con riferimento alle strutture ricomprese nella macro-area di rispettiva competenza, verificano, con cadenza almeno trimestrale, l'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l'attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione entro il 30 novembre di ogni anno. I Referenti, con riferimento alle strutture ricomprese nella macro-area di rispettiva competenza, verificano, con cadenza almeno trimestrale, l'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l'attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione entro il 30 novembre di ogni anno.

SEZIONE 2: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Con deliberazione n. 13 del 09/01/20, l'Azienda ha approvato l'Atto Aziendale in vigore, adottato con DCA Regione Lazio n. U00033 dell'11/02/20 e pubblicato sul BURL del 13/02/20.

L'Azienda ispira il proprio modello organizzativo-gestionale a criteri di responsabilizzazione, di delega di sistemi di gestione, di autonomia e responsabilità professionale degli operatori.

L'attribuzione e la delega espressa di poteri e l'assegnazione di obiettivi rendono possibile il coinvolgimento degli operatori nella gestione aziendale, consentendo la valutazione di risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati.

L'Azienda applica, in quanto possibile, il principio della separazione delle responsabilità di governo e di committenza da quelle di produzione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse assegnate.

La struttura organizzativa dell'Azienda è articolata in unità organizzative di tipo produttivo o di supporto e nel cui ambito aggregano risorse professionali, tecniche e finanziarie ed assicurano, attraverso il governo dei processi e delle attività, il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Le articolazioni, sulla base delle correlate responsabilità tecnico professionali e/o di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate, possono essere: Strutture Complesse (UOC) alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Le strutture complesse esercitano funzioni amministrative o assistenziali, chiaramente individuabili, e sono contrassegnate da un significativo valore economico sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane affidate e hanno la responsabilità del *budget* assegnato.

La titolarità della struttura complessa implica l'assunzione di funzioni di Direzione e organizzazione delle risorse e della attività da attuarsi nel rispetto degli obiettivi economici, organizzativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione di decisioni volte al corretto espletamento delle attività in termini di appropriatezza. Strutture semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) che assicurano attività riconducibili ad una o più linee di attività, chiaramente individuabili, non ridondanti o riconducibili alle UOC e con responsabilità del budget assegnato. La titolarità della struttura semplice a valenza dipartimentale implica l'assunzione di funzioni di Responsabilità e organizzazione delle risorse assegnate e della attività da attuarsi nel rispetto degli obiettivi economici, organizzativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione di decisioni volte al corretto espletamento delle attività in termini di appropriatezza. Strutture semplici (UOS), articolazioni funzionali della struttura complessa. Le strutture semplici assicurano funzioni riconducibili a una o più linee di attività tra loro coerenti, chiaramente individuate nell'ambito della struttura complessa di riferimento. La relativa titolarità implica l'attribuzione di funzioni con responsabilità ed autonomia limitate agli obiettivi assegnati all'interno dei processi di produzione.

L'organizzazione aziendale si articola in Dipartimenti che costituiscono un insieme organizzativo di unità operative complesse, semplici e unità operative semplici a valenza dipartimentale, il cui scopo è la gestione comune, efficace, efficiente e appropriata delle risorse per lo svolgimento delle rispettive attività istituzionali. I dipartimenti hanno la responsabilità gestionale delle risorse loro assegnate e sono caratterizzati dalla omogeneità, affinità o complementarietà sotto il profilo delle attività delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

Al dipartimento competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, di coordinamento, orientamento, consulenza e supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitari.

In allegato l'organigramma aziendale così come approvato con la deliberazione 13/2020 (**Allegato 9**).

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

a) RIFERIMENTI NORMATIVI

Il *“lavoro agile”* è stato indentificato dal DPCM del 4 marzo 2020 nonché dalla Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2020 come *“la modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forma di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luoghi di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa.”*

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all’interno degli spazi aziendali ed in parte all’eterno senza una postazione fissa entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale derivante dalla legge e dalla contrattazione collettiva”.

Tale modalità operativa viene realizzata dal lavoratore in forma indipendente ma vincolata sia ai tempi di lavoro che alla reperibilità, pertanto, è una delle modalità di lavoro flessibile capace di conciliare entrambe le esigenze summenzionate.

Introdotta nelle amministrazioni pubbliche dall’art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, il lavoro agile ha subito una forte spinta proprio a seguito dell’emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, circostanza che ha incentivato tale modalità quale *“modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa”* per salvaguardare la salute del personale e, nel contempo, garantire l’efficienza dell’azione amministrativa.

Ebbene, a livello normativo il passaggio dal processo sperimentale del lavoro agile a modalità ordinaria di prestazione lavorativa è stato segnato sostanzialmente dal D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, denominato *“Decreto Cura Italia”*.

Successivamente, il D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd. Decreto Rilancio) convertito, con modificazioni, nella legge n. 77 del 17 giugno 2020, in particolare, ha introdotto il *“Piano operativo del lavoro agile”* (POLA) con il quale sono state individuate: *“le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”*.

Tale documento di programmazione organizzativa, inizialmente destinatario del D.L. n. 34/2020 il quale ne prescriveva l’adozione per le singole amministrazioni entro il 31 gennaio di ciascun anno, a seguito dell’emanazione del D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in legge n. 113 del 6 agosto 2021, è confluito all’interno del *“Piano Integrato di Attività e di Organizzazione”* (PIAO).

Come stabilito dal DPCM del 23 settembre 2021 a decorrere dal 15 ottobre 2021 si è previsto un ritorno alla modalità ordinaria in presenza di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Le amministrazioni sono state comunque chiamate ad assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid.19.

Le modalità per il rientro al lavoro dei dipendenti pubblici sono state disciplinate dal Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020, in attuazione del quale sono state adottate le relative linee guida che hanno regolato le modalità di svolgimento del lavoro agile nel settore pubblico in attesa di definizione della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-2021 che disciplineranno a regime l’istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale.

Con Delibera del Direttore Generale n. 200 del 14.03.2020, l’Azienda Sanitaria Locale Roma 3 ha attivato la modalità di lavoro agile dettata dalle misure necessarie per il contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19.

Successivamente, con circolare del 14 ottobre 2021 protocollo 66988, in attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 settembre 2021 e del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 08 ottobre 2021, sono state fornite le indicazioni per il rientro in presenza del personale a far data dal 15 ottobre 2021, in considerazione del ritorno della prestazione lavorativa resa in presenza, a modalità ordinaria di svolgimento della stessa, nonché dell'obbligo di accesso alle sedi di lavoro previo possesso ed esibizione della certificazione verde (green pass).

b) DISCIPLINE E MISURE ORGANIZZATIVE

L'insieme delle norme che dettano la materia oggetto della presente sezione regola l'applicazione del lavoro agile per il personale dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 in possesso dei requisiti per lo svolgimento di attività cd. smartizzabili.

I presupposti per l'esecuzione delle prestazioni in modalità agile sono caratterizzati:

- dalla possibilità di delocalizzare in tutto o almeno in parte le attività assegnate al dipendente, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- dalla circostanza che lo svolgimento della prestazione in tale modalità non pregiudichi o riduca la fruizione dei servizi resi a favore degli utenti;
- dall'approvazione di un apposito piano di smaltimento del lavoro arretrato della Struttura di appartenenza, ove sia stato accumulato;
- la possibilità da parte del dipendente di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro e l'accesso agli applicativi dell'Ente tramite VPN o connessioni in *cloud*;
- l'autonomia operativa e la possibilità di organizzare l'attività lavorativa;
- la possibilità di monitorare e valutare i risultati conseguiti.

L'accesso al lavoro agile, in primo luogo, è subordinato alla garanzia della presenza in servizio del personale addetto all'attività di sportello, di ricevimento utenti e di erogazione di servizi all'utenza.

Il personale autorizzato ad effettuare lo *smart working* deve comunque garantire la prevalenza dell'esecuzione della prestazione in presenza.

Nel calcolo della prevalenza della presenza in sede si fa riferimento alle giornate lavorative. Più specificamente, per esecuzione della prestazione "prevalentemente" in presenza si intende un numero di giornate lavorative settimanali (o mensili in caso di accordo su un numero di giornate mensili) superiori rispetto a quelle effettuate in modalità agile.

Le giornate settimanali che prevedono un modulo orario "di lunga" devono essere svolte necessariamente in presenza.

Il principio della prevalenza ha una portata applicativa generale valendo, altresì, nel caso di sottoscrizione di contratti di lavoro flessibile (ad esempio contratti part-time). Restano esclusi dal calcolo della prevalenza in sede, sia l'istituto delle ferie che gli altri istituti normativi e contrattuali quali ad esempio permessi, assenze per malattia e congedi.

L'Azienda individua, per il tramite dei Direttori e dei Dirigenti le attività che sono effettuabili tramite lo *smart working*, fermo restando che sono esclusi i lavori soggetti alla turnazione e quelli che richiedono la predisposizione di strumentazioni o documentazioni non smartizzabili.

Per tale ragione, da un lato, l'obiettivo primario che la ASL Roma 3 si prefigge è quello di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con l'obiettivo di massima efficienza del servizio pubblico. Dall'altro lato i lavoratori, pertanto, sono chiamati a garantire nell'esercizio della loro funzione, i medesimi livelli prestazionali svolti in presenza.

Dalle rilevazioni effettuate dagli uffici delle Risorse Umane in merito all'attivazione di *smart working*, in un periodo compreso tra gennaio e maggio 2022, emergono numeri ridotti (circa 70 usufruenti).

Tale dato assume vitale importanza in considerazione della natura delle attività che vengono offerte da un'Azienda di erogazione di servizi deputata alla tutela della salute.

c) ACCESSO AL LAVORO AGILE (L'ACCORDO INDIVIDUALE)

A partire dal 15 novembre 2021 per poter usufruire del lavoro agile il lavoratore sottoscrive, con il direttore della struttura cui il dipendente è assegnato, un apposito accordo individuale redatto sulla base di un modello predisposto dall'Azienda (**Allegato 6 – Modulo di richiesta per l'autorizzazione dello smart-working**, **Allegato 7 - Proposta di svolgimento dell'attività in smart-working**, **Allegato 8 – Linee guida per i lavoratori in smart-working**).

Nell'accordo devono essere indicati:

- gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile in coerenza con le competenze attribuite alla struttura di assegnazione;
- le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di reperibilità;
- la durata dell'accordo che, previa richiesta scritta del dipendente al dirigente di riferimento, può essere prorogata;
- il luogo presso il quale il lavoratore svolge l'attività lavorativa agile;
- le giornate e l'articolazione oraria per lo svolgimento delle anzidette attività;
- gli strumenti tecnologici ed informatici eventualmente forniti dall'Azienda;
- le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento dell'attività lavorativa in tale modalità,
- gli adempimenti in materia di sicurezza dei dati trattati secondo le modalità ed i termini previsti nel rispetto del Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali (UE 2016/679).

La prestazione lavorativa è svolta dal dipendente senza precisi vincoli di orario pur sempre nel rispetto dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivante dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Il dipendente, invero, è chiamato ad assicurare un efficace ed efficiente coordinamento con l'ufficio di appartenenza e ad assicurare lo svolgimento ottimale della prestazione lavorativa a cui è deputato garantendo la sua contattabilità sia telefonicamente che via e-mail o con altre modalità simili.

In egual misura, l'Azienda riconosce al lavoratore la fascia di inoperabilità (cd. diritto alla disconnessione), durante la quale non può svolgere alcuna prestazione lavorativa. Tale diritto si applica dalle ore 19:00 alle ore 7:30 del mattino seguente, nonché nelle giornate di sabato, domenica e festivi.

Durante le giornate di *smart-working* il dipendente ha diritto, ove ne ricorrano i relativi presupposti, di fruire dei medesimi istituti previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, eccezion fatta per i permessi brevi ad ore che risultano incompatibili con l'espletamento del lavoro agile.

In tali giornate, tuttavia, non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato o lavoro svolto in condizioni di rischio.

Durante le giornate di *smart-working* non si ha diritto alla erogazione di buoni pasto (Circolare del Ministero della Funzione Pubblica n. 2/2020).

In caso di prolungato malfunzionamento del servizio, in presenza di problematiche tecniche o di sicurezza informatica che rendano impossibile la prosecuzione dell'attività lavorativa attraverso la modalità *smart*, il dipendente potrà essere richiamato in sede per assicurare la continuità della prestazione lavorativa; il rientro in sede avviene, tenuto conto delle esigenze, entro le 24 ore successive.

L'accordo prevede, altresì, il diritto delle parti di recedere con un preavviso non inferiore a 30 giorni con atto motivato. In presenza di un giustificato motivo le parti possono recedere dall'accordo senza preavviso. Fatte salve ulteriori ipotesi, rappresentano un giustificato motivo l'assegnazione a diversa Struttura, sopravvenute

ed oggettive esigenze organizzative e produttive, esigenze personali del lavoratore, il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati per cause imputabili al dipendente, comprovati problemi di sicurezza informatica.

In caso di revoca, pertanto, il lavoratore è tenuto a riprendere la propria prestazione lavorativa secondo l'orario ordinario presso la sede di lavoro dal giorno successivo alla comunicazione della revoca.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa cd. "smart" il dipendente deve adottare un comportamento improntato ai principi di correttezza e buona fede ed è tenuto all'osservanza delle prescrizioni dettate dalle disposizioni dei CCNL di categoria, di quanto statuito dal Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici e della normativa disciplinare aziendale.

In conclusione, in merito alle condizioni necessarie per un più proficuo espletamento della prestazione in modalità agile, l'Ipotesi di Contratto Collettivo Sanità per il triennio 2019/2021 apporta importanti novità.

Notevole rilevanza assume, infatti, la nuova disciplina delle due tipologie di lavoro agile, previsto dalla legge 81/2017 e lavoro da remoto, che sostituiscono la precedente tipologia del telelavoro.

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, prevede, tra l'altro, di adattare la propria disciplina alle nuove prescrizioni dei CCNL con specifico riferimento a quanto stabilito in merito allo *smart working* e alla collegata formazione del personale.

d) SMART-WORKING PER I LAVORATORI FRAGILI E/O CONVIVENTI CON PERSONE FRAGILI

Sono da considerarsi lavoratori fragili, ai sensi della Circolare a firma congiunta del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali e del Ministro della Salute n. 13 del 4 settembre 2020, *"quei lavoratori che, a causa di una patologia preesistente, sono esposti al rischio di un esito grave o infausto dell'infezione da Covid-19"*.

A livello normativo, da ultimo, l'art. 10, comma 2, del D.L. n. 24 del 24 marzo 2022, aveva prorogato fino al 30 giugno 2022 le disposizioni legislative relative alla *"sorveglianza sanitaria dei lavoratori maggiormente esposti a rischio contagio"*.

Più nel dettaglio la proroga riguardava la validità della norma contenuta nell'art. 83, commi 1,2 e 3 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (convertito, con modificazioni, dalla legge n.77 del 17 luglio 2020) ossia: *"per garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive e commerciali in relazione al rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, fino alla data di cessazione dello stato di emergenza per rischio sanitario sul territorio nazionale, i datori di lavoro pubblici e privati assicurano la sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio contagio, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbidità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità"*.

A far data dal 30 giugno 2022, invero, in attesa di uno specifico provvedimento a carattere legislativo in merito all'utilizzo del lavoro agile per i lavoratori fragili nella pubblica amministrazione, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha precisato che continua a trovare applicazione il principio di flessibilità già evidenziato nella Circolare del 5 gennaio 2022 dei ministri per la Pubblica Amministrazione e del Lavoro e delle Politiche sociali.

Tale principio consente di garantire ai lavoratori fragili della Pubblica Amministrazione la fruibilità di questa modalità di svolgimento della prestazione lavorativa salvaguardando naturalmente l'efficienza dell'Azienda. Essendo venuta meno la disciplina emergenziale che prevedeva per i lavoratori fragili lo svolgimento dell'attività lavorativa in *smart-working* 5 giorni su 5, pertanto, gli stessi sono destinatari delle disposizioni legislative relative alla suddetta sorveglianza.

In virtù di ciò, nell'ambito dell'organizzazione della Asl Roma 3, i lavoratori che ritengono di dover usufruire della modalità agile di prestazione lavorativa devono presentare preventiva domanda di visita medica per l'ottenimento di un giudizio di idoneità alla prestazione in presenza della mansione specifica.

Il medico competente, a seguito della visita, avrà cura di trasmettere il certificato contenente la prescrizione di *"prediligere lavoro agile come previsto dal D.L. n. 24 del 24 marzo 2022"* sia al Direttore della struttura di appartenenza dell'istante, che al dipendente medesimo.

Il dipendente, conseguentemente, dovrà sottoscrivere con il Direttore l'accordo individuale redatto sulla base di un modello predisposto dall'Azienda (Cfr. All. 6).

Diversamente, per ciò che concerne i lavoratori conviventi con persone fragili ossia:

- dipendenti con figli o familiari in condizioni di disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- lavoratrici in stato di gravidanza;
- lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del D.lgs. 26 marzo 2001, n. 151;
- dipendenti con figli conviventi nel medesimo nucleo familiare minori di anni quattordici,

si sottolinea che i Direttori di riferimento applicano nei loro confronti il diritto di precedenza ovverosia, viene garantita una priorità alle richieste di esecuzione di lavoro agile avanzate dai suddetti dipendenti.

Nel caso in cui, infatti, le richieste di *smart working* superano il massimo consentito, tale da pregiudicare l'efficienza dell'Azienda, sarà concessa l'autorizzazione in via prioritaria ai lavoratori che presentano tali esigenze.

Resta fermo, anche nei loro confronti, l'obbligo di stipula dell'accordo individuale secondo le modalità sopra specificate.

e) ADOZIONE STRUMENTI TECNOLOGICI PER GARANTIRE LA DIFFUSIONE E L'UTILIZZO DI FORME DI LAVORO AGILE

L'utilizzo della tecnologia è senza dubbio l'elemento chiave per una buona riuscita nell'implementazione di un modello di Smart Working. È proprio attraverso la tecnologia che viene data la possibilità al dipendente non solo di lavorare al di fuori della sede aziendale, svincolandolo dalla postazione lavorativa e dalla necessità della sua presenza fisica in ufficio, ma di permettergli allo stesso tempo di comunicare e collaborare con il proprio team.

È molto importante quindi che vengano scelte le giuste strumentazioni e che queste vengano messe a disposizione del dipendente, che deve poterne usufruire nella maniera più agevole possibile. Due strumenti fondamentali affinché il lavoratore possa lavorare in modo "smart" sono sicuramente un **laptop** (computer ad alta mobilità che può essere usato con qualsiasi tipo di connessione (LAN, Wi-Fi e Radiomobile), che a differenza del computer fisso permette maggiore mobilità e non obbliga il lavoratore ad una postazione fissa; e **una connessione internet efficiente**, tramite rete domestica, Wi-Fi, o rete radiomobile (4G o G) che permetta al lavoratore di poter lavorare ovunque si trovi, mantenendo costante il contatto con l'azienda.

Ci sono poi altri strumenti che possono essere adottati per favorire e facilitare la diffusione e l'utilizzo di forme di lavoro agile:

- gli **smart phone**, strumenti fondamentali per svolgere l'attività lavorativa in quanto permettono di poter accedere oltre alla telefonia e messaggistica classica a diverse funzionalità, quali l'accesso a internet, l'utilizzo della posta elettronica, l'elaborazione e la condivisione di documenti e file multimediali;
- i **tablet** che offrono ulteriori funzioni rispetto agli smart phone e, come per questi ultimi, possono arrivare, in alcuni casi, a sostituirsi all'utilizzo dei computer;
- **applicazioni e tecnologie** che permettano riunioni online e videoconferenze;
- **l'utilizzo di soluzioni VOIP** (Voice over IP);
- **gli strumenti di Cloud Computing**, che consentono di accedere, elaborare, archiviare e condividere dati attraverso internet in qualsiasi luogo e senza la necessità di scaricarli;
- le tecnologie collaborative, o **digital collaboration**, che permettono agli utenti di collaborare in tempo reale sullo stesso documento, chattare, scambiarsi informazioni, organizzare attività, condividere orari, impegni, in uno spazio virtuale condiviso.

L'Azienda, a tal proposito, sta procedendo all'analisi dei fabbisogni ed alla messa a punto del processo organizzativo al fine dell'attuazione dello Smart Working. In parallelo si procederà all'implementazione delle risorse tecnologiche utili alla realizzazione dei processi che verranno identificati.

In particolare:

- sono state già attivate le connessioni **VPN** (Virtual Private Network) per consentire, ai dipendenti autorizzati, il raggiungimento della rete aziendale ove risiedono i software utili alla attività istituzionale.
Upgrade previsto: la connessione in VPN verrà ulteriormente implementata per elevare i livelli di sicurezza con l'accesso a doppio fattore. Realizzazione presunta entro il primo semestre 2023;
- l'Azienda si è dotata di piattaforma per la **gestione delle mail attivata in Cloud** (Microsoft 365) che consente la consultazione delle caselle di posta anche se collegati al di fuori della rete aziendale;
- l'archiviazione di documenti condivisi oggi avviene attraverso cartelle installate su server aziendali (File server) che possono essere raggiunte solo mediante l'accesso alla rete con VPN.
Upgrade previsto: al fine del miglioramento delle performance e della sicurezza, tali cartelle si possono implementare in Cloud attraverso l'acquisizione di **licenze Microsoft Share point**. Realizzazione presunta entro il primo semestre 2023;
- con riferimento all'hardware occorrente (**PC portatili, laptop, tablet, etc.**) a seguito della individuazione dei fabbisogni sarà necessario predisporre la relativa acquisizione.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'attuale quadro normativo decreta una modifica nella logica e nella metodologia di programmazione e determinazione dei fabbisogni da parte delle PP.AA., collegando l'organizzazione e la disciplina degli uffici non più alla dotazione organica ma al Piano dei Fabbisogni del Personale (PTFP) che rappresenta lo strumento programmatico gestionale di natura dinamica nell'ambito del *budget* di spesa definito, di previsione dei fabbisogni di risorse umane, sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

Il fabbisogno è definibile come il numero delle unità e di profili che l'Azienda reputa e considera necessarie per il corretto adempimento di tutte le funzioni e le attività che la programmazione statale e regionale assegna all'Azienda e che allo stato non sono presenti all'interno dell'ente. Il fabbisogno pertanto individua il substrato necessario di personale per l'erogazione dei LEA.

