SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

Deliberazione Direttore Generale n. 100 del 31/01/2024

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) 2024/2026

L' Estensore: Ester Battistini

Parere del Direttore Amministrativo : f.f. Dr. Giovanni Farinella

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.

Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente
Vio Cristina

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 216

Hash .pdf (SHA256): ca645db1a53551a8f9e6787556c45c9b2b3f0aa313507268d2cae15d72611d89
Hash .p7m (SHA256): 0ee9380330329dd99344a5af6360e06289dd14968db7a01a1104eec13ea2539e
Firme digitali apposte sulla proposta: Farinella Giovanni,Cristina Vio,SGROI DANIELA,Pietropaolo Enzo

Il Responsabile del Procedimento: Ester Battistini

Il Dirigente: Vio Cristina

Il Direttore del Dipartimento: Pietropaolo Enzo

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

Deliberazione

Il 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 "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. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

VISTO il D. Lgs. 97/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione, della corruzione, pubblicità e trasparenza correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del 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, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 6 agosto 2021, n. 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 D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici";

VISTO il Regolamento adottato con D.P.R. 24 giugno 2022 n. 81 recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO;

VISTO il D.M. del 30 giugno 2022, n. 132, della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della funzione pubblica avente ad oggetto: Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione;

VISTO il Piano nazionale anticorruzione (PNA 2022) approvato dall'Anac con la Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023;

VISTO l'Aggiornamento 2023 al PNA 2022 approvato in via definitiva dall'Anac con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023;

VISTO il Comunicato del Presidente dell'Anac del 10 gennaio 2024 avente ad oggetto: Termine del 31 gennaio 2024 per l'adozione e la pubblicazione dei PIAO e dei PTPCT 2024-2026;

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)

CONSIDERATO che con la deliberazione n.ro 364 del 30.03.2023 è stata disposta l'adozione del PIAO 2023/2025;

RITENUTO pertanto, di procedere all'adozione del PIAO (Allegato n. 1) 2024-2026, quale aggiornamento del PIAO 2023 – 2025, 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;

di stabilire che il PIAO potrà essere aggiornato in tutto o in parte in relazione all'emanazione di ulteriori e specifiche norme nonché per effetto di ulteriori e specifici obiettivi di salute e/o di programmazione o per esigenze organizzative aziendali;

che l'OIV ha espresso parere favorevole in merito al PIAO 2024-2026 dell'Azienda ASL Roma 3;

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) 2024/2026 (Allegato 1).

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

Deliberazione

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: "*Insediamento 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 comma, L.241/90;

VISTI il parere del Direttore Amministrativo f.f. e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

D E L I B E R A

- di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026 (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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

PIAO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2024|2026

Sommario

INTRODUZIONE 4

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE 5

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE 7

2.1 VALORE PUBBLICO 7

a) PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA 7

b) ACCESSIBILITA' ALLE AMMINISTRAZIONI PER I CITTADINI ULTRASESSANTACINQUENNI E DEI CITTADINI CON DISABILITA' 23

c) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZONE E DIGITALIZZAZIONE 24

d) OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO ED INCREMENTO EL BENESSERE ECONOMICO, SOCIALE, EDUCATIVO, ASSISTENZIALE, AMBIENTALE 26

2.2 ALBERO DELLA PERFORMANCE ASL ROMA 3 29

2.2.1 I NEGOZIATORI 53

2.2.3 PERFORMANCE – SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E ACCESSIBILITÀ 58

a) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE 58

b) OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE 58

c) OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE 60

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 61

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 105

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA 105

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE 105

a) RIFERIMENTI NORMATIVI 105

b) DISCIPLINE E MISURE ORGANIZZATIVE 106

d) SMART-WORKING PER I LAVORATORI FRAGILI E/O CONVIVENTI CON PERSONE FRAGILI 109

e) ADOZIONE STRUMENI TECNOLOGICI PER GARANTIRE LA DIFFUSIONE E L'UTILIZZO DI FORME DI LAVORO AGILE 110

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 112

NORMATIVA DI RIFERIMENTO 112

3.4 FORMAZIONE 142

3.5 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE E COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI – CUG 142

SEZIONE 4: MONITORAGGIO 158

a) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI 158

b) MONITORAGGIO RELATIVO ALLE PERFORMANCE 159

c) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ANTICORRUZIONE 160

MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE 160

MONITORAGGIO SULLA TRASPARENZA 160

MONITORAGGIO INTEGRATO DELLE SEZIONI DEL PIAO 160
d) MONITORAGGIO RELATIVO AL LAVORO AGILE 161
ELENCO ALLEGATI 163
ALLEGATO 1 – DISCIPLINARE PER IL CORRETTO UTILIZZO DEGLI STRUMENTI INFORMATICI E TELEMATICI, INTERNET E POSTA ELETTRONICA 163
ALLEGATO 2 – ELENCO UPGRADE PER CIASCUNA SEDE AZIENDALE 163
ALLEGATO 3 –CODICE ETICO COMPORTAMENTALE 163
ALLEGATO 4 – REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) 163
ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITA' 163
ALLEGATO 6 – MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO *SMART-WORKING* 163
ALLEGATO 7 - PROPOSTA DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' IN *SMART-WORKING* 163
ALLEGATO 8 - LINEE GUIDA PER I LAVORATORI IN *SMART-WORKING* 163
ALLEGATO 9 - ORGANIGRAMMA 163
ALLEGATO 10 - PIANO FORMAZIONE AZIENDALE 2023-2024 163

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.