In coerenza con le scelte strategiche inerenti l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle *performance*, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e nel rispetto dei criteri rotazionali, l'Azienda ha definito il proprio Piano Triennale dei Fabbisogni (adottato con Deliberazione n. 125 del 04/02/2022) favorendo la tendenziale copertura del *turn over* del personale deputato all'assistenza con una puntuale valutazione sui reali fabbisogni rispetto alle professionalità in cessazione nel corso del triennio per l'adeguamento dinamico dei profili professionali (Il piano è stato

Allo scopo di rimodellare l'effettivo fabbisogno di personale coerente con le risorse economiche definite in fase di assegnazione di *budget* ed in linea con i vincoli e i limiti di spesa imposti a livello regionale, l'Azienda in questo documento ha adeguato il programma assunzionale alle prescrizioni che la Regione Lazio ha dettato per l'anno 2022.

a) RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DEL PERSONALE

I dipendenti che lavorano per l'Azienda costituiscono la principale risorsa della stessa.

L'Azienda è orientata alla definizione di un contesto che miri a valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori.

Allo stesso tempo, l'Azienda chiede il rispetto dei codici deontologici di categoria come contributo pieno e responsabile degli aspetti etici connessi al proprio ruolo e con l'impegno costante nel perseguimento della missione aziendale.

L'Azienda vigila, inoltre, sul rispetto da parte dei suoi operatori del codice etico-comportamentale e dei codici disciplinari.

La tabella seguente presenta la situazione del personale dipendente alla data del 31/12/2021, compresi i comandati in entrata ed esclusi quelli in uscita, suddiviso per ruolo e per genere.

Personale in servizio al 31/12/2021				
Descrizione Dipendente	Personale	donne	uomini	Totale complessivo
	Ruolo Amministrativo	178	68	246

COMPARTO	Ruolo Professionale			
	Ruolo Sanitario	896	275	1.171
	Ruolo Tecnico	142	108	250
COMPARTO Totale		1.216	451	1.667
Descrizione Dipendente	Personale	donne	uomini	Totale complessivo
DIRIGENZA	Ruolo Amministrativo	4	5	9
	Ruolo Professionale	2	3	5
	Ruolo Sanitario	260	194	454
	Ruolo Tecnico	2	3	5
Dirigenza Totale		268	205	473
Totale complessivo		1.484	656	2.140

Il personale convenzionato titolare di incarico ammonta (alla data del 31/12/2021) a n. 230 unità.

a) **LE CESSAZIONI ATTESE PER IL TRIENNIO 2022-2024**

Nelle tabelle seguenti vengono riportate le cessazioni note o prevedibili per il triennio di riferimento. Com'è noto nelle ordinarie dinamiche di gestione del personale può accadere che in corso di anno si verifichino cessazioni a vario titolo imprevedibili in sede di programmazione (dimissioni, trasferimenti presso altre amministrazioni, decessi). Tali cessazioni verranno gestite ad invarianza di dotazione del personale e pertanto l'Azienda procederà al relativo reintegro della corrispondente figura professionale, atteso che tale circostanza altro non è che una operazione di riequilibrio finanziario dovuto alla sostituzione di un'unità già contemplata nel fabbisogno complessivo annuo.

Si rappresenta che nel corso del 2022 verranno effettuate le seguenti progressioni verticali ai sensi del D.Lgs. 75/2017 (Madia), rappresentate nella tabella sotto riportata come cessazioni e nelle successive come assunzioni:

- Passaggio da categoria B a categoria C: 6 unità;

- Passaggio da categoria B a Bs: 5 unità;
- Passaggio da categoria D a Ds: 34 unità.

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2022 TI	Cessazioni 2023 TI	Cessazioni 2024 TI
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	10	5	4
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	0	0	2
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	10	3	2
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	13	2	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO	1	0	0
COMMESSE	0	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - DIETISTA	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO – Terapisti Occ	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (FISIOTERAPISTA)	3	5	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (LOGOPEDISTA)	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (ORTOTTISTA)	1	0	0
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	5	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	42	5	8
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. ESPERTO	8	2	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. (OSTETRICA)	2	2	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. AUDIOMETRISTA	2	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	4	2	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. PERFUSIONISTA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	9	1	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TERAP. NEURO E PSICOM. ETA' EVOL.	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO	0	0	1
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	3	3	1
COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	4	1	0
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	0	0	0
ASSISTENTE TECNICO	0	1	0
OPERATORE TECNICO	5	0	1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	3	0	0

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2022 TI	Cessazioni 2023 TI	Cessazioni 2024 TI
OSS	2	5	0
OTA	1	0	0
AVVOCATO	1	0	0
VETERINARIA	1	0	0
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	0	1	0
ANATOMIA PATOLOGICA	1	0	0
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	1	1
CARDIOLOGIA	1	1	4
CHIRURGIA GENERALE	4	1	0
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	0	0	1
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	0	3	0
GASTROENTEROLOGIA	0	0	0
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	1	3
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	1	1	0
MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	0	0	0
MEDICINA DELLO SPORT	0	0	0
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	1	1	0
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	2	0	0
MEDICINA INTERNA	4	1	0
MEDICINA LEGALE	1	2	0
MEDICINA TRASFUSIONALE	0	0	2
NEFROLOGIA	1	0	1
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	0	0
ODONTOIATRIA	0	1	0
OFTALMOLOGIA	2	2	0
ONCOLOGIA	0	0	0
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	0	3	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	0	0
OTORINOLARINGOIATRIA	1	0	0
PATOLOGIA CLINICA	0	0	0
PEDIATRIA	0	0	0
PSICHIATRIA	3	4	2
RADIODIAGNOSTICA	4	0	0
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	1	0	0

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2022 TI	Cessazioni 2023 TI	Cessazioni 2024 TI
ANALISTA	0	0	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	0	0	0
FISICO	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	1	0	0
FARMACISTA	0	0	0
PSICOLOGO	6	4	1
Totale	172	64	39

b) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Nel corso dell'anno 2021, dal punto di vista operativo, per le attività di implementazione delle prestazioni rese presso il POU Grassi si è proceduto all'acquisizione di professionisti (dirigenti e personale del comparto) per assicurare le prestazioni nelle 24 ore, con l'obiettivo di ridurre le prestazioni aggiuntive, nelle seguenti UU.OO.CC.:

- Ginecologia e Ostetricia,
- Cardiologia,
- Medicina Interna.

A settembre 2021, sono stati attivati n. 7 posti letto di **Nefrologia** (Determinazione Regione Lazio 18 giugno 2021, n. G07512) e 14 posti letto **cod. 56** (Riabilitazione) presso il PO CPO (Determinazione 18 giugno 2021, n. G07512 - Adozione del Documento Tecnico recante: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015").

Al fine di completare l'attivazione di tutti i posti letto previsti dal DCA 291/2017, è necessario riattivare i posti letto di **Pediatria** e soprattutto di Patologia Neonatale, ridotti per mancanza di personale medico e ad oggi garantiti soltanto grazie al ricorso a Convenzione con Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ed alla presenza di n. 4 pediatri a contratto libero-professionale, ulteriori due posti letto di **Cardiologia**, nonché posti letto di **area chirurgica**, anche al fine sia del recupero delle attività di elezione in vase nel periodo emergenziale Covid-19 sia di garantire quanto richiesto dal Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.); infine è prevista la prossima riattivazione della **MURG** con 12 posti letto di **Terapia Semintensiva** (Posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva previsti nel Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid 19, art. 2 del D.L. 34/2020- DGR 671 del 06/10/2020).

Alla luce di quanto sopra, si rende pertanto necessario acquisire nel corso dell'anno 2022 almeno n. 6 dirigenti medici pediatri; n. 10 dirigenti medici disciplina Medicina d'Urgenza e Accettazione e n. 6 OSS per l'attivazione dei 12 posti letto di Terapia Semintensiva; n. 20 dirigenti medici disciplina anestesia e rianimazione, di cui 12 dirigenti rianimatori e n. 6 OSS da assegnare alla UOSD Rianimazione per garantire l'apertura dei 19 posti letto di Terapia Intensiva e n. 7 dirigenti anestesisti per la UOSD Anestesia.

È inoltre da prevedere per l'attivazione dei 10 posti letto **cod. 28** (Unità Spinale) presso il PO CPO, come da recente autorizzazione della Regione Lazio, l'acquisizione, entro l'anno 2022, di n. 6 dirigenti medici fisiatri, n. 1 dirigente medico internista, n. 15 CPSI e n. 5 OSS.

Lo sviluppo della struttura deve dare spazio poi a diverse modalità organizzative volte all'ottimizzazione dell'impiego di risorse umane e tecnologiche, quali la riattivazione della **Week Surgery**, quale modello di efficientamento del sistema, e della **Holding Area**, prevedendo per quest'ultima il reclutamento, nel corso dell'anno 2022, di n. 2 dirigenti specialisti in medicina interna, n. 1 dirigente medico chirurgo e n. 1 dirigente medico ortopedico, per la facilitazione della presa in carico con particolare attenzione alla prevenzione del fenomeno del sovraffollamento del PS.

Si evidenzia poi la necessità per alcune aree (Anatomia Patologica, Radiologia, Gastroenterologia e Ginecologia) di garantire le attività di **screening** svolte presso il Presidio GB Grassi, in particolare lo screening di II livello della mammella, lo screening di II e III livello del colon retto, lo screening di II e III livello della cervice.

Per quanto inerente nello specifico le attività dello screening mammografico di I e II livello, le prestazioni vengono rese nella maggior parte delle agende attive in prestazioni aggiuntive sia da parte dei TSRM che dei dirigenti radiologi dedicati, presenti peraltro soltanto in numero di 2. Al fine di garantire in orario istituzionale tale attività e programmare la dislocazione dell'offerta delle prestazioni di II livello anche sul territorio dei Distretti Municipi XI e XII e presso il territorio di Acilia nel Municipio X, oltre a quelle già attualmente offerte presso il P.O. Grassi, occorre procedere al reclutamento entro l'anno 2022 di n. 5 dirigenti radiologi e di n. 6 TSRM.

Analogamente al fine di garantire lo svolgimento nei tempi previsti dell'attività di screening di II livello del colon retto e rispondere alle richieste di colonscopia da parte del Pronto Soccorso e dei reparti ospedalieri, è necessario procedere al reclutamento di n. 3 dirigenti gastroenterologi.

I criteri adottati per la determinazione del fabbisogno, fanno riferimento a:

- Indicazioni fornite dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria relativamente ai criteri generali (DM 70 del 02.04.2015 e s.m. e i.) e documento tecnico pianificato dal DCA n. U00257 del 05.07.2017
- DCA 219/2014 e DCA 238/2017 relativamente alla determinazione del personale afferente alla UOC Laboratorio Analisi
- DCA n. 291/2017 e Determina del 18 giugno 2021 n. G07512, relativamente all'attribuzione alle singole UU.OO.CC. della dotazione di posti letto
- Metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno di personale ospedaliero, approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome, in data 20.12.2017.

c) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DISTRETTI SANITARI TERRITORIALI

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con i Municipi e il Comune di Fiumicino per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti socio-sanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ) e Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Per un Distretto Socio-Sanitario di circa 100.000 abitanti la programmazione deve prevedere a seguito dell'attuazione della mission n. 6 del PNRR:

- 1 Casa della Comunità hub per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità spoke (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure attraverso un collegamento funzionale di riferimento;
- Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse delle cure primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture spoke, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa; - 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità;
- 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 2 Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 50.000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
- 1 Hospice fino a 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative;
- 1 Centrale Operativa Territoriale (1 ogni 100.000 abitanti).

Per lo sviluppo delle nuove attività non attualmente presenti nel territorio, è necessaria la presenza di dirigenti medici per le seguenti attività:

Responsabile organizzativo della

- Casa della Comunità
- Ospedale di comunità
- Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA)

Le proposte di ubicazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità nei 4 Distretti aziendali sono le seguenti:

Distretto Sanitario Comune di Fiumicino

- Casa della Comunità di Palidoro da riconversione della Casa della Salute di Palidoro
- Casa della Comunità da riconversione del Poliambulatorio Coni Zugna - Fiumicino
- Ospedale di Comunità al piano superiore della Casa della Comunità Coni Zugna - Fiumicino

Distretto Sanitario Municipio X

- Casa della Comunità di Ostia da riconversione della Casa della Salute di Ostia
- Casa della Comunità da riconversione del Poliambulatorio di Casal Bernocchi – Acilia
- Casa della Comunità Zona Infernetto
- Ospedale di Comunità Zona Dragona

Distretto Sanitario Municipio XI

- Casa della Comunità Vaiano da riconversione del Poliambulatorio Vaiano
- Casa della Comunità a Corviale da riconversione del Presidio Corviale
- Casa della Comunità a Ponte Galeria da riconversione del Presidio Ponte Galeria

Distretto Sanitario Municipio XII

- Casa della Comunità da riconversione del Poliambulatorio di Via Ramazzini n. 15
- Casa della Comunità a Consolata da riconversione del Poliambulatorio Consolata
- Ospedale di Comunità da riconversione di locali Via Fabiola

Sulla base degli sviluppi della programmazione del PNRR sarà necessario prevedere in coerenza con le attivazioni delle progettualità connesse con la realizzazione del PNRR, il reclutamento di n. 13 Dirigenti Medici disciplina O.S.S.B., di n. 74 CPSI, di n. 1 CPSI Coordinatore, di n. 40 OSS e di n. 60 unità di Collaboratori/Assistenti Amministrativi.

Per l'attivazione delle Unità Speciale di Continuità Assistenziale – USCA (1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti), sono necessari 6 Dirigenti Medici disciplina medicina interna e pneumologia.

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, come precedentemente descritto, si rende necessario acquisire nel corso dell'anno 2022 n. 18 unità di Assistente Sociale, di cui n. 1 unità da assegnare al P.O. CPO.

Inoltre, al fine di garantire la piena funzionalità delle nuove tecnologie radiologiche acquisite per i presidi ospedalieri e territoriali, tra cui n. 1 Cone beam per il Presidio Paolini e n. 3 apparecchi per radiologia tradizionale presso i Poliambulatori di Coni Zugna, Vaiano e Casal Bernocchi, da riconvertire in Case della Comunità, si rende necessario prevedere entro il 2023 l'acquisizione di n. 5 dirigenti medici radiologi e n. 11 TSRM.

Si evidenzia che negli ultimi 5 anni 31 dirigenti medici operanti nei Distretti hanno cessato la loro attività a vario titolo (quiescenza, trasferimento, decesso) e non sono stati sostituiti.

d) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Al fine di fornire un quadro esaustivo relativo alla carenza di personale sanitario e non, venutasi a maturare negli ultimi 3 anni presso i Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, si elencano di seguito i LEA previsti per ciascun Servizio, per cui si rende necessario integrare il personale attualmente presente con priorità nel corso dell'anno 2021.

La UOC SISP risulta coinvolta direttamente, in via esclusiva, nell'erogazione dei seguenti LEA del livello "Prevenzione collettiva e sanità pubblica":

A1 – Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive

A2 – Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive

A3 – Vaccinazioni

A4 – Medicina del viaggiatore

A5 - Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva

B3 – Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica

B4 – Tutela della salute e dei fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato

B5 – Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni

B7 – Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo

B8- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria

B10 – Tutela della popolazione dal rischio “amianto”

B11 – Prevenzione e sicurezza nell’utilizzo di gas tossici

B12 – Prevenzione e sicurezza nell’uso delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti

B14 – Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici)

B15 - Tutela della collettività dal rischio radon

Area di intervento F – Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale (con l’esclusione di programmi organizzati di screening e sorveglianza e prevenzione nutrizionale).

Il numero delle unità di personale di ruolo attualmente assegnate al SISP risulta assolutamente inadeguato rispetto alla numerosità delle attività afferenti, sia istituzionali che Covid correlate.

Alla luce di quanto sopra descritto, si rende necessario procedere all’acquisizione, nel corso dell’anno 2022, di n. 11 dirigenti medici (di cui n. 1 dirigente infettivologo, n. 4 dirigenti pediatri e n. 6 dirigenti igienisti) e n. 7 Tecnici della Prevenzione.

Rispetto alle attività Covid – correlate, l’attuale personale assegnato, come di seguito descritto:

1. 8 CPSI (2 dei quali a tempo determinato)
2. 3 assistenti sanitarie (2 delle quali a tempo determinato)
3. 1 assistente sociale (a tempo determinato)
4. 3 medici (a tempo determinato)
5. 1 amministrativo (a tempo determinato – Protezione civile)

per un totale di n. 16 unità, di cui 2 per l’equipe scuola – covid, a fronte delle previsioni, già fatte dalla Regione Lazio nel 2020 e ribadite nella recente nota prot. N. U. 0716202, relative al personale da dedicare esclusivamente alle attività Covid – correlate (con l’esclusione della vaccinazione anti – Covid), in ciascuna ASL, che attribuiscono alla UOC SISP della ASL Roma 3 ben 61 professionisti (di cui n. 12 medici, n. 6 dirigenti medici, n. 3 psicologi, n. 10 infermieri, n. 2 Tecnici della Prevenzione, n. 3 Tecnici Statistici, n. 3 Tecnici Informatici e n. 1 amministrativo) per garantire il rapporto di 1 operatore di sanità pubblica ogni 10.000 abitanti per le attività di contact tracing e ulteriori 21 professionisti per l’equipe scuola – covid (di cui 11 medici e n. 10 CPSI), di cui si prevede l’acquisizione anche a tempo determinato.

La UOC Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale opera sui Municipio X-XI-XII e sul Comune di Fiumicino, svolgendo le seguenti linee di attività:

- Controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare per un totale di circa 1269 esercizi

- Ispezione post morte sui suini allevati per uso familiare e sulla selvaggina cacciata (cinghiali e daini) per circa n. 33 interventi/anno
- Monitoraggio igienico sanitario acque costiere per classificazione finalizzata alla pesca dei molluschi bivalvi vivi per n. 40 interventi/anno
- Gestione delle tossinfezioni alimentari
- Campionamento alimenti di origine animale come previsto dal PRC regionale con circa n.250 campioni/anno
- Gestione esposti presentati dai cittadini per alimenti alterati per circa n. 65/anno
- Gestione dei sistemi d'allerta europei (RASFF) con media nell'ultimo triennio pari a n. 71
- Controllo su alimenti predisposti dall'UVAC e dai PIF pari a circa 130

L'integrazione di personale di ruolo necessaria per poter adempiere ai LEA regionali in materia di sicurezza alimentare è pari a:

- n. 2 medici veterinari (ex Area B)
- n. 2 Tecnici della prevenzione.

Per quanto inerente il fabbisogno di personale per la UOC Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche, l'incremento per poter adempiere ai LEA regionali, è pari a:

- n. 2 medici veterinari (ex Area C)
- n. 2 Tecnici della prevenzione.

La UOC SPRESAL è chiamata a svolgere molteplici attività istituzionali per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori operanti presso le aziende insite nel territorio della ASL Roma 3, che si attestano numericamente in circa 17.500 aziende, tra le quali sono ricomprese l'Aeroporto Internazionale di Roma Fiumicino, n. 7 imprese a rischio di incidente rilevante, il sito portuale e i relativi cantieri navali di Ostia, importanti strutture sanitarie, quali l'A.O. San Camillo-Forlanini e l'INMI Spallanzani.

Alle attività tradizionalmente svolte, si sono aggiunte, a causa della pandemia da Covid 19, quelle conseguenti al controllo del contenimento della diffusione dell'infezione da Sars -Co-V2 negli ambienti di lavoro, nonché le indagini, su delega della Procura della Repubblica, degli infortuni per malattia Covid 19 contratta dai lavoratori.

Per soddisfare il LEA attribuito alla suddetta UOC, pari al controllo e vigilanza del 5% delle aziende presenti sul territorio della ASL Roma 3, dovrebbero essere ispezionate circa 850 aziende l'anno. Come indicato nell'ultima nota regionale prot. N. GR 3917-000121 del 19.08.21, ogni Tecnico della prevenzione con qualifica di UPG effettua il controllo in un anno di circa 55 aziende, per cui con il personale dipendente ad oggi presente presso la UOC SPRESAL, è possibile vigilare la metà delle aziende previste.

La pianta organica della UOC SPRESAL è stata recentemente oggetto di revisione da parte della Regione Lazio, definita secondo i parametri già stabiliti dalla DCR 194/1996, e prevede la presenza in organico di n. 77 operatori distribuiti tra n. 12 dirigenti medici, n. 7 dirigenti non medici, n. 44 tecnici della prevenzione, n. 8 amministrativi e n. 6 CPSI.

Alla luce di quanto sopra, al fine di soddisfare i LEA sopra citati, si rende necessario acquisire, nel corso dell'anno 2022, n. 4 dirigenti specialisti in Medicina del Lavoro, n. 2 dirigenti non medici (ingegnere e chimico), n. 9 tecnici della prevenzione e n. 2 amministrativi.

e) PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale nel corso dell'ultimo triennio ha risentito di un forte depauperamento di personale a vario titolo. Il periodo di pandemia ha determinato una diminuzione delle prestazioni nonostante sia stata assicurata la costante apertura dei servizi. Nel corso dell'anno 2021 si è assistito ad un recupero delle prestazioni non erogate così come previsto dalle raccomandazioni regionali.

Per la programmazione del fabbisogno quali quantitativo del Dipartimento di Salute Mentale si è tenuto conto:

- complessità e numerosità delle linee di attività
- carenze di personale
- attivazione di linee di attività innovative riguardanti le patologie emergenti
- indicazioni normative regionali e nazionali
- analisi dell'impatto pandemia Sars- Covid 2 sulla domanda di assistenza attuale e futura

Tale modalità ha permesso una definizione del fabbisogno coerente. Sono state ipotizzate azioni di miglioramento delle performance, del potenziamento dell'attività territoriale sia in termini di presa in carico precoce che in termini di integrazione con l'attività ospedaliera.

Alla luce della pandemia da Sars Covid2, il valore sistema territorio ha dimostrato come un sistema ospedalocentrico fallisca se non affiancato da un territorio forte.

Al tal fine è opportuno sottolineare come nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale si è assistito all'impovertimento dei servizi territoriali, con conseguente difficoltà a mantenere la continuità assistenziale e l'accessibilità dei servizi. Inoltre tra le varie patologie emergenti si assiste all'incremento di nuove richieste riguardanti:

- Disturbi dello Spettro Autistico
- Disturbi del Comportamento Alimentare
- Disturbi della Condotta
- Disturbi Antisociali di Personalità
- Disturbi da gioco d'azzardo

Si segnala, inoltre, la grave criticità di personale sanitario presso le sedi aziendali della UOC SERD con necessità di reclutamento entro l'anno 2022 di n. 4 dirigenti medici.

Per la valutazione del fabbisogno complessivo si è tenuto conto della differenza tra il personale entrato/uscito nel triennio nonché della previsione del personale in uscita nonché del personale a tempo determinato prossimo alla scadenza, nella logica di avviare un percorso di equilibrio delle risorse impoverite nel corso degli anni, rapportandole alla domanda di assistenza ed alla presa in carico dell'utenza.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l'incremento di personale da prevedere in parte per l'anno 2021 e successivamente negli anni 2022/23, consiste in n. 13 dirigenti psichiatri e n. 12 dirigenti neuropsichiatri.

Per quanto inerente il fabbisogno delle professioni sanitarie della riabilitazione, si elencano di seguito le unità di personale da acquisire nel triennio 2021/2023, pari a n. 34:

- n. 7 CPS Fisioterapista

- n. 6 CPS Terapista Occupazionale
- n. 12 CPS tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- n. 6 CPS Terapisti della Neuropsicomotricità Età Evolutiva
- n. 4 CPS Educatore Professionale

f) Procedure al fine di coprire le Strutture Complesse

- direttore UOC SIMT;
- direttore UOC Medicina;
- direttore UOC Pediatria;
- direttore UOC Diagnostica per Immagini;
- direttore UOC SERD;
- direttore UOC SISP;
- direttore UOC Salute mentale età evolutiva;
- direttore UOC Salute mentale X Municipio e Comune di Fiumicino;
- direttori UOC dei 4 Distretti Aziendali.

g) SINTESI DEL FABBISOGNO 2022-2024

Come ampiamente rappresentato nelle pagine sopra riportate, ogni acquisizione prevista è strettamente legata all'erogazione dei LEA nonché al potenziamento della rete ospedaliera in applicazione della Determinazione Regione Lazio 18 giugno 2021, n. G07512 e allo sviluppo dei servizi collegati con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La mancanza degli operatori previsti determinerà inevitabilmente ricadute con impatti sull'erogazione dei servizi programmati e dovuti.

Si rappresenta che nel corso del 2022 sono previsti, nel corso del 2022, 31 passaggi interni dalla categoria D alla Ds D.Lgs. 75/2017 (Madia), rappresentate nella tabella sotto riportata come assunzioni.

Come da Determinazione GSA G14499 del 24.11.2021, in merito ai rapporti di lavoro precari costituiti nel corso dell'emergenza pandemica, l'Azienda, sulla scorta di quanto Regione Lazio comunicherà in merito, procederà con la proroga dei contratti in essere fino alla data del 31.12.2022 in modo da assicurare la gestione della fase post pandemia lavorando per ridurre i tempi di attesa e recuperando le prestazioni che non si sono potute erogare in fase pandemica. In questa maniera saranno anche valorizzate l'esperienza e la professionalità acquisita dal personale precario anche in vista delle procedure di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge n. 234/2021.

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2022 TI	Assunzioni 2023 TI	Assunzioni 2024 TI
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	0	5	4
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	0	0	2
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	22	3	2
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	21	2	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO	10	0	0
COMMESSE	0	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - DIETISTA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB.	6	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (FISIOTERAPISTA)	0	12	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (LOGOPEDISTA)	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (ORTOTTISTA)	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (RIABILITAZIONE PSICHIATRICA)	0	8	0
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	79	30	8
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. ESPERTO	24	2	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. (OSTETRICA)	2	2	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. AUDIOMETRISTA	2	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	15	12	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. PERFUSIONISTA	3	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	20	1	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (EDUCATORE PROFESSIONALE)	0	4	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TERAP. NEURO E PSICOM. ETA' EVOL.	6	0	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2022 TI	Assunzioni 2023 TI	Assunzioni 2024 TI
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO	8	0	1
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	3	3	1
COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	15	1	0
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	3	0	0
ASSISTENTE TECNICO	4	1	0
OPERATORE TECNICO	5	0	1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	5	0	0
OSS	0	5	0
OTA	0	0	0
AVVOCATO	1	0	0
VETERINARIA	3	0	0
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	0	1	0
ANATOMIA PATOLOGICA	2	0	0
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	20	1	1
CARDIOLOGIA	1	1	4
CHIRURGIA GENERALE	3	1	0
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	3	0	1
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	1	3	0
GASTROENTEROLOGIA	3	0	0
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	1	3
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	7	1	0
MALATTIE INFETTIVE	1	0	0
MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	2	0	0
MEDICINA DELLO SPORT	1	0	0
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	10	1	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2022 TI	Assunzioni 2023 TI	Assunzioni 2024 TI
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	6	0	0
MEDICINA INTERNA	10	1	0
MEDICINA LEGALE	2	2	0
MEDICINA TRASFUSIONALE	1	0	2
NEFROLOGIA	3	0	1
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	7	5	0
ODONTOIATRIA	0	1	0
OFTALMOLOGIA	4	2	0
ONCOLOGIA	1	0	0
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	4	9	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	0	0
OTORINOLARINGOIATRIA	0	0	0
PATOLOGIA CLINICA	1	0	0
PEDIATRIA	7	5	0
PSICHIATRIA	9	8	2
RADIODIAGNOSTICA	5	0	0
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	0	0	0
ANALISTA	2	0	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	5	0	0
BIOLOGO	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	4	0	0
FARMACISTA	2	0	0
PSICOLOGO	22	4	1
Totale	412	138	39

h) SOSTENIBILITA' ECONOMICA

Come noto, l'art. 11 del DL 56/2019 (Decreto Calabria) prevede che il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 sia incrementato "annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno.". Il medesimo articolo prevede inoltre che "Tale importo (il costo sostenuto dalle ASL) include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018".

Ai fini del calcolo della sostenibilità finanziaria del presente fabbisogno, sono state seguite le indicazioni di cui alla nota regionale n. U0840623 del 19.10.2021, è stato considerato il valore annuale della retribuzione per ciascuna assunzione programmata e per ciascuna cessazione attesa, nonché gli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, l'IRAP, e come previsto dal citato Decreto Calabria l'incremento delle risorse per i Fondi relativi al trattamento accessorio del personale connesso con le assunzioni programmate. Le stime di impatto sono state calcolate sulla base delle mensilità effettive di presenza del personale valorizzate al costo medio sostenuto in azienda (il valore regionale proposto nella documentazione risulta divergere notevolmente dai valori riscontrati). Il valore atteso per il 2022 risulta ampiamente all'interno del tetto regionale prai a c.a. 121 €/mln.

Rappresentazione Costi - Metodo Trascinamento	
Costo Presenti al 31 dicembre 2021	113.246.153
Assunzioni/Cessazioni 2022	5.508.891
Previsione 2022	118.755.044
Trascinamento assunti/cessati 2022 su 2023	16.693.206
Assunzioni/Cessazioni 2023	1.070.338
Previsione 2023	136.518.589
Trascinamento assunti/cessati 2023 su 2024	3.211.015
Assunzioni/Cessazioni 2024	-
Previsione 2024	139.729.604

I valori di costo stimati, sono stati confrontati con il tetto di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 non incrementato degli importi previsti nel citato Decreto Calabria in quanto ad oggi non noti. Come si evince dalla tabella sottoriportata, la spesa attesa per il 2023 sarà superiore rispetto al tetto del 2004 di 7 €/mln. È tuttavia presumibile che la maggiore spesa prevista rispetto al tetto sia ampiamente riassorbita dagli incrementi spettanti.

Rispetto tetto finanziaria 2022	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.22	118.755.043,97
Inail	750.000,00
IRAP	9.303.390,54
Totale anno 2022	128.808.434,51
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	21.922.341,42
Costo 2021 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	106.886.093,08
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.000,00
Residuo disponibile	8.848.906,92

Rispetto tetto finanziaria 2023	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.23	136.518.588,64
Inail	750.000,00
IRAP	10.695.004,64
Totale anno 2023	147.963.593,28
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	25.201.515,75
Costo 2021 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	122.762.077,53
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.000,00
Residuo disponibile	-7.027.077,53

Rispetto tetto finanziaria 2024	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.24	139.729.603,96
Inail	750.001,00
IRAP	10.695.004,64
Totale anno 2024	151.174.609,60
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	25.794.273,51
Costo 2021 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	125.380.336,09
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.001,00
Residuo disponibile	-9.645.335,09

SEZIONE 3: MONITORAGGIO

a) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI

L'URP dell'Asl Roma 3 effettua monitoraggi periodici tesi a verificare la qualità percepita dei servizi erogati all'utenza.

Con cadenza trimestrale l'Urp predispone per la Direzione della Asl Roma 3 un report delle attività di tutela e un ulteriore report annuale inviato sempre alla Direzione aziendale e pubblicato sul Sito aziendale al seguente link: <http://www.aslroma3.it/urp/>.

Per la gestione, il monitoraggio e l'estrapolazione dei dati l'Urp utilizza un programma dedicato dove sono registrate tutte le segnalazioni ricevute dall'utenza.

Su richiesta specifica per esempio per la valutazione di un Dirigente, l'Urp predispone un report per l'Area Risorse Umane.

L'Urp al fine di effettuare un monitoraggio sulla qualità percepita, effettua almeno un'indagine di *Customer satisfaction* all'anno.

La **Customer satisfaction** è un insieme di metodi e modelli di ricerca per la rilevazione del grado di soddisfazione del cliente/utente, assunta come misura della qualità di un servizio.

Il concetto di soddisfazione rappresenta uno stato derivante dalle aspettative esplicite o latenti dell'utente e la percezione che egli ha del complesso dei fattori di qualità incorporati nel servizio fruito/erogato. Le indagini sulla Qualità percepita sono adottate in molti servizi dell'Asl Roma 3 in quanto rappresentano il segno di una cultura diffusa di orientamento al cliente/utente e di consapevolezza dell'importanza del suo giudizio per orientare le scelte di vertice e valutare la qualità dei servizi offerti.

La Asl Roma 3 si avvale dei risultati rilevati nelle relazioni trimestrali/annuali e delle indagini di *Customer satisfaction* per predisporre azioni di miglioramento che hanno la finalità di erogare servizi all'utenza sempre più efficaci ed efficienti.

All'uopo, si sta predisponendo l'acquisizione di un programma operativo che registra le segnalazioni, permette di analizzare le criticità evidenziate dagli utenti al fine di supportarne la lettura e, ancora, attraverso l'elaborazione dei dati si può condividere con i responsabili dei servizi la definizione delle azioni di miglioramento da attuare.

b) MONITORAGGIO RELATIVO ALLE PERFORMANCE

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle strutture Negoziatrici, verrà effettuato dalla UOS Controllo di Gestione.

I Direttori di Dipartimento, ove presenti, cureranno il monitoraggio degli obiettivi e il coordinamento trasversale delle attività. A loro compete l'analisi di coerenza della performance raggiunta dai negoziatori afferenti il Dipartimento e la trasmissione al Controllo di Gestione della relazione trimestrale sintetica e puntuale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento e ai Negoziatori.

Le relazioni dovranno essere corredate di tutti gli allegati idonei alla verifica del raggiungimento degli obiettivi stessi. In sede di valutazione complessiva si terrà conto del mancato rispetto delle tempistiche previste per l'invio delle suddette relazioni, nonché la non rispondenza delle stesse rispetto a quanto richiesto nelle schede di budget.

I Direttori di Dipartimento parteciperanno altresì alle riunioni che si renderanno necessarie per la valutazione degli eventuali ritardi nel raggiungimento degli obiettivi.

Con periodicità almeno trimestrale, vengono fornite ai responsabili di budget le necessarie informazioni in termini di attività e di utilizzo di risorse, per consentire un confronto tra i risultati raggiunti e quelli programmati, al fine di realizzare le opportune azioni correttive.

Qualora le condizioni interne lo impongano, il Dirigente responsabile di budget può richiedere, di concerto con il Direttore di Dipartimento, alla Direzione Generale di riformulare gli obiettivi assegnati, adattandoli ai nuovi contesti.

Il Controllo di Gestione, elaborerà un prospetto semplificato in ordine allo stato di raggiungimento degli obiettivi che rappresenta lo strumento per definire le azioni correttive o la rimodulazione degli obiettivi.

I negoziatori, se lo ritengono utile e opportuno, potranno inviare una relazione in cui motivano/giustificano il mancato perfezionamento di alcuni obiettivi, per le valutazioni della Direzione Strategica e dell'OIV.

VERIFICA DEI RISULTATI

Per i Negoziatori di struttura, la verifica preliminare conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Controllo di Gestione, validata dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per la parte di rispettiva

competenza e successivamente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Qualora un obiettivo si ritenesse non valutabile per modifiche delle normative di riferimento o per cause esterne sopraggiunte che ne impediscano la realizzazione, sarà cura del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di propria competenza, rideterminare il valore del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

CRITERI DELLE VERIFICHE

Per assicurare la migliore e più trasparente azione di verifica sarà necessario seguire i seguenti criteri:

- le verifiche saranno condotte in base a documentazione e numeri oggettivi e comprovabili;
- le verifiche non dovranno essere generiche ma specifiche per ogni struttura;
- nel caso in cui il Direttore sovraordinato non raggiungesse un obiettivo, il mancato raggiungimento dovrà trovare corrispondenza anche in una o più delle strutture sotto ordinate;
- Per i Dirigenti delle UOS la verifica conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Direttore/Responsabile della UOC, vistata dal Negoziatore della macrostruttura di afferenza e da questi successivamente trasmessa alla UOC Risorse Umane (Verifiche e Sistemi premianti) che la trasmetterà successivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- il Controllo di Gestione verificherà la completezza dei risultati raggiunti e la coerenza tra i risultati delle strutture sovra ordinate con quelli delle strutture sotto ordinate;
- Concluso il controllo di coerenza e congruità, il Controllo di Gestione trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).
-

In merito alle risorse economiche disponibili, le stesse sono definite sulla base di quanto previsto nella delibera di adozione del Bilancio preventivo anno 2022 (delibera n°243 del 30/12/2021) e della delibera di budget economico per i negozianti assegnatari di budget (delibera n°8 del 13/01/2022) ed eventuali successive modificazioni.

c) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ANTICORRUZIONE

Ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e), l'Azienda deve monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e i dipendenti.

In fase di prima applicazione e nelle more della definizione di un sistema di monitoraggio supportato da strumenti informatici, i Responsabili delle strutture interessate e i dirigenti e i dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie attestano, nel provvedimento di competenza, l'insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento medesimo.

In caso di conflitto di interesse, dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della legge 241/90.

I Responsabili di struttura presentano, entro il 30 novembre di ogni anno, al Responsabile della prevenzione una relazione riportante l'elenco dei provvedimenti per i quali è stata riscontrata una situazione di conflitto di interessi e delle misure adottate.

d) MONITORAGGIO RELATIVO AL LAVORO AGILE

La Asl Roma 3 è chiamata a svolgere un monitoraggio capillare riguardo la completa implementazione del lavoro agile attraverso l'individuazione di specifici obiettivi, compatibili e misurabili rispetto al contesto organizzativo esistente.

Come già specificato, infatti, l'impegno sarà quello di conciliare le pretese di responsabilizzazione del personale circa il raggiungimento degli obiettivi individuali e di struttura e, dall'altro, di monitorare e valutare la prestazione lavorativa e i risultati effettivamente raggiunti.

Lo strumento del conseguimento dei risultati, a prescindere dal fatto che la prestazione lavorativa sia resa in presenza o in un luogo differente, funge da mezzo necessario a disposizione di Dirigenti e Direttori per riuscire in tale attività.

A questi spetterà, pertanto, verificare e monitorare l'attività giornaliera del proprio dipendente anche sulla base, ove sia possibile, di un apposito rendiconto.

ELENCO ALLEGATI

ALLEGATO 1 – DISCIPLINARE PER IL CORRETTO UTILIZZO DEGLI STRUMENTI INFORMATICI E TELEMATICI, INTERNET E POSTA ELETTRONICA

ALLEGATO 2 – ELENCO UPGRADE PER CIASCUNA SEDE AZIENDALE

ALLEGATO 3 – CODICE ETICO 2022

ALLEGATO 4 – REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) 2022

ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITA' 2022

ALLEGATO 6 – MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO *SMART-WORKING*

ALLEGATO 7 - PROPOSTA DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' IN *SMART-WORKING*

ALLEGATO 8 - LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN *SMART-WORKING*

ALLEGATO 9 - ORGANIGRAMMA

Sommario

1.1. DEFINIZIONI	4
1.2. Premessa	5
1.3. Campo di applicazione	6
1.4. Utilizzo dei dispositivi aziendali	7
1.5. Titolarità dei device e dei dati	7
1.6. Restituzione dei device	8
1.7. Esclusione all'uso degli strumenti informatici	8
2. SEZIONE II – CREDENZIALI	8
2.1. Le credenziali di autenticazione	8
2.2. Le password	9
2.3. Regole per la corretta gestione delle password	9
3. SEZIONE III - OPERAZIONI A PROTEZIONE DELLA POSTAZIONE DI LAVORO	10
3.1. Login e Logout	10
3.2. Obblighi	10
4. SEZIONE IV – USO DEI DISPOSITIVI DELL'AZIENDA	10
4.1. Modalità d'uso del computer aziendale	10
4.2. Corretto utilizzo del computer aziendale	11
4.3. Divieti espressi sull'utilizzo dei computer	12
4.4. Antivirus	12
5. SEZIONE V – RETE LOCALE AZIENDALE	13
6. SEZIONE VI – INTERNET	13
6.1. Internet è uno strumento di lavoro	13
6.2. Misure preventive per ridurre navigazioni illecite	13
6.3. Divieti espressi concernenti Internet	13

6.4. Divieti di manomissione dei sistemi di sicurezza -----	14
6.5. Diritto d'autore -----	14
7. SEZIONE VII – POSTA ELETTRONICA-----	15
7.1. La Posta Elettronica -----	15
7.2. Divieti espressi-----	16
7.3. Posta Elettronica in caso di assenze o cessazione -----	16
8. SEZIONE VIII – USO DI ALTRI DEVICE (PERSONAL COMPUTER PORTATILE, TABLET, CELLULARE, SMARTPHONE ED ALTRI DISPOSITIVI ELETTRONICI) -----	17
8.1. L'utilizzo del notebook, tablet o smartphone.-----	17
8.2. Memorie esterne (chiavi usb, hard disk, memory card, cd-rom, dvd, ecc.)-----	17
8.3. Device personali-----	18
8.4. Distruzione dei Device-----	18
9. SEZIONE IX – SISTEMI IN CLOUD -----	18
10. SEZIONE X – VPN-----	18
11. SEZIONE XI – APPLICAZIONE E CONTROLLO -----	19
11.1. Il controllo -----	19
11.2. Modalità di verifica -----	19
11.3. Modalità di conservazione-----	20
12. SEZIONE XII – VALIDITÀ E PUBBLICAZIONE-----	20
12.1. Validità -----	20
12.2. Pubblicazione-----	20

1.1. Definizioni

Antivirus: programma che individua, previene e disattiva o rimuove programmi dannosi, come virus e worm.

Backup: copia di riserva di un disco, di una parte del disco o di uno o più file su supporti di memorizzazione diversi da quello in uso.

Chat: servizio offerto da Internet, che permette mediante apposito software una 'conversazione' fra più interlocutori costituita da uno scambio di messaggi scritti che appaiono in tempo reale sul monitor di ciascun partecipante.

Chiave USB: o unità flash USB o penna USB (anche in inglese USB flash drive, o pendrive) è una memoria di massa portatile di dimensioni molto contenute che si collega al computer mediante la porta USB.

Client: Computer o programma collegato ad un altro (computer o programma) a cui inoltra le richieste dell'incaricato.

Cloud computing: In informatica con il termine inglese cloud computing (in italiano nuvola informatica) si indica un paradigma di erogazione di risorse informatiche, come l'archiviazione, l'elaborazione o la trasmissione di dati, caratterizzato dalla disponibilità on demand attraverso Internet a partire da un insieme di risorse preesistenti e configurabili.

Dati: l'insieme di informazioni di cui un dipendente o un collaboratore (a prescindere dal rapporto contrattuale con l'Azienda) può venire a conoscenza e di cui deve garantire la riservatezza e la segretezza e non solo i "dati personali" intesi a norma di legge.

Dati personali: qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale (art. 4 GDPR).

Device (dispositivo): personal computer e altra unità hardware quale periferica/dispositivo elettronico, anche ad alta tecnologia e di piccole dimensioni (smartphone, e-book reader, tablet, PC, stampanti, ecc.).

Dipendente: personale dell'ente assunto con qualsiasi tipo di forma contrattuale, anche in stage o tirocinio.

File: porzione di memoria (fissa o mobile) che contiene un insieme organizzato di informazioni omogenee.

File sharing: condivisione di file all'interno di una rete di calcolatori e tipicamente utilizza una delle seguenti architetture: client-server, peer-to-peer (rete informatica in cui i nodi sono gerarchizzati sotto forma di nodi equivalenti o paritari (in inglese peer) che possono cioè fungere sia da client che da server verso gli altri nodi della rete).

GDPR: General Data Protection Regulation - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

Incaricato: ogni dipendente, come sopra identificato, ed ogni consulente esterno che, nell'ambito dell'attività assegnatagli, tratta dati (nell'accezione del capitolo seguente) riferiti all'Azienda ed è autorizzato dal titolare o dal responsabile al trattamento dei dati personali.

Indirizzo IP (Internet Protocol Address): codice numerico usato dai dispositivi per navigare in Internet e per comunicare in una rete locale.

LAN: è l'acronimo del termine inglese Local Area Network, in italiano rete locale. Identifica una rete costituita da computer collegati tra loro, dalle interconnessioni e dalle periferiche condivise in un ambito fisico delimitato.

Malware: abbreviazione per malicious software (che significa letteralmente software malintenzionato, ma di solito tradotto come software dannoso), indica un qualsiasi programma informatico usato per disturbare le operazioni svolte da un computer, rubare informazioni sensibili, accedere a sistemi informatici privati, o mostrare pubblicità indesiderata.

Postazione di lavoro: luogo attrezzato per svolgere un'attività lavorativa dotato di personal computer ed eventuali altre unità hardware.

Phishing: tipo di truffa effettuata su Internet attraverso la quale un malintenzionato cerca di ingannare la vittima convincendola a fornire informazioni personali, dati finanziari o codici di accesso, fingendosi un ente affidabile in una comunicazione mail.

Ransomware: tipo di malware che limita l'accesso del dispositivo che infetta richiedendo un riscatto (ransom) da pagare per rimuovere la limitazione.

Repository: In un repository sono raccolti dati e informazioni in formato digitale, valorizzati e archiviati sulla base di metadati che ne permettono la rapida individuazione, anche grazie alla creazione di tabelle relazionali. Grazie alla sua peculiare architettura, un repository consente di gestire in modo ottimale anche grandi volumi di dati.

Rete locale: una Local Area Network (LAN) (in italiano rete locale) è una rete informatica di collegamento tra più computer, estendibile anche a dispositivi periferici condivisi, che copre un'area limitata, come un'abitazione, una scuola, un'azienda o un complesso di edifici adiacenti.

Server: computer o programma a cui altri (computer o programmi) si collegano per l'elaborazione delle richieste dell'incaricato.

Autorizzato: ogni incaricato, come sopra identificato che, nell'ambito dell'attività assegnatagli, utilizza credenziali di accesso a strumenti informatici per il trattamento di dati.

Virus: programma appartenente alla categoria dei malware che, una volta eseguito, infetta dei file in modo da arrecare danni al sistema, rallentando o rendendo inutilizzabile il dispositivo infetto.

1.2. Premessa

Il presente disciplinare nasce dall'esigenza dell'Azienda di garantire il miglioramento della qualità e della trasparenza delle attività amministrative e dei collegamenti, tutelando nel contempo il trattamento dei dati personali così come previsto dalla normativa vigente. Con l'entrata in vigore delle Misure Minime per la Sicurezza Informatica della Pubblica Amministrazione (CIRCOLARE AGID 18 aprile 2017, n. 2/2017) e la definitiva applicazione del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (GDPR), l'Azienda ha la necessità di innalzare e rafforzare la tutela e la protezione dei dati personali dei propri dipendenti e dei cittadini che usufruiscono dei servizi erogati dall'Azienda stessa.

Ai fini di questo disciplinare si specifica, pertanto, che con il termine **"dati"** deve intendersi l'insieme più ampio di informazioni di cui un dipendente o un collaboratore (a prescindere dal rapporto contrattuale con l'Azienda) può venire a conoscenza e di cui deve garantire la riservatezza e la segretezza e non solo i "dati personali" intesi a norma di legge.

In linea generale, ogni dato, nell'accezione più ampia sopra descritta, di cui l'incaricato viene a conoscenza, nell'ambito della propria attività lavorativa, è da considerarsi riservato e non deve essere comunicato o diffuso a nessuno (anche una volta interrotto il rapporto di collaborazione con l'Azienda stessa o qualora le informazioni siano di pubblico dominio), salvo specifica autorizzazione esplicita dell'Azienda.

Anche tra colleghi, oppure tra dipendenti e collaboratori esterni, è necessario adottare la più ampia riservatezza nella comunicazione dei dati conosciuti, limitandosi solo a quei casi che si rendono necessari per espletare al meglio l'attività lavorativa richiesta.

La progressiva diffusione delle nuove tecnologie informatiche ed in particolare l'accesso alla rete internet dal computer aziendale espone l'Azienda a possibili rischi di un coinvolgimento di rilevanza sia civile, sia penale, sia amministrativa, creando problemi alla sicurezza e all'immagine dell'Azienda stessa.

Premesso che i comportamenti che normalmente si adottano nell'ambito di un rapporto di lavoro, tra i quali rientrano l'utilizzo delle risorse informatiche e telematiche, devono sempre ispirarsi al principio di diligenza e correttezza, l'Azienda ha adottato il presente Disciplinare diretto ad evitare che condotte inconsapevoli possano innescare problemi o minacce alla sicurezza dei dati o delle attrezzature aziendali.

Un uso dei device nonché dei servizi di accesso alle rete aziendale o alla rete internet (di seguito internet), alle applicazioni aziendali e/o della posta elettronica difforme dalle regole contenute nel presente Disciplinare potrebbe esporre l'Azienda ad un incremento della minaccia di accessi non autorizzati ai dati e/o al sistema informatico aziendale, furti o divulgazioni di informazioni riservate nonché furti o danneggiamenti del sistema informatico e/o malfunzionamenti in generale dell'intero sistema informatico.

L'Azienda Sanitaria Asl Roma 3 si ispira ai principi fissati dall' articolo 5 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed opera in modo tale che ogni trattamento di dati personali avvenga nel rispetto dei seguenti principi:

- liceità, correttezza e trasparenza del trattamento, nei confronti dell'interessato;
- limitazione della finalità del trattamento, compreso l'obbligo di assicurare che eventuali trattamenti successivi non siano incompatibili con le finalità della raccolta dei dati;
- minimizzazione dei dati: ossia, i dati devono essere adeguati pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento;
- esattezza e aggiornamento dei dati, compresa la tempestiva cancellazione dei dati che risultino inesatti rispetto alle finalità del trattamento;
- limitazione della conservazione: ossia, è necessario provvedere alla conservazione dei dati per un tempo non superiore a quello necessario rispetto agli scopi per i quali è stato effettuato il trattamento e nel rispetto della normativa vigente;
- integrità e riservatezza: occorre garantire la sicurezza adeguata dei dati personali oggetto del trattamento.
- principio di *necessità*, secondo cui i sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l'utilizzo di dati personali e di dati identificativi in relazione alle finalità perseguite e che i dati personali sono trattati solo se la finalità del trattamento non è ragionevolmente conseguibile con altri mezzi;
- principio di *pertinenza* e *non eccedenza*. I trattamenti sono effettuati per finalità *determinate, esplicite e legittime* L'Azienda tratta i dati "*nella misura meno invasiva possibile*"; le attività di monitoraggio sono svolte solo da soggetti preposti e sono *mirate sull'area di rischio, tenendo conto della normativa sulla protezione dei dati e, se pertinente, del principio di segretezza della corrispondenza*".
- principio di trasparenza che impone che le informazioni e le comunicazioni relative al trattamento di tali dati personali siano facilmente accessibili e comprensibili e che sia utilizzato un linguaggio semplice e chiaro.

Il presente Disciplinare si applica agli incaricati, formalmente designati al trattamento dei dati, che si trovino ad operare con dati o strumenti dell'Azienda. La mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente disciplinare può comportare gravi danni all'Azienda. Tale evento costituisce pertanto un grave inadempimento dei compiti assegnati e potrebbe avere gravi conseguenze sia sotto il profilo disciplinare che penale.

Per quanto riguarda il personale sanitario, essendo di per sé vincolato al segreto professionale, qualora la necessità di curare il paziente sia in contrasto con le misure di sicurezza specificate nel presente regolamento, la finalità di cura è da considerarsi comunque prioritaria rispetto alla tutela dei sistemi informatici.

1.3. Campo di applicazione

Il disciplinare si applica a tutti i dipendenti, senza distinzione di ruolo o livello, nonché a tutti i collaboratori dell'Azienda Sanitaria ASL Roma 3 a prescindere dal rapporto contrattuale con la stessa intrattenuto (es. collaboratori esterni, Co.Co.Co., collaboratori a progetto, stagisti, medici in formazione, borsisti, dipendenti di ditte esterne, ecc.), di seguito "utenti".

Le disposizioni del presente disciplinare che non siano espressamente destinate ai soli dipendenti o collaboratori sono estese a tutti coloro che utilizzano attrezzature informatiche dell'Azienda Sanitaria ASL Roma 3, nonché ad ogni utente autorizzato ad accedere alla sua rete telematica.

1.4. Utilizzo dei dispositivi aziendali

I dispositivi affidati agli utenti (PC, notebook, tablet, telefoni cellulari, ...) sono strumenti di lavoro e devono essere considerati esclusivamente un "bene strumentale" disponibile per le attività autorizzate in funzione del ruolo, delle mansioni e dei compiti svolti. Ogni utilizzo non inerente le attività autorizzate dal presente disciplinare può determinare sanzioni disciplinari, fatto salvo quanto previsto dalle norme civili e penali in materia. Qualsiasi eventuale tolleranza da parte di questa Azienda, apparente o effettiva, non potrà, comunque, legittimare comportamenti contrari alle istruzioni contenute nel presente Disciplinare.

Si ricorda che, nell'uso degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda, il dipendente è tenuto ad usare la massima diligenza, nel rispetto degli obblighi di cui all'art. 2104 c.c. (Diligenza del prestatore di lavoro) e di cui all'art. 2105 c.c. (Obbligo di fedeltà), utilizzandoli esclusivamente per ragioni di servizio.

L'accesso al personal computer, ai programmi applicativi e alle varie funzionalità messe a disposizione degli utenti per lo svolgimento della loro attività avviene previa autenticazione, che consiste nella verifica dell'identità degli stessi attraverso l'uso di un codice identificativo (username) e di una parola chiave (password). La password è, per definizione, personale, segreta e non cedibile a terzi, deve essere pertanto custodita dall'utente con la massima diligenza e non divulgata.

Non è consentita l'attivazione della password di accensione (bios) da parte degli utenti, senza preventiva autorizzazione scritta del Dirigente della U.O.C. Sistemi ICT.

Solo il personale che opera presso la U.O.C. Sistemi ICT o tecnici (anche esterni) dalla stessa Struttura, sono autorizzati a compiere interventi tecnici hardware e software sia per l'installazione che per la manutenzione su tutti gli apparati informatici di proprietà dell'Ente. Gli stessi tecnici (anche esterni) sono altresì autorizzati, ai fini della funzionalità e sicurezza del sistema, ad intervenire sui PC senza necessità di ulteriore autorizzazione.

I tecnici dei Sistemi Informatici, in caso di necessità, possono collegarsi e visualizzare in remoto il desktop delle singole postazioni (PC) al fine di garantire l'assistenza tecnica e la normale attività operativa, comunicandolo preventivamente all'utente, il quale, comunicando il numero identificativo del PC (riportato in basso a destra nel desktop), ne permette il collegamento. In caso di oggettiva urgenza, a seguito della rilevazione di problemi nel sistema informatico, informativo e telematico, è consentito l'accesso al PC da parte dei tecnici della stessa Struttura anche senza la presenza dell'utente cui è assegnato e senza preventiva comunicazione a quest'ultimo. In questo caso verrà data tempestiva comunicazione all'utente dell'avvenuto accesso e delle ragioni che lo hanno causato.

Salvo preventiva espressa autorizzazione del Dirigente della U.O.C. Sistemi ICT, non è consentito all'utente modificare le caratteristiche di configurazione hardware e software impostate sul proprio PC né procedere ad installare programmi e/o dispositivi di memorizzazione, comunicazione o altro (modem, masterizzatori, pendrive, access point, switch, ecc.).

1.5. Titolarità dei device e dei dati

L'Azienda è esclusiva titolare dei device messi a disposizione degli Incaricati ai soli fini dell'attività lavorativa. L'assegnazione, la gestione, la custodia e la dismissione di detti beni è disciplinata dai Regolamenti sulla gestione dei beni mobili ai quali integralmente si rimanda.

L'Azienda è l'unica esclusiva titolare e proprietaria di tutte le informazioni, le registrazioni ed i dati contenuti e/o trattati mediante i propri device digitali.

Eventuali dati personali dell'incaricato non devono essere salvati nei device messi a disposizione dall'Azienda (vedi dettaglio pag. 12).

I device assegnati agli Incaricati possono essere, per esigenze organizzative, riassegnati ad altre persone all'interno dell'Azienda. In questi casi il device viene formattato e ripristinato alle configurazioni iniziali. Eventuali dati, anche di carattere personale (inclusi i messaggi di posta elettronica inviati o ricevuti, i file di immagini o video ed altre tipologie di file) devono essere rimossi dall'incaricato prima della restituzione del device. L'Azienda non assume

responsabilità circa la perdita di dati personali dell'incaricato contenuti nei device aziendali.

1.6. Restituzione dei device

A seguito di una cessazione del rapporto lavorativo o di consulenza dell'Incaricato con l'Azienda o, comunque, al venir meno, ad insindacabile giudizio dell'Azienda, della permanenza dei presupposti per l'utilizzo dei device aziendali, gli incaricati hanno i seguenti obblighi:

1. Procedere alla restituzione dei device in uso alla U.O.C. Sistemi ICT;
2. Divieto assoluto di formattare o alterare o manomettere o distruggere i device assegnati o rendere inintelligibili i dati in essi contenuti tramite qualsiasi processo.

Le stesse regole si applicano anche in caso di restituzione del device in seguito a richiesta di manutenzione per guasto del device o in caso di controlli che l'Azienda è tenuta ad effettuare sul device stesso.

1.7. Esclusione all'uso degli strumenti informatici

Nell'affidamento di mansioni o incarichi nel rapporto lavorativo o di consulenza, l'Azienda valuta la presenza dei presupposti per l'autorizzazione all'uso dei vari device aziendali, dell'accesso ad internet, della posta elettronica e più in generale di tutti i servizi informatici e di telecomunicazioni da parte degli incaricati.

Al venir meno delle esigenze per detto utilizzo dei device aziendali, delle applicazioni aziendali, di internet e della posta elettronica, l'Azienda provvede a revocare l'autorizzazione.

È fatto esplicito divieto ai soggetti non autorizzati di accedere agli strumenti informatici aziendali.

Le eventuali esclusioni sono strettamente connesse al principio della natura aziendale e lavorativa degli strumenti informatici nonché al principio di necessità precedentemente citato. Più specificatamente hanno diritto all'utilizzo degli strumenti e ai relativi accessi solo gli incaricati che, per funzioni lavorative, ne abbiano un effettivo e concreto bisogno.

2. SEZIONE II – Credenziali

2.1. Le credenziali di autenticazione

Le credenziali di autenticazione per l'accesso alla rete, ai PC ed alle applicazioni, vengono assegnate dal personale della U.O.C. Sistemi ICT, previa formale richiesta del Responsabile della Struttura, o suo delegato, nella quale è inserito o opera l'incaricato.

La Direzione del Personale è tenuta a comunicare alla U.O.C. Sistemi ICT l'attivazione e la cessazione del rapporto di lavoro, nonché l'eventuale trasferimento ad altro servizio e/o mansione del dipendente/collaboratore. La comunicazione può avvenire anche con modalità automatiche.

Le richieste vengono inoltrate attraverso l'apposito sistema informatico o procedura di richiesta delle credenziali individuata dalla Azienda.

Le credenziali di autenticazione al dominio aziendale vengono disattivate dopo 6 mesi di disuso, eccetto quelle preventivamente autorizzate per scopi di gestione tecnica.

Le credenziali di autenticazione consistono in un codice per l'identificazione dell'utente (nome utente) assegnato dalla U.O.C. Sistemi ICT, associato ad una parola chiave (password) riservata, che dovrà essere custodita dall'incaricato con la massima diligenza e non divulgata. In tal senso costituiscono lo strumento di associazione dell'utente con le operazioni svolte.

In particolare il nome utente e la password costituiscono una firma elettronica (debole) che, in assenza di denuncia di smarrimento o richiesta di blocco, fanno presumere che le attività svolte con tale utenza siano riconducibili all'assegnatario.

2.2. Le password

Le password quale metodo di autenticazione assegnato dall'Azienda, hanno lo scopo di garantire l'accesso protetto ad uno strumento hardware oppure ad un applicativo software.

La prima caratteristica di una password è la segretezza, e cioè il fatto che non venga svelata ad altri soggetti. La divulgazione delle proprie password o la trascuratezza nella loro conservazione può causare gravi danni al proprio lavoro, a quello dei colleghi e dell'Azienda nel suo complesso.

Nel tempo anche la password più sicura perde la sua segretezza. Per questo motivo è buona norma cambiarle con una certa frequenza e comunque ogni qualvolta si ritiene che la stessa abbia perso la caratteristica di segretezza.

L'Azienda ha implementato alcuni meccanismi che permettono di aiutare e supportare gli utenti autorizzati in una corretta gestione delle password definendo, laddove tecnicamente possibile, una lunghezza minima delle password, la loro complessità e le politiche di cambiamento delle stesse in funzione di quanto richiesto dalle normative vigenti.

È vietato trascrivere o memorizzare la password su supporti facilmente intercettabili da altre persone.

In qualsiasi momento, per motivi tecnici o di sicurezza, l'Azienda si riserva il diritto di revocare all'Incaricato il permesso di accedere ad un sistema hardware o software a cui era precedentemente autorizzato, rimuovendo il nome utente o modificando/cancellando la password ad esso associata, se possibile, previa comunicazione all'utente.

In particolare la password relativa ad un sistema può essere reimpostata dagli amministratori di sistema per le seguenti esigenze:

- Richiesta dell'utente per smarrimento/dimenticanza della password
- Richiesta di accesso al sistema con il profilo dell'utente per risoluzione di problematiche di carattere tecnico (es: malfunzionamento del software)
- Rischio imminente di compromissione dei dati per attacco informatico
- Richiesta dell'autorità giudiziaria
- Interventi urgenti a protezione della rete aziendale e del funzionamento dei sistemi

2.3. Regole per la corretta gestione delle password

L'Incaricato, per una corretta e sicura gestione delle proprie password deve rispettare le regole seguenti:

1. Obbligo di sostituire la password assegnata al primo accesso;
1. Le password sono assolutamente personali e non vanno mai comunicate ad altri;
2. Occorre sostituire immediatamente una password non appena si abbia il dubbio che sia diventata poco "sicura" indipendentemente dalla data dell'ultimo cambio;
3. Le password devono essere lunghe almeno 8 caratteri e devono soddisfare almeno 3 dei seguenti requisiti: contenere lettere minuscole, maiuscole, caratteri speciali (ad esempio: { } [], . < > ; : ! " £ \$ % & / () = ? A \ | ` * - + _) e numeri.
4. Le password non devono essere memorizzate su alcun tipo di supporto, quali, ad esempio, Post-It (sul monitor o sotto la tastiera) o agende (cartacee, posta elettronica, telefono cellulare);
5. Le password devono essere sostituite almeno ogni 90 giorni a prescindere dall'esistenza di un sistema automatico di richiesta di aggiornamento password;
6. Si raccomanda di non digitare la propria password in presenza di altri soggetti che possano vedere la tastiera, anche se collaboratori o dipendenti dell'Azienda;
7. In alcuni casi, sono implementati meccanismi che consentono all'autorizzato fino ad un numero limitato di tentativi errati di inserimento della password oltre ai quali il tentativo di accesso viene considerato un attacco al sistema e l'account viene bloccato.

8. La password ideale quindi deve essere complessa, senza alcun riferimento, ma facile da ricordare.

Al fine di una corretta gestione delle password, l'Azienda stabilisce il divieto di utilizzare come propria password:

1. Nome e/o cognome e loro parti;
2. Lo username assegnato;
3. Un indirizzo di posta elettronica (e-mail);
4. Parole comuni (in Inglese e in Italiano);
5. Date, mesi dell'anno e giorni della settimana, anche in lingua straniera;
6. Parole banali e/o di facile intuizione, ad es. pippo, password e palindromi (simmetria: radar);
7. Ripetizioni di sequenze di caratteri o numeri (es. abcabcabc 123456);
8. Password già impiegate in precedenza.

3. SEZIONE III - Operazioni a protezione della postazione di lavoro

In questa sezione vengono trattate le operazioni a carico dell'Incaricato e il quadro di riferimento generale per l'esecuzione di operazioni a protezione della propria postazione di lavoro, nel rispetto della sicurezza e dell'integrità del patrimonio aziendale.

3.1. Login e Logout

Il "Login" è l'operazione con la quale l'Incaricato si autentica all'interno della propria postazione di lavoro e si connette al sistema informatico aziendale o ad una parte di esso, dichiarando il proprio nome utente e password, aprendo una sessione di lavoro. In molti casi è necessario effettuare più login, tanti quanti sono gli ambienti di lavoro (ad es. applicativi web, intranet), ognuno dei quali richiede un username e una password.

Il "Logout" è l'operazione con cui viene chiusa la sessione di lavoro. Al termine dell'attività, tutte le applicazioni devono essere chiuse secondo le regole previste dall'applicazione stessa.

3.2. Obblighi

L'utilizzo dei dispositivi assegnati e la gestione dei dati ivi contenuti devono svolgersi nel rispetto della sicurezza e dell'integrità del patrimonio dati aziendale.

L'incaricato deve eseguire le operazioni seguenti:

1. Bloccare il suo dispositivo prima delle pause e, in generale, ogni qualvolta abbia bisogno di allontanarsi dalla propria postazione o in caso di prolungato inutilizzo dello stesso, preferibilmente impostando il logout automatico del Sistema Operativo;
2. Chiudere la sessione (Logout) alla fine del proprio turno di lavoro;
3. Controllare sempre che non vi siano persone non autorizzate che possano prendere visione delle schermate del device (soprattutto all'atto dell'inserimento delle password).

Le politiche di sicurezza aziendali prevedono comunque, dove possibile, la disattivazione automatica della sessione (blocco del device) dopo un determinato intervallo di inattività.

4. SEZIONE IV – Uso dei dispositivi dell'Azienda

4.1. Modalità d'uso del computer aziendale

Il sistema informatico aziendale è composto da un insieme di unità server centrali e

macchine client (Postazione di lavoro) connesse o meno ad una rete aziendale, comunque messe a disposizione dall'Azienda agli Incaricati per lo svolgimento dei compiti istituzionali affidati e che utilizzano diversi sistemi operativi e applicativi.

Il contenuto di tutti i dischi o di altre unità di memorizzazione locali (es. disco C: D: interni al PC) non è soggetto a salvataggio da parte della U.O.C. Sistemi ICT. La responsabilità del salvataggio dei dati ivi contenuti è pertanto esclusivamente a carico del singolo utente

I file creati, elaborati o modificati sul device assegnato e di cui risulta necessario assicurare l'integrità dei dati in caso di rottura del device stesso, devono essere salvati nei server aziendali messi a disposizione dall'Azienda. E' necessario prevedere il salvataggio dei dati con frequenza almeno settimanale. Per effettuare tale richiesta occorre aprire un ticket di supporto informatico.

Le cartelle condivise presenti nei server dell'Azienda sono aree di condivisione di informazioni strettamente professionali e non possono in alcun modo essere utilizzate per scopi diversi. Pertanto qualunque file che non sia legato all'attività lavorativa non può essere dislocato, nemmeno per brevi periodi, in queste unità. Si ricorda che tutti i dischi o altre unità di memorizzazione locali (es. disco C: interno PC) non sono soggette a salvataggio da parte del personale incaricato dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT. Tutti i documenti per cui si renda necessaria la garanzia della conservazione devono essere posizionati sui server o copiati sugli stessi periodicamente.

L'accesso alle cartelle e aree di condivisione aziendali deve avvenire esclusivamente con credenziali di accesso personali e, pertanto, ogni operazione di copia, cancellazione, visualizzazione e modifica può essere tracciata per risalire all'utente che l'ha effettuata. Non è consentito utilizzare aree di scambio per inviare/ricevere file se non autorizzate della U.O.C. Sistemi ICT e se non protette in lettura/scrittura con le opportune credenziali di accesso.

Il personale dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT può in qualunque momento procedere alla rimozione di ogni file o applicazione che riterrà essere pericolosi per la sicurezza sia sui personal computer degli incaricati sia sulle unità di rete.

Risulta opportuno che, con regolare periodicità (almeno ogni mese), ciascun utente provveda alla pulizia degli archivi, con cancellazione dei file obsoleti o inutili. Particolare attenzione deve essere prestata alla duplicazione dei dati, essendo infatti necessario evitare un'archiviazione ridondante in ossequio al principio della minimizzazione del trattamento dei dati.

4.2. Corretto utilizzo del computer aziendale

Il device consegnato all'incaricato è uno strumento di lavoro e contiene tutti i software necessari a svolgere le attività affidate. Ogni utilizzo non inerente all'attività lavorativa può contribuire ad innescare disservizi, rallentamenti del sistema, costi di manutenzione e, soprattutto, minacce alla sicurezza.

L'accesso all'elaboratore è protetto da password che deve essere custodita dall'incaricato con la massima diligenza e non divulgata. Previa comunicazione al dipendente, gli addetti all'assistenza tecnica informatica, potranno accedere ai computer, anche in remoto per attività di manutenzione, assistenza ed eventuale rimozione di software non autorizzato.

In particolare l'Incaricato deve adottare le seguenti misure:

1. Utilizzare solo ed esclusivamente le aree di archiviazione dati messe a disposizione dall'Azienda, senza pertanto creare altri file fuori di esse;
2. In caso di allontanamento anche temporaneo dalla postazione di lavoro (personal computer fisso o portatile), il dipendente non deve lasciare il sistema operativo aperto con la propria password inserita. Lasciare un PC incustodito connesso alla rete può essere infatti causa di utilizzo da parte di terzi senza che vi sia la possibilità di provarne in seguito l'indebito uso. Al fine di evitare che persone non autorizzate effettuino accessi non permessi, il dipendente deve attivare il salvaschermo con password o deve bloccare il computer (utilizzando i tasti CTRL+ALT+CANC);

3. Il personal computer deve sempre essere spento dall'utente al termine dell'orario di lavoro o in caso di assenze prolungate dall'ufficio. In caso di PC di reparto in cui lavorano più utenti in più turni differenti, si raccomanda di spegnere comunque il dispositivo, anche per breve tempo nelle ore notturne. L'accensione prolungata dei computer, soprattutto portatili, aumenta notevolmente l'usura e la possibilità che il sistema presenti problemi, blocchi o rallentamenti;
4. Installare sul computer esclusivamente i dispositivi di memorizzazione, comunicazione o altro (come ad esempio masterizzatori, access point WiFi, Hard Disk etc.), assegnati dall'Azienda;
5. Non dare accesso al proprio computer ad altri utenti, a meno che siano incaricati con cui si condivide l'utilizzo dello stesso computer o a meno di necessità stringenti e sotto il proprio costante controllo.

4.3. Divieti espressi sull'utilizzo dei computer

All'incaricato è **vietato**:

1. La gestione, la memorizzazione (anche temporanea) o il trattamento di file, documenti e/o informazioni personali dell'incaricato o comunque non afferenti alle attività lavorative in nessun strumento informatico aziendale.
2. Modificare le configurazioni già impostate sul personal computer.
3. Utilizzare e/o installare programmi e/o sistemi senza la preventiva autorizzazione dell'Azienda.
4. Installare alcun software, né alcuna versione diversa, anche più recente, rispetto alle applicazioni o al sistema operativo presenti sul personal computer consegnato. Né è, peraltro, consentito fare copia del software installato al fine di farne un uso personale.
5. Caricare sui dispositivi di memorizzazione messi a disposizione dall'Azienda alcun documento, gioco, file musicale o audiovisivo o immagine diversi da quelli necessari allo svolgimento delle mansioni affidate.
6. Aggiungere o collegare dispositivi hardware (ad esempio hard disk, driver, ecc.) o periferiche (telecamere, macchine fotografiche, smartphone, chiavi USB ecc.) diversi da quelli consegnati, senza l'autorizzazione espressa dell'Azienda.
7. Creare o diffondere, intenzionalmente o per negligenza, programmi idonei a danneggiare il sistema informatico dell'Azienda, quali per esempio virus, malware, trojan horses ecc.
8. Accedere, rivelare o utilizzare informazioni per le quali non si è autorizzati o comunque non necessarie per le mansioni svolte.
9. Effettuare in proprio attività manutentive.
10. Permettere attività manutentive da parte dei soggetti non espressamente autorizzati dell'Azienda.

4.4. Antivirus

I virus possono essere trasmessi tramite scambio di file via internet, via mail, scambio di supporti removibili, file sharing, chat ecc.

L'Azienda impone su tutte le postazioni di lavoro l'utilizzo di un sistema antivirus correttamente installato, attivato continuamente e aggiornato automaticamente con frequenza almeno quotidiana.

L'incaricato, da parte sua, deve rispettare le regole seguenti:

1. È vietato disattivare l'antivirus senza l'autorizzazione espressa dell'Azienda;

2. Porre massima attenzione alle e-mail di dubbia provenienza evitando di aprirne gli allegati e segnalarle tempestivamente all'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT.
3. Non utilizzare chiavette USB personali sui personal computer aziendali, se non strettamente necessario all'attività lavorativa e previa scansione con antivirus, in quanto possono essere veicolo di virus che vengono così introdotti nella rete aziendale.

E' necessario contattare l'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT prima di procedere a qualsiasi attività potenzialmente in conflitto con quanto sopra ed anche qualora si sospetti che il device assegnato risulti infettato da un virus informatico (ad esempio perché presenta un comportamento anomalo).

5. SEZIONE V – Rete locale aziendale

La rete aziendale è una risorsa a disposizione di tutti gli utenti ed è l'infrastruttura critica per l'erogazione di tutti i servizi informatici e di telecomunicazione (compresa la telefonia fissa).

Un corretto utilizzo di questa risorsa da parte di tutti gli utenti contribuisce al buon funzionamento dei servizi erogati.

Per questo motivo è fatto divieto di collegare alla rete aziendale (rete cablata o rete Wi-Fi) dispositivi personali o computer non assegnati dal competente servizio aziendale, salvo motivata richiesta da parte del Dirigente responsabile del richiedente ed autorizzazione da parte dell'assistenza tecnica della U.O.C. Sistemi ICT.

Gli armadi di rete contengono apparati fondamentali che distribuiscono le informazioni sulla rete informatica fisica dell'Azienda. E' proibito a chiunque, escluso il personale della U.O.C. Sistemi ICT o personale da essa autorizzato, l'accesso agli armadi di rete, la modifica delle connessioni o la manomissione di qualunque impianto o cavo vi sia contenuto.

In caso di malfunzionamenti è necessario, per il personale tecnico, poter accedere agli apparati tempestivamente. E' quindi vietato depositare materiale nelle vicinanze degli armadi di rete e nel raggio d'azione della porta di accesso all'armadio, con particolare riferimento a sostanze infiammabili.

E' responsabilità di ogni utente prestare attenzione a non alterare le connessioni a muro e i cavi che le collegano ai PC con sedie e arredi.

6. SEZIONE VI – Internet

6.1. Internet è uno strumento di lavoro

La connessione alla rete internet dal device avuto in dotazione è ammessa esclusivamente per motivi attinenti allo svolgimento dell'attività lavorativa.

6.2. Misure preventive per ridurre navigazioni illecite

L'Azienda adotta idonee misure tecniche preventive volte a ridurre navigazioni a siti non correlati all'attività lavorativa attraverso filtri e black list (liste di siti vietati).

6.3. Divieti espressi concernenti Internet

E' fatto espresso divieto all'incaricato:

1. di accedere a siti internet che abbiano un contenuto contrario a norme di legge e a norme a tutela dell'ordine pubblico, rilevante ai fini della realizzazione di una fattispecie di reato o che siano in qualche modo discriminatori sulla base della razza, dell'origine etnica, del colore della pelle, della fede religiosa, dell'età, del sesso, della cittadinanza,

dello stato civile.

2. di salvare o installare sul proprio device programmi o archivi informatici (anche gratuiti) prelevati da siti internet o da strumenti peer to peer.
3. l'utilizzo di dispositivi personali di accesso alla rete quali modem, router 3G/4G/5G ecc. se non nei casi espressamente e formalmente autorizzati della U.O.C. Sistemi ICT.
4. l'effettuazione di ogni genere di transazione finanziaria ivi comprese le operazioni di remote banking, acquisti on-line, mining di cripto valuta e simili salvo i casi direttamente autorizzati dall'Azienda e con il rispetto delle normali procedure di acquisto.
5. ogni forma di registrazione e accesso a siti i cui contenuti non siano legati all'attività lavorativa.
6. l'utilizzo dei social network, se non espressamente autorizzati, la partecipazione a forum non professionali, l'utilizzo di chat line, di bacheche elettroniche o partecipare a gruppi di discussione o lasciare commenti ad articoli o iscriversi a mailing list spendendo il marchio o la denominazione dell'Ente, salvo specifica autorizzazione dell'Ente stesso.
7. la navigazione nei siti con contenuti pornografici e pedo-pornografici. È vietata la navigazione nei siti di giochi online.
8. la memorizzazione di documenti informatici di natura oltraggiosa, diffamatoria e/o discriminatoria per sesso, lingua, religione, razza, origine etnica, opinione e appartenenza sindacale e/o politica.
9. accedere dall'esterno alla rete interna dell'Azienda, salvo con le specifiche procedure previste dall'Azienda stessa.
10. creare siti web personali sui sistemi dell'Azienda nonché acquistare beni o servizi su Internet a meno che l'articolo acquistato non sia stato approvato a titolo di spesa professionale.

L'Azienda al fine di rinforzare tali divieti utilizza degli strumenti informatici a protezione delle risorse aziendali.

Ogni eventuale utilizzo illegittimo di Internet, è posto sotto la personale responsabilità dell'Incaricato inadempiente. A seguito di ripetute e significative anomalie, l'Azienda può svolgere verifiche sui dati inerenti l'accesso alla rete dei propri dipendenti. Le navigazioni saranno tracciate e conservate per il tempo strettamente limitato al perseguimento delle suddette finalità.

6.4. Divieti di manomissione dei sistemi di sicurezza

È vietato accedere ai siti internet mediante azioni inibenti dei filtri, sabotando o comunque superando o tentando di superare o disabilitando i sistemi adottati dall'Azienda per bloccare accessi non conformi. In ogni caso è vietato utilizzare software o altri strumenti che consentano la navigazione anonima o di bypassare tali filtri.

6.5. Diritto d'autore

È vietato utilizzare l'accesso ad Internet in violazione delle norme in vigore nell'ordinamento giuridico italiano a tutela del diritto d'autore (es. legge 22 aprile 1941, n. 633 e successive modificazioni, d.lgs. 6 maggio 1999, n. 169 e legge 18 agosto 2000, n. 245). In particolare, è vietato il download di materiale soggetto a copyright (software, testi, immagini, musica, filmati, file in genere).

7. SEZIONE VII – Posta elettronica

7.1. La Posta Elettronica

L'utilizzo della posta elettronica aziendale è connesso allo svolgimento dell'attività lavorativa.

È fatto divieto di utilizzare le caselle di posta elettronica aziendali per motivi diversi da quelli strettamente legati all'attività Istituzionali. In questo senso, a titolo puramente esemplificativo, l'utente non potrà utilizzare la posta elettronica per:

- l'invio e/o il ricevimento di allegati contenenti fotografie, filmati o brani musicali (es.mp3) non legati all'attività lavorativa;
- l'invio e/o il ricevimento di messaggi personali o per la partecipazione a dibattiti, aste on line, concorsi, forum o mailing-list, catene telematiche, ecc. non legati all'attività lavorativa;
- Utilizzare l'indirizzo e-mail aziendale per iscriversi a siti non attinenti alle attività istituzionali;+
- l'invio di dati particolari (sensibili), ad esempio dati sanitari, nei casi in cui questo sia eccedente o non necessario;

Nei casi in cui, per esigenze lavorative, sia necessario l'invio di dati sensibili attraverso la posta elettronica a caselle esterne all'azienda (es. comunicazioni a Distretti, RSA o MMG), l'interessato deve essere in ogni caso informato e consapevole delle ragioni di tale comunicazione. La trasmissione deve avvenire comunque in sicurezza (es. cifratura dei dati), per cui la U.O.C. Sistemi ICT può fornire il supporto necessario.

La casella di posta deve essere mantenuta in ordine, cancellando documenti inutili e soprattutto allegati di dimensioni rilevanti.

Prima di aprire i file allegati ai messaggi di posta elettronica, è necessario identificare il mittente e porre particolare attenzione alla tipologia del file stesso, in caso in cui non si conosca il mittente è consigliabile contattare il supporto informatico per una ulteriore verifica. Ciò al fine di evitare infezioni da virus, compromissione della propria postazione di lavoro, perdita di dati sensibili, ecc. Non si dovrà in alcun caso procedere all'apertura degli allegati a tali messaggi, questo per evitare l'infezione da virus informatici.

In tutti i casi sospetti, invece di aprire o cancellare i messaggi di posta, si raccomanda di avvisare tempestivamente i tecnici della U.O.C. Sistemi ICT i quali, grazie all'accordo tra Azienda sanitaria e Polizia Postale, possono procedere ai controlli necessari ad identificarne la provenienza e mettere in sicurezza i sistemi da eventuali ulteriori messaggi dannosi dello stesso tipo.

Al fine di garantire la funzionalità del servizio di posta elettronica aziendale e di ridurre al minimo l'accesso ai dati, nel rispetto del principio di necessità e di proporzionalità, il sistema, in caso di assenze programmate (ad es. per ferie o attività di lavoro fuori sede dell'assegnatario della casella) invierà automaticamente messaggi di risposta contenenti le "coordinate" di posta elettronica di un altro soggetto o altre utili modalità di contatto del Servizio di appartenenza. Tale funzionalità deve essere attivata dall'utente.

Gli Incaricati, di norma, hanno in utilizzo indirizzi nominativi di posta elettronica strutturati con il format: nome.cognome@aslroma3.it

La casella di posta elettronica assegnata viene utilizzata dall'Azienda per l'invio di tutte le comunicazioni istituzionali ai propri dipendenti (circolari, informazioni, avvisi, convocazioni, attestati di partecipazione a corsi di formazione, ecc..). Gli utenti sono pertanto tenuti a controllarla periodicamente.

Le caselle e-mail possono essere assegnate con natura impersonale (con nomenclatura del tipo: info, amministrazione, fornitori, direttore, direttore sanitario). La nomenclatura sarà attribuita d'ufficio della U.O.C. Sistemi ICT su richiesta degli interessati e sulla base della

destinazione di utilizzo della casella. Queste caselle impersonali saranno in ogni caso assegnate ad una persona fisica, che sarà anche responsabile del corretto utilizzo delle stesse.

7.2. Divieti espressi

E' espressamente **vietato**:

1. Comunicare le proprie informazioni personali o codici di accesso (nome utente e password) in risposta a richieste pervenute via e-mail (phishing).
2. Utilizzare l'indirizzo di posta elettronica contenente il dominio dell'Azienda per iscriversi in qualsivoglia sito per motivi non attinenti all'attività lavorativa, senza espressa autorizzazione scritta dell'Azienda, nonché utilizzare il dominio dell'Azienda per scopi personali.
3. Creare, archiviare o spedire, anche solo all'interno della rete aziendale, messaggi pubblicitari o promozionali o comunque allegati (filmati, immagini, musica o altro) non connessi con lo svolgimento della propria attività lavorativa, nonché partecipare a richieste, petizioni, mailing di massa di qualunque contenuto, "catene di Sant'Antonio" o in genere a pubblici dibattiti utilizzando l'indirizzo aziendale.
4. Trasmettere messaggi a tutti i dipendenti senza l'autorizzazione necessaria.
5. Sollecitare donazioni di beneficenza, propaganda elettorale o altre voci non legate al lavoro.
6. Simulare l'identità di un altro utente, ovvero utilizzare credenziali di posta, non proprie, per l'invio di messaggi.
7. Inviare, tramite la posta elettronica, anche all'interno della rete aziendale, materiale a contenuto violento, sessuale o comunque offensivo dei principi di dignità personale, di libertà religiosa, di libertà sessuale o di manifestazione del pensiero, anche politico.

7.3. Posta Elettronica in caso di assenze o cessazione

Ciascun assegnatario di un account di posta elettronica aziendale, dovrà, in caso di assenza prolungata dal servizio, attivare la funzione di risposta automatica presente nel programma di gestione della posta elettronica aziendale.

In tutti i casi in cui sia necessario un presidio della casella di e-mail per ragioni di operatività aziendale, l'assegnatario deve richiedere alla U.O.C. Sistemi ICT la configurazione dell'inoltro automatico ad altra casella di posta elettronica aziendale.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro o contrattuale con l'Azienda, la casella di posta verrà immediatamente disattivata e successivamente eliminata (compresi tutti i messaggi in essa contenuti) da tutti i sistemi aziendali, entro 6 mesi dalla comunicazione della cessazione del rapporto di lavoro.

Eventuali dati personali contenuti nei messaggi di posta elettronica vanno salvati dall'utente prima della cessazione del rapporto di lavoro.

In caso di prolungata assenza imprevista o imprevedibile dell'Incaricato, (per indifferibili esigenze esclusivamente correlate alla attività lavorativa), l'Azienda potrà accedere alla casella di posta elettronica dell'incaricato solo qualora sia stata preventivamente rilasciata formale autorizzazione e nominato un fiduciario da parte dello stesso.

L'eventuale richiesta di accesso alla casella di posta elettronica dell'Incaricato, in caso di assenza prolungata ed imprevista e per documentate ed urgenti esigenze lavorative, deve essere fatta dal Responsabile dell'Incaricato al fiduciario.

Dell'accesso, che deve essere fatto in presenza del fiduciario, deve essere redatto un verbale che deve essere controfirmato da un amministratore di sistema (che attesta che l'accesso è stato effettuato nei termini richiesti) e dal fiduciario. Copia del verbale viene

trasmessa all'Incaricato.

8. **SEZIONE VIII – Uso di altri device (personal computer portatile, tablet, cellulare, smartphone ed altri dispositivi elettronici)**

8.1. L'utilizzo del notebook, tablet o smartphone.

Il computer portatile, il tablet e il cellulare (di seguito generalizzati in "dispositivi mobili") possono venire concessi in uso dall'Azienda agli Incaricati che durante gli spostamenti necessitano di disporre di archivi elettronici, supporti di automazione e/o di connessione alla rete dell'Azienda.

L'Incaricato è responsabile dei dispositivi mobili assegnatigli dall' Azienda e deve custodirli con diligenza sia durante gli spostamenti sia durante l'utilizzo nel luogo di lavoro, non lasciarlo incustodito o a vista dentro l'auto.

Ai dispositivi mobili si applicano le regole di utilizzo previste per i computer connessi in rete e comunque tutte le policy di sicurezza previste dall'Azienda.

I dispositivi mobili che permettono l'attivazione di una procedura di protezione (PIN) devono sempre essere abilitabili solo con la digitazione del PIN stesso e non possono essere lasciati privi di PIN.

L'incaricato dovrà provvedere a trasferire tutti i files creati o modificati sui dispositivi mobili sulle memorie di massa aziendali al rientro in ufficio e cancellarli in modo definitivo dai dispositivi mobili. Sui dispositivi mobili è vietato installare applicazioni (anche gratuite) se non espressamente autorizzate dall'Azienda. In caso di smarrimento o furto dei dispositivi mobili deve far seguito la denuncia alle autorità competenti. Allo scopo si deve avvisare immediatamente l'Azienda che provvederà - se del caso - ad occuparsi delle procedure connesse alla tutela dei dati.

L'incaricato è tenuto comunque alla rimozione di eventuali file elaborati sui dispositivi mobili prima della riconsegna del bene.

8.2. Memorie esterne (chiavi usb, hard disk, memory card, cd-rom, dvd, ecc.)

Agli Incaricati può essere assegnata una memoria esterna solo in casi di effettiva e motivata necessità.

Questi dispositivi devono essere gestiti con le stesse accortezze di cui all'articolo precedente e devono essere utilizzati esclusivamente dalle persone a cui sono state affidate e, in nessun caso, devono essere consegnate a terzi.

1. I supporti di memorizzazione rimovibili contenenti dati sensibili o giudiziari, se non più utilizzati, devono essere distrutti o resi inutilizzabili, ovvero possono essere riutilizzati da altri utenti, solo se le informazioni precedentemente in essi contenute non sono intelligibili e tecnicamente in alcun modo ricostruibili.
2. I supporti di memorizzazione rimovibili contenenti dati sensibili e/o giudiziari devono essere custoditi in idonei archivi chiusi a chiave, a cura dell'utente che li gestisce abitualmente, e sotto sua diretta ed esclusiva responsabilità.
3. L'utente è responsabile della custodia dei supporti e dei dati aziendali in essi contenuti.

Qualora le memorie esterne utilizzate per ragioni legate all'attività lavorativa contengano dati particolari (sensibili) è responsabilità del possessore averne custodia e cancellarne il contenuto appena possibile. Sarebbe preferibile cifrare il contenuto in maniera tale che lo smarrimento accidentale della memoria non comporti il rischio di diffusione dei dati in essa contenuti.

8.3. Device personali

Ai dipendenti non è permesso svolgere la loro attività lavorativa con strumentazione personale (PC fissi, portatili, tablet, smartphone) connessa alla rete aziendale.

Gli Incaricati non dipendenti (ovvero i consulenti, collaboratori esterni e fornitori), possono utilizzare i propri device personali per memorizzare dati inerenti l'attività dell'Azienda solo se espressamente autorizzati dall'Azienda stessa e assumendone formalmente e personalmente l'intera responsabilità del trattamento.

Tali device dovranno essere preventivamente valutati dall'ente, per la verifica della sussistenza di misure minime ed idonee di sicurezza. A tale fine della U.O.C. Sistemi ICT predispone un documento contenente i requisiti minimi di sicurezza che dovrà essere consegnato all'incaricato prima dell'inizio del trattamento dei dati stessi. L'incaricato non dipendente deve richiedere della U.O.C. Sistemi ICT l'autorizzazione all'utilizzo dei device personali in assenza della quale l'utilizzo deve considerarsi vietato.

8.4. Distruzione dei Device

Ogni Device ed ogni memoria esterna affidati agli incaricati, (computer, notebook, tablet, smartphone, memory card, chiavi usb, hard disk, dvd, cd-rom, ecc.), al termine del loro utilizzo dovranno essere restituiti all'Azienda che provvederà a distruggerli o a ricondizionarli seguendo le norme di legge in vigore al momento.

In particolare l'Azienda provvederà a cancellare o a rendere inintelligibili i dati negli stessi memorizzati.

E' responsabilità dell'incaricato salvare eventuali dati personali contenuti nel device prima della riconsegna dello stesso della U.O.C. Sistemi ICT. L'Azienda non potrà essere ritenuta responsabile per la perdita di dati personali contenuti in device aziendali.

9. SEZIONE IX – Sistemi in cloud

Utilizzare un servizio di cloud computing per memorizzare dati personali o sensibili, espone l'Azienda a potenziali problemi di violazione delle regole sulla riservatezza dei dati personali.

E' vietato agli incaricati l'utilizzo di sistemi cloud (es. Dropbox, Google Drive, Microsoft OneDrive, Apple iCloud, etc.) non espressamente approvati dall'Azienda, in particolare è vietato condividere o registrare su sistemi cloud dati sanitari.

L'Azienda si riserva di identificare tecnologie e/o servizi cloud conformi alla normativa in materia di trattamento dei dati personali da mettere a disposizione degli Incaricati.

10. SEZIONE X – VPN

L'Azienda permette di accedere alla propria infrastruttura tecnologica, mediante canali di comunicazione protetti **VPN** (*Virtual Private Network*), a determinate categorie di utenti previa valutazione della richiesta e/o di accordi contrattuali.

Per accedere all'infrastruttura, ogni Utente VPN per ottenere le credenziali/abilitazioni necessarie, dovrà compilare in ogni sua parte e sottoscrivere un modulo messo a disposizione dalla U.O.C. Sistemi ICT. Lo stesso modulo dovrà essere validato per l'autorizzazione dal proprio Dirigente di struttura.

In particolare dovranno essere specificate le motivazioni per le quali si può richiedere un accesso dall'esterno in VPN:

- reperibilità tecnica
- firma atti (dirigenti apicali)

- attività sanitarie effettuabili a distanza specificamente autorizzate dal Direttore Sanitario

Possono accedere all'infrastruttura tecnologica tramite VPN, gli utenti a cui sono state assegnate le credenziali di accesso personali, esclusivamente per il periodo di tempo necessario all'espletamento dei propri compiti.

11. SEZIONE XI – Applicazione e controllo

11.1. Il controllo

L'Azienda, in qualità di Titolare degli strumenti informatici, dei dati ivi contenuti e/o trattati, si riserva la facoltà di effettuare i controlli che ritiene opportuni, in conformità alla vigente normativa per le seguenti finalità:

1. Garantire il funzionamento dei sistemi e dei servizi informatici e di telecomunicazioni
2. Tutelare la sicurezza e preservare l'integrità degli strumenti informatici e dei dati;
3. Evitare che siano commessi illeciti o per esigenze di carattere difensivo anche preventivo;
4. Verificare la funzionalità del sistema e degli strumenti informatici.

Le attività di controllo potranno avvenire tramite monitoraggio, audit e/o ispezioni del sistema informatico e di tutti i device aziendali o comunque collegati alla rete aziendale. Per tali controlli l'Azienda si riserva di avvalersi anche di soggetti esterni.

Tutti i controlli saranno effettuati in conformità alla normativa vigente con particolare riferimento alla normativa in materia di trattamento dei dati e dello Statuto dei Lavoratori.

11.2. Modalità di verifica

Le attività sull'uso del servizio di accesso a internet e in generale dei servizi informatici più critici sono automaticamente conservate in registri informatici (comunemente chiamati file log) che riportano dettagli della navigazione, i siti e i documenti consultati e le operazioni verificatesi.

I file di log contengono tipicamente:

- Data ed ora dell'operazione effettuata
- Utente che ha effettuato l'operazione
- Tipologia dell'operazione effettuata
- Dati associati all'operazione effettuata

In applicazione di quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (GDPR), l'Azienda promuove ogni opportuna misura organizzativa e tecnologica volta a prevenire il rischio di utilizzi impropri e, comunque, a "minimizzare" l'uso di dati riferibili agli Incaricati e a tale scopo adotta, compatibilmente con le risorse disponibili, strumenti tecnici, organizzativi e fisici, volti a prevenire trattamenti illeciti sui dati trattati con strumenti informatici.

L'Azienda non adotta sistemi che determinano interferenza ingiustificata sui diritti e sulle libertà fondamentali di lavoratori, come pure di soggetti esterni che ricevono o inviano comunicazioni elettroniche di natura personale o privata.

In particolare eventuali sistemi atti a monitorare eventuali violazioni di legge o comportamenti anomali da parte degli Incaricati avvengono nel rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, con esclusione di registrazioni o verifiche con modalità sistematiche.

Qualora venga rilevato un non corretto utilizzo degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda da parte degli utenti, si procederà all'invio di un avviso all'utente ed al Responsabile del Servizio interessato. Sarà cura del Responsabile del Servizio interessato segnalare eventualmente l'evento all'Ufficio per i procedimenti disciplinari per l'adozione degli atti di rispettiva competenza. Per il personale Dirigente il comportamento verrà comunicato alla

11.3. Modalità di conservazione

I sistemi software sono stati programmati e configurati in modo da registrare nei log di sistema i dati relativi agli accessi ad internet, al traffico telematico ed alle operazioni effettuate sui sistemi informatici più critici per un arco temporale la cui durata sarà definita nel registro dei trattamenti in funzione delle caratteristiche tecniche degli apparati e dei sistemi disponibili.

Possono essere implementati tempi di conservazione più lunghi in relazione a:

1. esigenze tecniche o di sicurezza, valutate a cura della U.O.C. Sistemi ICT e documentate in forma scritta;
2. indispensabilità del dato rispetto all'esercizio o alla difesa di un diritto in sede giudiziaria;
3. obbligo di custodire o consegnare i dati per ottemperare ad una specifica richiesta dell'autorità giudiziaria o della polizia giudiziaria.

In questi casi, il trattamento dei dati personali è limitato alle sole informazioni indispensabili per perseguire finalità preventivamente determinate ed essere effettuato con logiche e forme di Azienda strettamente correlate agli obblighi, compiti e finalità già esplicitati.

L'accesso ai dati avviene attraverso le figure tecniche istituzionalmente autorizzate ed in possesso delle opportune credenziali di accesso (a titolo esemplificativo: amministratori di sistema, tecnici di società esterne contrattualizzate per servizi di assistenza e manutenzione).

12. SEZIONE XII – Validità e pubblicazione

12.1. Validità

Il presente Disciplinare ha validità a decorrere dalla data stabilita nella Delibera di adozione del Direttore Generale.

Con l'entrata in vigore del presente disciplinare tutte le disposizioni in precedenza adottate in materia, in qualsiasi forma comunicate, devono intendersi abrogate e sostituite dalle presenti. Copia del Disciplinare sarà pubblicata sulla rete Intranet aziendale.

L'Azienda promuove la conoscenza del presente Disciplinare da parte degli incaricati anche tramite apposite sessioni di formazione.

12.2. Pubblicazione

Il presente Disciplinare verrà pubblicato sulla intranet aziendale e diffuso a tutti i dipendenti ai sensi dell'art. 7 della legge 300/70 e del CCNL di settore.

INDIRIZZO SEDE	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DI UPGRADE DI BANDA PER CIASCUNA SEDE
Via Casal Bernocchi, 73 - Roma	Upgrading Accesso Internet+Infranet da profilo STDO-5 - 200 M a STDO-8 - 1G + Upgrading tecnologico da SPUN5 (Fortigate 200E) a SPUN-6 (Fortigate 1200D)
Via Casal Bernocchi, 73 - Roma	Upgrading da 'STDO-5 - 200 M' a 'STDO-8 - 1 G' + aumento SBRI MM da 3.280 a 4360 e RT da 991 a 991
Via Gian Carlo Passeroni, 28 - Roma	Upgrading da 'STDO-5 - 200 M' a 'STDO-8 - 1 G' + aumento SBRI MM da 3.170 a 4360 e RT da 991 a 991
Viale Vega, 3 - Roma	
Via Pineta di Fregene, 66 - Fregene	
Via del Poggio di Acilia, 65/83 - Roma	
Via della Magliana, 856 - Roma	
Via Ozanam, 126 - Roma	Upgrading tecnologico da profilo STDE-S5 - 4096/4096 a profilo STDO-1 - 10 M
L.go Emilio Quadrelli, 5 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Via del Trullo, 421 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 16 a 108 e RT da 8 a 48
Lungomare Paolo Toscanelli, 230 - Roma	SEDE ELIMINATA
Lungomare Paolo Toscanelli, 230 - Roma	Ampliamento SBRI Real Time da 79 a 157
Via Paolini, 34 - Roma	
Via del Casaleto, 400 - Roma	
Via dei Buonvisi, 50 - Roma	SEDE ELIMINATA
Via Giorgio Giorgis, 56 - Fiumicino	
Via Ramazzini, 31 - Roma	
Via Colautti, 28 - Roma	
Via Antonio Forni, 39 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Via Vasco de Gama, 142 - Roma (SIAN)	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 64 e RT da 16 a 48
Via del Fontanile di Mezzaluna, 401 - Roma	variazione per mancanza rame in ADSL2+ e backup LTE
Via Crescenzo del Monte, 13 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-1 - 10 M + aumento SBRI MM da 16 a 63 e RT da 8 a 32
Via Giovanni Volpato, 18 - Roma	
Via dell'Imbrecciato, 71b - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Portuense, 571 - Roma	
Largo Girolamo di Montesarchio, 21 - Roma	Upgrading tecnologico da profilo STDE-S6 - 8192/8192 a profilo STDO-1 - 10 M
Via del Poggio di Acilia, 62/81 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 16 a 216 e RT da 8 a 96
Via Marino Mazzacurati 23 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 16 a 108 e RT da 8 a 48
Via Brisse, 20/e - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-1 - 10 M + aumento SBRI MM da 16 a 63 e RT da 8 a 32
Via Portuense, 1397 - Roma (ponte Galeria)	
Via Catacombe di Generosa, 5 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Largo Ludovico Quaroni, 4 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Via della Consolata, 52 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Largo dello Spinarello, 12/14 - Fiumicino	
Via degli Orti, 10 - Fiumicino	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 16 a 108 e RT da 8 a 48
Via Serafino Belfanti, 76 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDE-S6 - 8192/8192 + aumento SBRI MM da 16 a 32 e RT da 8 a 32
Via S. Carlo a Palidoro, 10 - Fiumicino	SEDE ELIMINATA
Via delle Quinqueremi, 112 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Tagaste, 2/4 - Roma (no 53)	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-1 - 10 M + aumento SBRI MM da 16 a 63 e RT da 8 a 32
Viale Vasco de Gama, 140 (SISP)	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Repubbliche Marinare, snc - Roma (ad. civico 118)	in 2.0 era cessazione servizio in 3.2 è riattivazione servizio su indirizzo diverso profilo STDO-2 - 20 M con backup LTE
Via Repubbliche Marinare, snc - Roma (ad. civico 118)	Upgrading profilo da STDE-S5 - 4096/4096 a STDO-1 - 10 M + aumento SBRI MM da 16 a 63 e RT da 8 a 32
Via delle Saline, 2 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Coni Zugna, 173 - Fiumicino	Upgrading profilo da STDO-1 - 10M a STDO-3 - 40 M + aumento SBRI MM da 63 a 157 e RT da 32 a 79
Via Vaiano, 53 - Roma	Upgrading tecnologico da profilo STDE-S6 - 8192/8192 a profilo STDO-3 - 40 M + aumento SBRI MM da 63 a 157 e RT da 32 a 79
Via delle Sirene, 1 - Roma	Upgrading profilo da STDE-S6 - 8192/8192 a STDO-2 - 20 M + aumento SBRI MM da 32 a 108 e RT da 16 a 48
Via Virginia Agnelli, 11 - Roma	
Via Portuense, 292 - Roma	Trasloco da "Spallanzani - Via Portuense, 292"
Via Aurelia, 3060	Nuova sede con accesso STDO-3 - 40 M
VIA UMBERTO CAGNI, 50 - ROMA	Nuova sede con accesso STDO-1 - 10 M

CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE

ASL ROMA 3

2021/2023

CURA DI:

DR.SSA CRISTINA VIO

DR.SSA CHIARA COLAIACOMO

CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE ASL ROMA 3

1. PREMESSA

Ai sensi del comma 5 dell'art. 54 del decreto legislativo n. 165 del 2001, come sostituito dall'articolo 1, comma 44, della legge 6 novembre 2012, n. 190, le previsioni del presente Codice etico-comportamentale, qui di seguito denominato "codice", integrano e specificano quanto disposto dal DPR n. 62 del 16 aprile 2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" che ha emanato il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

Il presente codice esprime gli impegni e le responsabilità etiche comportamentali nella conduzione delle attività fatte proprie dai collaboratori, a tutti i livelli, di questa Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA 3, di seguito denominata Azienda.

Il codice assume, come principi ispiratori, il rispetto della legge e della normativa vigente, nonché delle norme interne, in un quadro di integrità, correttezza e riservatezza.

Tali principi concorrono alla realizzazione di un modello organizzativo orientato al controllo preventivo nell'impegno congiunto di tutte le parti coinvolte.

L'Azienda, con il presente codice etico-comportamentale, intende regolamentare i seguenti ambiti:

- ❖ gli impegni aziendali,
- ❖ i criteri di condotta, verso ciascuna categoria, che forniscono le linee guida e le norme alle quali i collaboratori dell'Azienda sono tenuti ad attenersi per il rispetto dei principi generali e per prevenire il rischio di comportamenti non etici,
- ❖ le comunicazioni e i rapporti con gli utenti,
- ❖ le comunicazioni e i rapporti con i Terzi,
- ❖ i meccanismi e le modalità di attuazione che descrivono il metodo di controllo per l'osservanza del codice.

L' Azienda si impegna ad operare in piena conformità a quanto previsto nel Codice e a fare in modo che sia pienamente applicato da tutti i destinatari, affinché non commettano reati o illeciti che contrastino con l'interesse pubblico e/o danneggino l'immagine e la credibilità dell'Azienda medesima.

L'Azienda si impegna a non utilizzare strumenti di persuasione, di natura scientifica o di altro tipo, i cui contenuti siano ingannevoli o non veritieri.

L'Azienda si impegna a diffondere, ai destinatari, agli utenti, e ai terzi, i contenuti del Codice e a verificare che tutti i destinatari conoscano il codice e ne abbiano compreso il significato.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

La buona reputazione è una risorsa immateriale essenziale per l'Azienda. Favorisce gli investimenti delle istituzioni e dei partner, la fedeltà dei cittadini-utenti, l'attrazione delle migliori risorse umane e professionali. All'interno dell'organizzazione contribuisce a prendere e attuare decisioni senza tensioni e a migliorare il clima lavorativo.

Un clima lavorativo sereno contribuisce a sviluppare il senso di appartenenza all'Azienda.

Con l'adozione del presente Codice l'Azienda intende creare le condizioni per favorire un benessere lavorativo e consentire, quindi, a tutti coloro che lavorano per l'Azienda di sentirsi parte di un gruppo.

Le disposizioni del codice devono considerarsi valide nei confronti di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali (dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato, interinali, rapporti di lavoro flessibili, specializzandi, tirocinanti, volontari, collaboratori esterni ivi compresi consulenti, fornitori di beni e servizi, il personale a rapporto convenzionale) e che da ora in avanti vengono denominati "destinatari".

3. PRINCIPI GENERALI E REGOLE MORALI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Servizio Sanitario Nazionale sostengono la centralità dell'approccio globale alla persona malata introducendo il concetto di "umanizzazione dell'assistenza" che richiama il principio in forza del quale la "qualità dell'assistenza sanitaria dipende anche dalla persona che la presta". E' di tutta evidenza che nelle aziende sanitarie il rapporto operatore-utente si concretizza per le pregnanti esigenze di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni. Nella produzione di servizi alla persona il fattore umano è un elemento di importanza fondamentale che influisce direttamente sulla qualità e sulla quantità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione degli utenti.

Alla luce dei principi enunciati viene adottato il presente codice più adatto alla peculiarità delle diverse categorie di persone operanti all'interno di un'azienda sanitaria, considerate la specificità e la particolare delicatezza del servizio offerto, al fine di costruire un solido rapporto di fiducia e collaborazione tra i cittadini e l'Azienda.

L'Azienda non inizia o prosegue alcun rapporto con alcun destinatario interno o esterno che non si attiene al rispetto dei seguenti principi generali.

3.1 Onestà

Tutti i collaboratori, a qualunque titolo, dell'Azienda sono tenuti a rispettare, nello svolgimento delle loro mansioni la normativa e i regolamenti interni.

Nessuna evenienza, anche il perseguimento dell'interesse dell'Azienda, può giustificare una condotta non coerente con le norme previste dal presente codice e con la normativa vigente.

Il destinatario, nell'esercizio della propria attività di servizio, si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere, direttamente o

indirettamente interessi finanziari o non finanziari propri o del coniuge ovvero di suoi parenti entro il quarto grado o conviventi.

Nei confronti delle ditte concorrenti a gare d'appalto o fornitura, il destinatario non segue comportamenti collusivi di qualsiasi natura o forma e si attiene unicamente al rispetto delle leggi vigenti e delle corrette pratiche commerciali.

3.2 Trasparenza

Tutte le operazioni devono avvenire nel rispetto della massima trasparenza, correttezza, chiarezza e completezza: ogni operazione deve essere legittima, coerente e congrua, supportata da adeguata documentazione al fine di poter procedere ad opportuni controlli finalizzati alla tracciabilità del processo e delle responsabilità.

Tutti i destinatari sono tenuti a dare informazioni complete, trasparenti, comprensibili ed accurate, in modo tale che, nell'impostare i rapporti con l'Azienda, i portatori di interessi (destinatari, utenti, terzi) siano in grado di prendere decisioni autonome e consapevoli degli interessi coinvolti, delle alternative e delle conseguenze rilevanti.

3.3 Correttezza

Devono essere assolutamente evitati conflitti di interesse, sia di collaboratori che si avvantaggino personalmente attraverso opportunità offerte dal proprio ruolo nell'Azienda, sia di fornitori che agiscano in contrasto con gli interessi della stessa.

In materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e di incarichi, l'Azienda si attiene alle Discipline contenute nell'art. 53 D.Lgs 165/2001 e s.m.i., fatte salve le eccezioni stabilite da fonti normative o contrattuali.

Il destinatario non può assumere altro impiego pubblico o privato né esercitare attività industriali, commerciali, artigianali; non può, inoltre, svolgere attività lavorative che comportino conflitto d'interesse con l'Azienda.

Sono ritenute per tale motivo incompatibili, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le attività svolte:

- presso ditte fornitrici dell'Azienda,
- a favore di soggetti nei confronti dei quali l'Azienda svolge funzioni di controllo o sorveglianza,
- in collaborazione con studi di consulenza e professionisti che abbiano o meno rapporti di lavoro in corso con l'Azienda.

3.4 Imparzialità

In tutti gli ambiti di attività (gestione del personale, selezione dei fornitori, ecc) l'Azienda non discrimina i propri interlocutori in base a sesso, età, credenze politiche e religiose, nazionalità, razza, stato di salute, sessualità, ecc. Nei rapporti con gli utenti il destinatario fornisce tutte le informazioni cui abbia titolo nel rispetto delle disposizioni in materia di accesso all'attività amministrativa, previste dalla L.241/1990 e dai regolamenti aziendali (nonché nel rispetto delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2001, assicurando, nell'adempimento

della propria attività, la parità di trattamento tra gli utenti che vengono in contatto con l'Azienda.

3.5 Tutela della privacy

Le informazioni che hanno carattere di riservatezza, relative a dati o conoscenze che appartengono all'Azienda non devono essere acquisite o comunicate se non dalle persone autorizzate, generalmente o specificatamente.

Inoltre, anche nel rispetto della legislazione a tutela della privacy (D.Lgs 196/2003 e s.m.i.), i dipendenti devono impegnarsi a proteggere le informazioni generate o acquisite e ad evitarne ogni uso improprio o non autorizzato.

L'Azienda ha approvato il documento programmatico sulla sicurezza, che contiene una ricognizione di tutti gli archivi cartacei ed informatici delle strutture afferenti alla stessa, con l'indicazione delle misure di tutela e sicurezza adottate per la conservazione dei dati sensibili.

3.6 Il whistleblower (segnalante) e tutela del whistleblowing (segnalazione)

Il whistleblower (segnalante) è chi testimonia un illecito o una irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni e decide di segnalarlo.

La segnalazione (whistleblowing) può essere inoltrata al diretto superiore o, in alternativa, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.), ovvero al responsabile dell'anticorruzione.

Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, il segnalante non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Inoltre, qualora dalla segnalazione scaturisca un procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione di addebito sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile alla difesa.

4. NORME DI COMPORTAMENTO

4.1 Principi generali

Il destinatario osserva la Costituzione, servendo la Nazione e l'Azienda con disciplina ed onore e conformando la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa.

Il destinatario fa propri i valori fondamentali riconosciuti nella Carta Europea dei diritti del malato e che costituiscono l'essenza del rapporto di fedeltà e diligenza impegnandosi a:

- prestare la propria opera professionale per garantire al paziente servizi appropriati al suo bisogno di salute personalizzandone, laddove possibile, il piano clinico assistenziale;

- fornire per il proprio ambito di competenza ogni utile informazione inerente lo stato di salute, i servizi sanitari disponibili e come utilizzarli, nonché sulle innovazioni tecnologiche che la ricerca scientifica rende disponibili;
- informare la persona che deve essere sottoposta ad indagine e/o intervento sui rischi e i disagi associati, gli effetti collaterali e le alternative disponibili;
- riconoscere il diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della persona;
- a non sottoporre nessuno a trattamenti degradanti;
- non operare nessun tipo di illegittima discriminazione basata sull'età, sul ceto sociale, sul sesso, sullo stato di salute, sulla nazionalità, sulla razza, sulle credenze religiose, opinioni politiche e stili di vita diversi;
- mantenere la riservatezza e la confidenzialità delle informazioni delle persone al fine di tutelarle da interferenze arbitrarie nella loro vita privata;
- rispettare gli standard qualitativi relativi alle prestazioni tecniche, di comfort e di relazioni umane nel rispetto degli standard di qualità fissati dall'Azienda e dalle comunità scientifiche di riferimento;
- offrire servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza al fine di liberare la persona da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari e della malpractice;
- tutelare il diritto della persona di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia;
- attivare ogni utile iniziativa, anche investendo istituzioni esterne all'uopo preposte, atta a tutelare la persona che presenti fragilità sociali e/o familiari;
- accettare le responsabilità derivanti dalle azioni e dalle scelte operate;
- esercitare la funzione di advocacy al fine di promuovere e sostenere attivamente i diritti della persona;
- promuovere l'immagine della Azienda attraverso l'adozione di comportamenti, azioni, ed appropriate modalità di comunicazione verbale e non verbale.

Il destinatario svolge i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui è titolare.

Il destinatario rispetta, altresì, i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi.

Il destinatario non usa a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio, evita situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine dell'Azienda. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per le finalità di interesse generale per le quali sono stati conferiti.

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

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

Il destinatario si adopera affinché l'immagine e il buon nome dell'Azienda siano sempre tutelate e per questo si esime dal rendere pubbliche dichiarazioni, anche sui social networks, offensive e denigratorie nei riguardi dell'Azienda medesima. In caso di grave nocimento all'immagine e al buon nome dell'Azienda, l'infrazione, qualora sia commessa da un dipendente, può comportare anche l'irrogazione della sanzione disciplinare del licenziamento senza preavviso, ai sensi della normativa vigente e delle regolamentazioni aziendali in materia.

Allo stesso modo, il destinatario si astiene dal diffondere notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione all'attività e ai dipendenti dell'Azienda, notizie che danneggino l'immagine di quest'ultima o di colleghi/altri destinatari.

4.2 Regali, compensi e altre utilità

Il destinatario non chiede, né sollecita, per sé o per altri, regali o altre utilità.

Il destinatario non accetta, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle consuetudini internazionali. In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il destinatario non chiede, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio, da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti l'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è, o sta per essere chiamato a svolgere, o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto.

Il destinatario non accetta, per sé o per altri, da un proprio subordinato, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore. Il destinatario non offre, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità a un proprio sovraordinato, salvo quelli d'uso di modico valore.

I regali e le utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente codice, a cura dello stesso destinatario cui siano pervenuti, sono immediatamente messi a disposizione dell'Azienda per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali.

Per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelle di valore non superiore a € 100,00, anche sotto forma di sconto.

Il destinatario non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

4.3 Partecipazioni ad associazioni e organizzazioni

Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il destinatario comunica tempestivamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. La presente disposizione non si applica per l'adesione a partiti politici o a sindacati.

Il destinatario non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, né esercita pressioni a tal fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

4.4 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interesse

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il destinatario, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:

- se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui hanno avuto i predetti rapporti di collaborazione;
- se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

Il destinatario si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

4.5 Obbligo di astensione

Il destinatario si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero dei suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il destinatario si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

4.6 Divieto di fumo

Il destinatario rispetta il divieto di fumo nei locali dell'Azienda in considerazione della tutela della salute propria e degli altri colleghi.

4.7 Prevenzione della corruzione

Il destinatario rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il destinatario rispetta le prescrizioni contenute nel piano dell'Azienda per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.

4.8 Trasparenza e tracciabilità

Il destinatario assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.

La tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento la replicabilità.

4.9 Comportamento nei rapporti privati

Nei rapporti privati, comprese le relazioni extralavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, il destinatario non sfrutta, né menziona la posizione che ricopre nell'amministrazione per ottenere utilità che non gli spettino e non assume altro comportamento che possa nuocere all'immagine dell'Azienda.

4.10 Comportamento in servizio

Il destinatario, salvo giustificato motivo, è tenuto al compimento, senza ritardi, dell'attività e all'adozione di decisioni di propria spettanza; tale dovere è ovviamente ancor più pregnante per i dipendenti addetti all'assistenza e cura del paziente.

Il destinatario non adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.

Nell'espletamento della propria attività, il destinatario rispetta il lavoro altrui evitando comportamenti che possano ostacolare o rendere meno agevole l'attività dei colleghi, anche in caso di attriti e/o incomprensioni caratteriali.

Il destinatario è tenuto al rispetto delle disposizioni normative e aziendali in ogni ambito emanate, ad esempio:

- informare l'Azienda di essere stato rinviato a giudizio o che nei propri confronti è stata esercitata l'azione penale, quando per la particolare natura dei reati contestati si possono configurare situazioni di incompatibilità ambientale o di grave pregiudizio per l'Azienda;
- comunicare la variazione del domicilio/residenza;
- programmare le assenze di cui alla L. 104/92;
- registrare le assenze dovute al servizio esterno;
- consumare il pasto durante la pausa pranzo negli orari stabiliti;
- attestare le entrate e le uscite dalla struttura tramite lettore badge;
- regolarizzare tempestivamente il proprio cartellino presenze.

Il destinatario utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

Ferme restando le previsioni contrattuali, il destinatario limita le assenze dal luogo di lavoro a quelle strettamente necessarie.

Durante l'orario di servizio il destinatario non può assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del proprio responsabile.

Il destinatario utilizza il materiale o le attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio e i servizi telematici e telefonici dell'ufficio nel rispetto dei vincoli posti dall'Azienda.

Il destinatario non utilizza a fini privati il materiale (ad es. materiale sanitario, carta intestata, materiale di cancelleria, PC e fotocopiatrici o altre attrezzature) di cui dispone per l'espletamento dei compiti istituzionali, se non nei casi di urgenza o per effettive necessità personali.

Il personale che dispone di mezzi di trasporto dell'Azienda è tenuto ad utilizzarli esclusivamente per lo svolgimento dei compiti d'istituto e a non trasportare persone estranee all'Azienda medesima se non autorizzato; è inoltre tenuto alla cura diligente dei mezzi dell'Azienda.

Il destinatario, nel rispetto dei rapporti interpersonali con colleghi e utenti, è tenuto a comportarsi educatamente e quindi a titolo esemplificativo, si consiglia di:

- bussare sempre prima di entrare in ufficio se la porta è chiusa ed aspettare di essere invitati ad entrare prima di aprirla;
- salutare qualsiasi persona nuova che entra nel proprio ufficio e invitarla ad accomodarsi;
- cercare di tenere buoni rapporti con tutti e accogliere con gentilezza e considerazione nuovi colleghi e utenti;
- offrire spontaneamente il proprio aiuto ai colleghi che ne hanno bisogno e ringraziare per l'aiuto ricevuto;
- se si ricevono telefonate di non competenza, mostrarsi disponibili a indirizzare l'interlocutore verso l'utenza corretta;
- evitare di usare espressioni crude e volgari;
- evitare i pettegolezzi, l'arroganza, le minacce e il sarcasmo;
- utilizzare un abbigliamento consono al posto di lavoro;
- rispettare l'osservanza delle norme di prevenzione e igiene della persona;
- se si ascolta musica nel proprio ambiente di lavoro, mantenere un volume basso;
- spegnere le luci, le attrezzature informatiche e chiudere le finestre, prima di lasciare l'ufficio, al termine della giornata di lavoro;
- lasciare i servizi sanitari puliti dopo l'uso.

4.10.1 Particolari norme riguardanti il comportamento in servizio del personale addetto all'assistenza

Il personale addetto all'assistenza si occupa della persona, della famiglia e della collettività; presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

Fermo restando quanto indicato nei rispettivi codici deontologici delle professioni mediche e sanitarie, il personale addetto all'assistenza:

- rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito;
- collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe;
- mantiene, anche in situazioni disagiati, un comportamento cordiale e riguardoso dello stato di fragilità del paziente/degente.

4.10.2 Disposizioni particolari per i Dirigenti

Ferma restando l'applicazione delle disposizioni del Codice, le norme del presente punto si applicano a tutti i dirigenti, ivi compresi i titolari di incarico a tempo determinato.

Ai Dirigenti è riconosciuto un ruolo strategico dal punto di vista comportamentale per la costruzione di un ambiente di lavoro positivo che costituisce la più efficace forma di prevenzione in ordine a fenomeni corruttivi, illegali o comunque di cattiva gestione. I Dirigenti devono comunque vigilare sul rispetto delle norme in materia di incompatibilità dei propri collaboratori.

Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico stesso.

Il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica all'Azienda le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio. Il dirigente fornisce le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.

Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare e imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i cittadini/utenti dell'azione amministrativa. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.

Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali.

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

Il dirigente attua la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni e i tempi prescritti.

Il dirigente intraprende con tempestività le iniziative necessarie, ove venga a conoscenza di un illecito; attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione e provvede ad inoltrare tempestiva denuncia all'autorità giudiziaria penale o segnalazione alla Corte dei Conti per le rispettive competenze. Nel caso

in cui riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rivelata la sua identità nel procedimento disciplinare, ai sensi del punto 3.7 del presente codice.

Il dirigente, nei limiti delle sue possibilità, evita che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi. Favorisce, inoltre, la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Azienda da parte di cittadini/utenti, nonché il senso di appartenenza da parte dei destinatari del presente codice.

Il dirigente deve controllare che l'uso dei permessi di astensione avvenga effettivamente per le ragioni e nei limiti previsti dalla legge e dai contratti collettivi, evidenziando eventuali deviazioni.

Il dirigente deve vigilare sulla corretta timbratura delle presenze da parte dei propri dipendenti, segnalando tempestivamente all'U.P.D. le pratiche scorrette, trattandosi di infrazioni di rilevante gravità.

Il dirigente vigila sulla corretta applicazione di quanto previsto nel punto 3.2 del presente codice (Regali, compensi e altre utilità).

Il Dirigente ha il dovere di favorire la prevenzione del mobbing, delle molestie sessuali o morali/psicologiche sostenendo la persona che voglia reagire a qualsiasi forma di molestia, adottando un comportamento non omertoso, nonché fornendo chiarimenti e indicazioni sulle procedure da seguire.

4.11 Rapporti con il pubblico

Il destinatario in rapporto con il pubblico si fa riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del badge od altro supporto identificativo messo a disposizione dall'Azienda, salvo diverse disposizioni di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti.

Il destinatario opera con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, opera nella maniera più completa e accurata possibile. Qualora non sia competente per posizione rivestita o per materia, indirizza l'interessato al funzionario o ufficio competente.

Il destinatario, fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità o il coordinamento.

Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche il destinatario rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche.

Il destinatario rispetta gli appuntamenti con i cittadini/assistiti e risponde senza ritardo ai loro reclami.

Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il destinatario si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda.

Il destinatario opera al fine di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio.

Il destinatario non assume impegni, né anticipa l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti. Fornisce informazioni e notizie relative ad

atti o operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso, informando sempre gli interessati della possibilità di avvalersi dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Rilascia copie ed estratti di atti o documenti secondo la propria competenza, con le modalità stabilite dalle norme in materia di accesso e dai regolamenti dell'Azienda.

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

L'Azienda si avvale di interpreti o di Destinatari con adeguate conoscenze linguistiche (es. mediatori linguistici/culturali), per assicurare adeguate informazioni anche agli utenti stranieri.

I reclami da parte dei cittadini di eventuali violazioni del codice di comportamento, hanno rilevanza, non solo per l'adozione delle iniziative previste dalla legge, ma altresì per raccogliere ulteriori indicazioni ai fini dell'aggiornamento periodico del codice stesso. A tal fine, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico si raccorda con l'U.P.D. per la raccolta e la condivisione di tali segnalazioni.

5. CONTRATTI ED ALTRI ATTI NEGOZIALI

Per evidenti ragioni di conflitto di interessi è posto il divieto per il destinatario, nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Azienda, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, di ricorrere a mediazioni di terzi, di corrispondere o promettere ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, di facilitare la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente paragrafo non si applica ai casi in cui l'Amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale.

Il destinatario non conclude, per conto dell'Azienda, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c. Nel caso in cui l'Azienda concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali il destinatario abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, questi si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio.

Il destinatario che conclude accordi o negozi ovvero stipula contratti a titolo privato, ad eccezioni di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c., con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'Azienda, ne informa per iscritto il Dirigente dell'ufficio.

Se nelle situazioni descritte nel secondo e terzo paragrafo del presente punto si trova il dirigente, questi informa per iscritto il dirigente apicale responsabile della gestione del personale.

Il destinatario che riceva, da parte di persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'Azienda, rimostranze orali o scritte sull'operato dell'ufficio o

su quello dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale.

6. CONCORSI PUBBLICI, SELEZIONI E PROGRESSIONI

Il reclutamento del personale deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di accesso all'impiego presso le pubbliche amministrazioni vigenti nel tempo.

Nell'espletamento di concorsi, selezioni e progressioni il Dirigente Responsabile della Struttura adibita a tale attività e il personale coinvolto garantiscono la correttezza, l'imparzialità, l'economicità e la celerità di espletamento, nonché parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro.

7. VIGILANZA, MONITORAGGIO E ATTIVITA' FORMATIVE

Pertanto, vigilano sull'applicazione del presente codice, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e l'U.P.D.

I dirigenti provvedono, inoltre, alla costante vigilanza sul rispetto del codice di comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla propria struttura, tenendo conto delle violazioni accertate e sanzionate, ai fini della tempestiva attivazione del procedimento disciplinare e della valutazione individuale del singolo destinatario.

Per quanto attiene al controllo sul rispetto del codice di comportamento da parte dei dirigenti, nonché alla mancata vigilanza da parte di questi ultimi sull'attuazione e sul rispetto del codice presso le strutture di cui sono titolari, esso è svolto dal soggetto sovraordinato che attribuisce gli obiettivi ai fini della misurazione e valutazione delle performance.

Le attività svolte ai sensi del presente articolo dall'U.P.D. si conformano alle eventuali previsioni contenute nei piani di prevenzione della corruzione adottati dall'Azienda ai sensi dell'art. 1, comma 2, della Legge 190/2012. L'U.P.D., oltre alle funzioni disciplinari di cui all'art. 55 bis e ss. del D. Lgs. 165/2001, cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'Azienda, l'esame delle segnalazioni di violazione del codice di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate. Il responsabile della prevenzione della corruzione cura la diffusione della conoscenza del codice di comportamento dell'Azienda, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'art. 54, comma 7, del D. Lgs. 165/2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'art. 1, comma 2, della legge 190/2012, dei risultati del monitoraggio. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dal presente articolo, l'U.P.D. opera in raccordo con il responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione.

Ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del codice di comportamento, l'U.P.D. può chiedere all'Autorità nazionale anticorruzione parere facoltativo secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012.

8. RESPONSABILITA' CONSEGUENTE ALLA VIOLAZIONE DEI DOVERI DEL CODICE

La violazione degli obblighi previsti dal codice di comportamento integra i comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del destinatario, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del

procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, e ha rilevanza anche in ordine alla misurazione e valutazione della performance.

Le infrazioni al presente codice, accertate in sede disciplinare, determinano l'irrogazione di una sanzione tra quelle previste dalla normativa nazionale e contrattuale di categoria, norme recepite dai regolamenti aziendali per i procedimenti disciplinari per il Comparto e per la Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa.

Le sanzioni applicabili, incluse quelle espulsive nei casi previsti dal D.P.R. n. 62 del 16.04.2013 (nuovo codice di comportamento dei dipendenti delle PP.AA.), pertanto sono: rimprovero verbale, rimprovero scritto (censura), multa di importo pari a 4 ore della retribuzione (personale del Comparto), da € 200,00 a € 500,00 (personale Dirigenziale), sospensione dal servizio senza retribuzione fino a 10 gg., sospensione dal servizio senza retribuzione da 11 gg. a 6 mesi, licenziamento con preavviso, licenziamento senza preavviso.

Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'Azienda.

Nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni ed in relazione alla gravità della mancanza, il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sono determinati in relazione ai seguenti criteri:

- intenzionalità del comportamento;
- grado di negligenza dimostrata, tenuto anche conto della prevedibilità dell'evento;
- rilevanza dell'infrazione e dell'inosservanza degli obblighi e delle disposizioni violate;
- responsabilità connesse con l'incarico dirigenziale ricoperto, nonché con la gravità della lesione del prestigio dell'Azienda;
- entità del danno provocato a cose o a persone, ivi compresi gli utenti;
- eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al comportamento tenuto complessivamente dal dirigente o al concorso nella violazione di più persone.

Chiunque venga a conoscenza di inadempienze al presente codice è tenuto a segnalarlo al Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza.

Il Dirigente Responsabile valuterà se l'inadempienza da perseguire ricade tra le infrazioni di minor gravità e in tal caso, seguendo le modalità dettate nei regolamenti aziendali vigenti in materia, attiverà tempestivamente il relativo procedimento disciplinare.

Qualora, invece, l'inadempienza segnalata attiene infrazioni di rilevante gravità, il Dirigente suddetto provvederà all'immediato invio degli atti all'U.P.D. che proseguirà con gli adempimenti di propria competenza.

Il mancato perseguimento dell'infrazione segnalata da parte del Dirigente Responsabile ricade nella fattispecie di cui ai CC.CC.NN.LL. del 6.5.2010 recepita dal regolamento aziendale per i procedimenti disciplinari per il personale della Dirigenza che testualmente recita: *"Il mancato esercizio o la decadenza dell'azione disciplinare, dovuti all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare o a valutazioni sull'insussistenza dell'illecito disciplinare irragionevoli o manifestamente infondate, in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, comporta la sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione, in proporzione*

alla gravità dell'infrazione non perseguita, fino ad un massimo di tre mesi in relazione alle infrazioni sanzionabili con il licenziamento, con la mancata attribuzione della retribuzione di risultato per un importo pari a quello spettante per il doppio del periodo della durata della sospensione”.

Il presente codice etico comportamentale viene pubblicato sul sito aziendale e sul sito istituzionale nella parte dedicata “*amministrazione trasparente*”, al fine di darne massima diffusione e di mettere in tal modo i destinatari a conoscenza diretta e certa dei loro diritti e dei loro doveri, delle infrazioni e delle sanzioni ad essi collegati.

REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) 2021/2023

A cura di:

Dr.ssa Cristina Vio

Dr.ssa Chiara Colaiacomo

1. INQUADRAMENTO NORMATIVO

L'introduzione nell'ordinamento nazionale di un'adeguata tutela del dipendente (pubblico e privato) che segnala condotte illecite dall'interno dell'ambiente di lavoro è prevista in convenzioni internazionali (ONU, OCSE, Consiglio d'Europa) ratificate dall'Italia, oltre che in raccomandazioni dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, talvolta in modo vincolante, altre volte sotto forma di invito ad adempiere. La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" ha recepito tali sollecitazioni, sia pure limitatamente all'ambito della pubblica amministrazione, con la disposizione contenuta nell'art. 1, co. 51, che introduce, nel decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i., l'art. 54-bis il cui primo comma, *modificato dalla legge 30 novembre 2017, n. 179 in materia di whistleblowing*, recita: «Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.».

La stessa norma disciplina, poi, nei successivi commi:

- il divieto a rivelare il nome del segnalante nei procedimenti disciplinari (tutela

anonimato)

- il controllo del Dipartimento della Funzione Pubblica sui procedimenti disciplinari discriminatori (divieto di discriminazione)
- la sottrazione delle segnalazioni dal diritto di accesso di cui alla legge n. 241/90 e s.m.i.

2. DEFINIZIONE DI WHISTLEBLOWING/SEGNALAZIONE

Con la generica espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente che in ambito aziendale riferisce condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Attraverso la segnalazione, il whistleblower contribuisce all'emersione di situazioni di degenerazione e di malfunzionamenti del sistema interno alla singola gestione aziendale e inoltre, partecipa ad un processo di prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'Azienda Asl Roma 3.

3. PRINCIPI GENERALI E SCOPO DEL REGOLAMENTO

Con il presente Regolamento si intende tutelare il dipendente che segnala illeciti ed in particolare:

- chiarire i principi ispiratori dell'istituto e il ruolo del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) quale destinatario della segnalazione;
- precisare le modalità di gestione delle segnalazioni, attraverso un iter procedurale definito, che prevede termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria;
- dettagliare le modalità che verranno seguite per tutelare la riservatezza dell'identità del dipendente che effettua la segnalazione, del contenuto della segnalazione e dell'identità di eventuali soggetti indicati.

Il presente regolamento intende rimuovere i fattori che possono disincentivare o ostacolare il ricorso all'istituto, come ad esempio dubbi e incertezze circa le modalità da seguire e timori di ritorsioni o discriminazioni. L'obiettivo perseguito è, pertanto, quello di fornire al whistleblower chiare indicazioni operative in merito all'oggetto, ai contenuti, ai destinatari e

alle modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento. Il procedimento di gestione delle segnalazioni garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante sin dalla ricezione e in ogni contatto successivo alla stessa. Ciò, tuttavia, non significa che le segnalazioni siano anonime. Il dipendente che segnala illeciti è tenuto a dichiarare la propria identità al fine di vedersi garantita la tutela dell'istituto del whistleblowing.

Tuttavia, le segnalazioni anonime, ossia prive di elementi che consentano di identificare il loro autore, saranno ritenute meritevoli di approfondimento solo se relative a fatti di rilevante gravità ricostruiti in modo particolarmente dettagliato e circostanziato.

4. CONTENUTO E OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

4.1 IL CONTENUTO DELLA SEGNALAZIONE

Il whistleblower deve fornire tutti gli elementi utili affinché il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, figura identificata da ANAC quale destinatario precipuo della segnalazione, possa procedere alle verifiche ed agli accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti posti alla sua attenzione.

A tale scopo, la segnalazione deve preferibilmente contenere gli elementi di seguito indicati:

- identità del soggetto che effettua la segnalazione;
- descrizione chiara e completa dei fatti oggetto di segnalazione;
- le circostanze di tempo e di luogo in cui i fatti sono stati commessi, se conosciute;
- le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto/i che ha/hanno posto/i in essere i fatti segnalati, se conosciute;
- l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti;
- ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

4.2 OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Le condotte illecite oggetto di segnalazione meritevole di tutela si riferiscono anche alle situazioni in cui nel corso dell'attività amministrativa si riscontri l'abuso del potere affidato ad un soggetto per ottenere vantaggi privati, oppure casi in cui si evidenzi un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite (es.: sprechi, nepotismo, demansionamenti, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni).

Le condotte illecite segnalate devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza e quindi:

- quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito;
- notizie acquisite, anche casualmente, in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative;
- informazioni di cui il dipendente sia venuto comunque a conoscenza e che costituiscono fatto illecito.

Quanto ai fatti denunciati, è opportuno che il dipendente, in base alle proprie conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito nell'accezione sopra indicata, e pur non potendosi richiedere ai fini di un accertamento veri e propri elementi di prova, è altresì opportuno che le segnalazioni siano il più possibile circostanziate e offrano il maggior numero di elementi al fine di consentire di effettuare le dovute verifiche.

4.3. SEGNALAZIONI ANONIME

La tutela dell'anonimato, prevista dalla L. 190/2012, non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Il RPCT prenderà in considerazione anche le segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es.: indicazione di nominativi o qualifiche particolari,

menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari, ecc.).

4.4. VERIFICA DELLA SEGNALAZIONE

La gestione e la verifica sulla fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate al RPCT che vi provvede, nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza, effettuando ogni attività ritenuta opportuna. Qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti non manifestamente infondata, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, potrà provvedere a:

- inoltrare la segnalazione all'Autorità giudiziaria competente, alla Corte dei Conti, all'ANAC per i profili di rispettiva competenza;
- inoltrare la segnalazione a chi di competenza per i profili di responsabilità disciplinare.

Nel caso di trasmissione della segnalazione ai soggetti sovramenzionati dovrà essere inoltrato solo il contenuto della stessa, eliminando tutti i riferimenti dai quali sia possibile identificare il segnalante. La trasmissione avverrà avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da soggetto cui l'ordinamento riconosce una tutela rafforzata della riservatezza ai sensi dell'art. 54 bis D.Lgs. 165/2001 e s.m.i..

5. FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del codice civile e delle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo) l'identità del whistleblower viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione e può essere appresa unicamente dal RPCT. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento. Per quanto concerne, in particolare, l'ambito del procedimento disciplinare che potrebbe conseguire alla segnalazione, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nei casi in cui:

- vi sia il consenso espresso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare risulti fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante risulti assolutamente indispensabile alla difesa dell'incolpato, sempre che tale circostanza venga da quest'ultimo dedotta e comprovata in sede di audizione o mediante la presentazione di memorie difensive.

La segnalazione del whistleblower è, inoltre, sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii. Il documento non può, pertanto, essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della l. n. 241/90 s.m.i.. Nei confronti del dipendente che effettua una segnalazione ai sensi del presente regolamento vige il divieto di discriminazione, non è consentita, né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

La tutela è circoscritta alle ipotesi in cui segnalante e denunciato siano entrambi dipendenti dell'Azienda. Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito al RPCT o all'Autorità Giudiziaria deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al RPCT che, valutata tempestivamente la sussistenza degli elementi, potrà segnalare l'ipotesi di discriminazione:

- al Responsabile UO/Funzione/Servizio di appartenenza del dipendente autore della presunta discriminazione;
- alla Direzione aziendale nel caso si tratti di un Dirigente;
- alla Procura della Repubblica qualora si verificano fatti penalmente rilevanti.

Tutto quanto sopra, fermo ed impregiudicato il diritto del dipendente di dare notizia dell'accaduto alle organizzazioni sindacali o di adire l'autorità giudiziaria competente.

6. RESPONSABILITÀ DEL WHISTLEBLOWER

Il presente regolamento lascia impregiudicata la responsabilità penale e disciplinare del whistleblower nell'ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria ai sensi del Codice Penale e dell'art. 2043 del Codice Civile. Sono altresì fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso del regolamento, quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto.

7. PROCEDURA TRASMISSIONE/ RICEZIONE /GESTIONE SEGNALAZIONI

Fasi della segnalazione

Le segnalazioni di illeciti, di irregolarità e di condotte corruttive possono essere effettuate dai dipendenti compilando l'apposito modulo, reperibile sul sito intranet aziendale, inoltrato via mail direttamente al RPCT al seguente indirizzo: amministrazione.trasparente@aslroma3.it.

Il RPCT assegna al segnalante un codice numerico che accompagnerà la segnalazione in ogni fase istruttoria; pertanto il nominativo del segnalante resterà noto solo al RPCT.

Il RPCT, che eventualmente può avvalersi di un gruppo di lavoro ad hoc, prende in carico la segnalazione per una prima sommaria istruttoria. Se indispensabile, richiede chiarimenti al segnalante e/o a eventuali altri soggetti coinvolti nella segnalazione con l'adozione delle necessarie cautele, provvedendo alla definizione dell'istruttoria nei termini di legge. Si precisa che resta impregiudicato il diritto del lavoratore a ricorrere all'Autorità Giudiziaria competente.

8. ATTIVITA' DEL RPCT

Le segnalazioni pervenute, i relativi atti istruttori e tutta la documentazione di riferimento, vengono conservate e catalogate in apposito archivio debitamente custodito.

Il RPCT rende conto nella Relazione Annuale di cui all'art. 1 comma 14 della Legge 190/2012, con

modalità tali da garantire la riservatezza dei segnalanti, del numero di segnalazioni ricevute e del loro stato di avanzamento.

Il RPCT ha il compito di assicurare la diffusione del presente regolamento a tutti i dipendenti mediante la pubblicazione dello stesso sul sito internet aziendale.

9. LIMITI DELLA TUTELA

La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito interno della pubblica amministrazione operando sostanzialmente in ambito disciplinare ed all'interno del rapporto di lavoro.

Le tutele di cui all' 1 della L. 179/2017 non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati connessi con la segnalazione ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.

10. SEGNALAZIONE ALL'ANAC

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) è competente a ricevere (ai sensi dell'art. 1, comma 51 della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dell'art. 19, comma 5 della legge 11 agosto 2014, n. 114) segnalazioni di illeciti di cui il dipendente sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro. Le segnalazioni, ivi incluse quelle che riguardano l'RPCT dovranno essere inviate all'indirizzo ANAC whistleblowing@anticorruzione.it

Allegato – Schema Patto di integrità

PATTO DI INTEGRITA'

relativo alla Gara per ...

tra

l'Azienda USL ROMA 3

e

la Società (di seguito denominata Società),
sede legale in, Via n.....
codice fiscale/P.IVA, rappresentata da
..... in qualità di

Il presente documento deve essere obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla gara in oggetto. La mancata consegna del presente documento debitamente sottoscritto comporterà l'esclusione automatica dalla gara.

VISTO

- La legge 6 novembre 2012 n. 190, art. 1, comma 17 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) emanato dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ex CIVIT) approvato con delibera n. 72/2013, contenente "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 con il quale è stato emanato il "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici".

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1

Il presente Patto d'integrità stabilisce la formale obbligazione della Società che, ai fini della partecipazione alla gara in oggetto, si impegna:

- a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione;
- a segnalare alla stazione appaltante qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto;
- ad assicurare di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla gara il subappalto di qualsiasi tipo alle ditte/imprese che hanno partecipato alla gara;
- ad informare puntualmente tutto il personale, di cui si avvale, del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti;
- a vigilare affinché gli impegni sopra indicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell'esercizio dei compiti loro assegnati;

- a denunciare alla Pubblica Autorità competente ogni irregolarità o distorsione di cui sia venuta a conoscenza per quanto attiene l'attività di cui all'oggetto della gara in causa.

Articolo 2

La società, sin d'ora, accetta che nel caso di mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con il presente Patto di integrità, comunque accertato dall'Amministrazione, potranno essere applicate le seguenti sanzioni:

- esclusione del concorrente dalla gara;
- escussione della cauzione di validità dell'offerta;
- risoluzione del contratto;
- escussione della cauzione definitiva di buona esecuzione del contratto.

Articolo 3

Il contenuto del Patto di integrità e le relative sanzioni applicabili resteranno in vigore sino alla completa esecuzione del contratto. Il presente Patto dovrà essere richiamato dal contratto quale allegato allo stesso onde formarne parte integrante, sostanziale e pattizia.

Articolo 4

Il presente Patto deve essere obbligatoriamente sottoscritto in calce ed in ogni sua pagina, dal legale rappresentante della società partecipante ovvero, in caso di consorzi o raggruppamenti temporanei di imprese, dal rappresentante degli stessi e deve essere presentato unitamente all'offerta. La mancata consegna di tale Patto debitamente sottoscritto comporterà l'esclusione dalla gara.

Articolo 5

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del Patto d'integrità fra la stazione appaltante ed i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

Luogo e data

Per la società:

(il legale rappresentante)

(firma leggibile)



MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE SMART-WORKING

Prot. n. _____ del _____

Al Direttore UOSD/UOC

Il/La Sottoscritto/A Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di Nascita _____

Matricola _____ Qualifica _____

in servizio presso _____

Indirizzo _____ Cellulare _____

e-mail personale/aziendale _____

CHIEDE

ai sensi del del DPCM 8° marzo 2020, in relazione alle misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica COVID-19, e per il periodo dello stato di emergenza, dichiarato dalla Delibera del Consiglio dei Ministri 31.01.2020 o diverso termine dello stato di emergenza stesso,

- di essere ammesso/a, per la durata della citata emergenza, all'espletamento in modalità "Lavoro Agile" (Smart-Working)" dell'attività lavorativa consistente in:

e, pertanto dichiara di essere in possesso di entrambi i seguenti strumenti informatici:

- personal computer portatile o fisso
- connessione internet di proprietà personale (fissa, wi-fi, wireless)

Dichiara inoltre:

- a) di assumere l'impegno di acquisire presso il Servizio di Prevenzione e Protezione le informazioni di cui all'art. 36 del D.Lgs n. 81/2008 e ss.mm.ii., dopo l'autorizzazione all'accesso allo smart working e prima dell'inizio dello stesso;
- b) di trovarsi eventualmente in una delle seguenti situazioni di priorità:
 - lavoratore nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità, di cui dal D.Lgs 26 marzo 2001, n. 151;
 - lavoratore con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
 - altro: da specificare _____;

Quanto sopra è dichiarato dal sottoscritto/a, con la consapevolezza delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali" (RGPD).

L'Amministrazione si riserva, comunque, la facoltà di verificare il possesso di quanto sopra dichiarato.

L'attività lavorativa svolta in smart working sarà effettuata presso il seguente indirizzo:

_____ nelle giornate sottoindicate giornate:

- 1) Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato

- 2) diversa articolazione oraria nell'ambito dell'orario di servizio _____

Il richiedente



Al dipendente _____

Al Direttore U.O.C. Risorse Umane

OGGETTO: Proposta svolgimento attività in smart-working.

Vista la domanda di partecipazione presentata dal dipendente _____

con nota prot. _____ del _____;

Preso atto dell'autocertificazione del possesso da parte del richiedente degli strumenti informatici previsti per lo smart working;

Il Direttore UOSD/UOC _____ responsabile della struttura di appartenenza del dipendente, in accordo con il Direttore Dipartimento/Distretto/Presidio del _____;

PROPONE CHE

il dipendente _____, nelle giornate di smart working svolga le seguenti attività

Le giornate di attività lavorativa svolte in smart working, come concordato con il dipendente saranno:

1) Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato

2) diversa articolazione oraria nell'ambito dell'orario di servizio _____

Il Dirigente UOSD/UOC

Il Direttore Dipartimento/Distretto/Presidio

LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN SMART WORKING

PREMESSA

Il presente documento mira a fornire ai "Lavoratori Agili" (Smart Worker) indicazioni utili in relazione alla tutela della Salute e Sicurezza, durante l'esecuzione della prestazione lavorativa in Smart Working, ovvero all'esterno dei locali aziendali.

Questa modalità si distingue dal telelavoro per una maggiore flessibilità. Permette di svolgere la propria attività fuori dai luoghi di lavoro aziendali, in locali che non coincidono necessariamente con il domicilio del lavoratore (Smart Worker).

Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile, e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono in particolare:

- a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
- c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
- d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
- e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
- i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. 81/2008 o comunque disposti dal medico competente.

3. I lavoratori di aziende che svolgono attività in regime di appalto o subappalto, devono esporre apposita tessera



di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro. Tale obbligo grava anche in capo ai lavoratori autonomi che esercitano direttamente la propria attività nel medesimo luogo di lavoro, i quali sono tenuti a provvedervi per proprio conto. In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 8 1/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 8 1/2008. Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro per lo *smart worker*.

COMPORAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI ALLO SMART WORKER

- Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro(DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti indoor e outdoor diversi da quelli di lavoro abituali.
- Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in smart working rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.
- **In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.**

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile.

➤ CAPITOLO 1

INDICAZIONI RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LAVORATIVA IN AMBIENTI OUTDOOR

Nello svolgere l'attività all'aperto si richiama il lavoratore ad **adottare un comportamento coscienzioso e prudente, escludendo luoghi che lo esporrebbero a rischi aggiuntivi** rispetto a quelli specifici della propria attività svolta in luoghi chiusi.

È opportuno non lavorare con dispositivi elettronici come *tablet* e *smartphone* o similari all'aperto, soprattutto se si nota una diminuzione di visibilità dei caratteri sullo schermo rispetto all'uso in locali al chiuso dovuta alla maggiore luminosità ambientale.

All'aperto inoltre aumenta il rischio di riflessi sullo schermo o di abbagliamento.

Pertanto le attività svolgibili all'aperto sono essenzialmente quelle di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (ad es. Skype).

Fermo restando che va seguito il criterio di ragionevolezza nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, si raccomanda di:

- privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione a radiazione solare ultravioletta (UV);
- evitare di esporsi a condizioni meteorologiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;
- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente mantenute quali ad esempio aree verdi incolte, con degrado ambientale e/o con presenza di rifiuti;
- non svolgere l'attività in un luogo isolato in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;
- non svolgere l'attività in aree con presenza di sostanze combustibili e infiammabili (vedere capitolo 5);
- non svolgere l'attività in aree in cui non ci sia la possibilità di approvvigionarsi di acqua potabile;

- mettere in atto tutte le precauzioni che consuetamente si adottano svolgendo attività outdoor (ad es.: creme contro le punture, antistaminici, abbigliamento adeguato, quanto prescritto dal proprio medico per situazioni personali di maggiore sensibilità, intolleranza, allergia, ecc.), per quanto riguarda i potenziali pericoli da esposizione ad agenti biologici (ad es. morsi, graffi e punture di insetti o altri animali, esposizione ad allergeni pollinici, ecc.).

➤ **CAPITOLO 2**

INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI *INDOOR* PRIVATI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile.

Raccomandazioni generali per i locali:

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);
- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente mantenuti;
- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);
- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;
- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;
- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.
- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolano il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale:

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;
- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);
- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a norma e regolarmente mantenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;
- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;
- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.



➤ CAPITOLO 3

UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE E IDISPOSITIVI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi destinati a svolgere il lavoro agile: *notebook*, *tablet* e *smartphone*.

Indicazioni generali:

- conservare in luoghi in cui siano facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;
- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;
- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili i conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);
- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;
- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;
- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi (cavi di collegamento, alimentatori) forniti in dotazione;
- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;
- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;
- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositivi in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anomalo riscaldamento;
- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es. spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;
- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo e tra cavo e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);
- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te;
- lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;
- le batterie/accumulatori non vanno gettati nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati, tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;
- in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;
- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;
- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di tablet e smartphone, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;

- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);
- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una distanza tale da evitare riflessi e abbagliamenti;
- i notebook, tablet e smartphone hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o glossy) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:
 - regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;
 - durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;
 - in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi;
 - non lavorare mai al buio.

Indicazioni per il lavoro con il notebook

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del notebook con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il notebook su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo appoggio degli avambracci;
- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;
- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);
- durante il lavoro con il notebook, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;
- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;
- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;
- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (notebook), dei documenti e del materiale accessorio;
- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;
- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;
- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiatesta con un oggetto di dimensioni opportune.

Indicazioni per il lavoro con tablet e smartphone

I tablet sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli smartphone sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di tablet e smartphone si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;
- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;
- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;
- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo smartphone;
- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (stretching).

Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello *smartphone* come telefono cellulare

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;
- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari/smartphone o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);
- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;
- in caso di utilizzo posizionarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;
- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;
- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/smartphone potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/smartphone durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;
- durante la guida usare il telefono cellulare/smartphone esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;
- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;
- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei suoi accessori;
- non utilizzare il telefono cellulare/smartphone nelle aree di distribuzione di carburante;
- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

➤ CAPITOLO 4

INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

Impianto elettrico

A.- *Requisiti:*

- 1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;

2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);

3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;

4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

B. -Indicazioni di corretto utilizzo:

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;

- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;

- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

Dispositivi di connessione elettrica temporanea

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

A. -Requisiti:

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

B. -Indicazioni di corretto utilizzo:

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;

- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;

- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;

- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;

- verificare sempre che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt + stampante 1000 Watt);

- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;

- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

➤ **CAPITOLO 5**

INFORMATI VA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL LAVORO "AGILE"

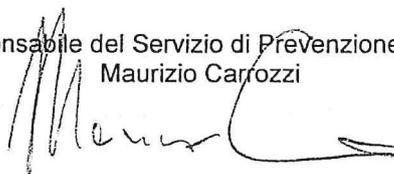
Indicazioni generali:

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);
- prestare attenzione ad apparecchi di cottura e riscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a fiamma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combustibili;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente;
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

Comportamento per principio di incendio:

- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;
- avvertire i presenti, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;
- se l'evento lo permette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua, coperte, estintori, ecc.);
- non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;
- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;
- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno, aprire la finestra e segnalare la propria presenza.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
Maurizio Carrozzini



FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	UOS Telemedicina e governo unitario dei PUA	
		UOS Medicina del lavoro	
		UOS RSPP	
		UOS Controllo di gestione	
		UOS Comunicazione	

DIPARTIMENTO DI MEDICINA		
STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
U.O.C. MEDICINA	U.O.S. Diagnostica ultrasonografica internistica	
	UOS governo pazienti in holding area in attesa di posto letto	
U.O.C. CARDIOLOGIA	U.O.S. UTIC	
	UOS TAO/NAO e governo piani terapeutici anche in telemedicina	
	U.O.S. Cardiologia Interventistica (aritmie e emodinamica)	
U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI	U.O.S. Nefrologia - Trattamenti in area critica e Dialisi Domiciliare	
U.O.C. RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	UOS Percorso diagnosi cura e prevenzione Osteoporosi	
U.O.C. PEDIATRIA		
		U.O.S.D. NEONATOLOGIA
		U.O.S.D. ONCOLOGIA
		U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE	UOS Coordinamento sale operatorie	
		U.O.S. Preospedalizzazione Chirurgica Centralizzata	
		U.O.S. Chirurgia D'Urgenza	
		U.O.S. APA	
	UOC ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE	UOS trattamento patologie del cavo orale e del tratto cervicale dei pazienti fragili	
	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	U.O.S. Traumatologia Ortopedica dell'Anziano	
	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	U.O.S. Blocco Parto e Pronto Soccorso	
		U.O.S. Legge 194/78	
	U.O.C. OCULISTICA		
			U.O.S.D. ANESTESIA
			U.O.S.D. PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI
			U.O.S.D. CHIRURGIA MININVASIVA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE	U.O.S. Farmacoepidemiologia, Monitoraggio Spesa Farmaceutica e Vigilanza Farmacie	
		U.O.S. Distribuzione diretta	
	U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA	UOS Logistica	
	U.O.C. LABORATORIO ANALISI	U.O.S. Attività Diagnostica di Laboratorio ambulatoriale interdistrettuale	
	U.O.C. SERVIZIO IMMUNO-TRASFUSIONALE (SIMT)	U.O.S. Diagnostica Immunoematologica	
			U.O.S.D. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	UOS Pronto Soccorso	
		U.O.S. Medicina d'Urgenza	
		UOS Governo codici bassa priorità	
	U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	U.O.S. Diagnostica per Immagini DEA	
		U.O.S. Radiodiagnostica per Immagini coordinamento attività territoriali	
			U.O.S.D. RIANIMAZIONE

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO OSPEDALIERO	U.O.S. Integrazione ospedale territorio della gravidanza e del parto a basso rischio ostetrico e governo della casa del parto	
	UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO DELLE CURE PRIMARIE		
	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE, RIABILITATIVE E SOCIALI	U.O.S. Coordinamento percorsi contrasto violenza di genere	
			U.O.S.D. GESTIONE DELLE PIATTAFORME ASSISTENZIALI DI DEGENZA
			U.O.S.D. GESTIONE PIATTAFORME LOGISTICHE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e Cure domiciliari	
	U.O.C. DISTRETTO X MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e Cure domiciliari	
	U.O.C. DISTRETTO XI MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità, Cure domiciliari e NAD	
	U.O.C. DISTRETTO XII MUNICIPIO	U.O.S. Assistenza Primaria e Casa della Salute	
		U.O.S. Fragilità e cure domiciliari	
	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	U.O.S. Coordinamento Consultori Aziendali	
		UOS Assistenza specialistica , CUP, liste di attesa	
		U.O.S. Governo Disagio Giovanile	
	U.O.C. MEDICINA LEGALE		
			U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. SALUTE MENTALE X MUNICIPIO E COMUNE DI FIUMICINO	U.O.S. Governo dei percorsi clinici	
		U.O.S. Centro Salute Mentale Distretto X	
	U.O.C. SALUTE MENTALE XI MUNICIPIO E XII MUNICIPIO	U.O.S. Centro Salute Mentale Distretto XI Municipio	
		U.O.S. Governo dei percorsi clinici	
	U.O.C. SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	U.O.S. Governo percorsi patologie dell'adolescenza	
	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	UOS SPDC S. Camillo	
	U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	U.O.S. governo percorsi dipendenze area litorale	
			U.O.S.D. RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE
			U.O.S.D. PREVENZIONE ED INTERVENTI PRECOCI IN SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	U.O.S. Vaccinazioni ed immunoprofilassi	
		U.O.S. Prevenzione primaria nelle scuole	
	U.O.C. SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	U.O.S. Anagrafe degli animali e degli operatori zootecnici	
	U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	U.O.S. Controlli e verifica adempimenti	
	U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	U.O.S. Prevenzione e formazione alla sicurezza negli ambienti di lavoro	
			U.O.S.D. CANILE SOVRAZIONALE E CONTROLLO DEL RANDAGISMO
			U.O.S.D. SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE, STILI DI VITA
			U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE			
	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	U.O.S. ALPI	
		U.O.S. Amministrativa Assistenza Integrativa, Assistenza all'estero, Assistenza STP/ENI e Rimborsi	
	U.O.C. AMMINISTRATIVA P.O.U.		
	U.O.C. AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE		

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA COMPLESSA	STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
	U.O.C. RISORSE UMANE	U.O.S. Trattamento Economico Dipendenti e Convenzionato	
	U.O.C. RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	U.O.S. Contabilità Analitica	
	U.O.C. APPROVVIGIONAMENTI		
	U.O.C. RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO		
	U.O.C. SISTEMI ICT		
			U.O.S.D. AFFARI GENERALI

A.S.L. ROMA 3

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE
AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE

UOC			UOSD	UOS
(A) uoc ospedaliere	(B) uoc territoriali	(A+B) uoc complessive		
0	4	4	3	5
1	4	5	2	7
0	6	6	1	11
5	0	5	3	7
4	1	5	3	8
3	1	4	1	5
2	1	3	2	3
1	3	4	0	5
0	5	5	1	2
2	0	2	1	5
0	1	1	0	4
1	2	3	0	2
totali			17	64

TOT. 81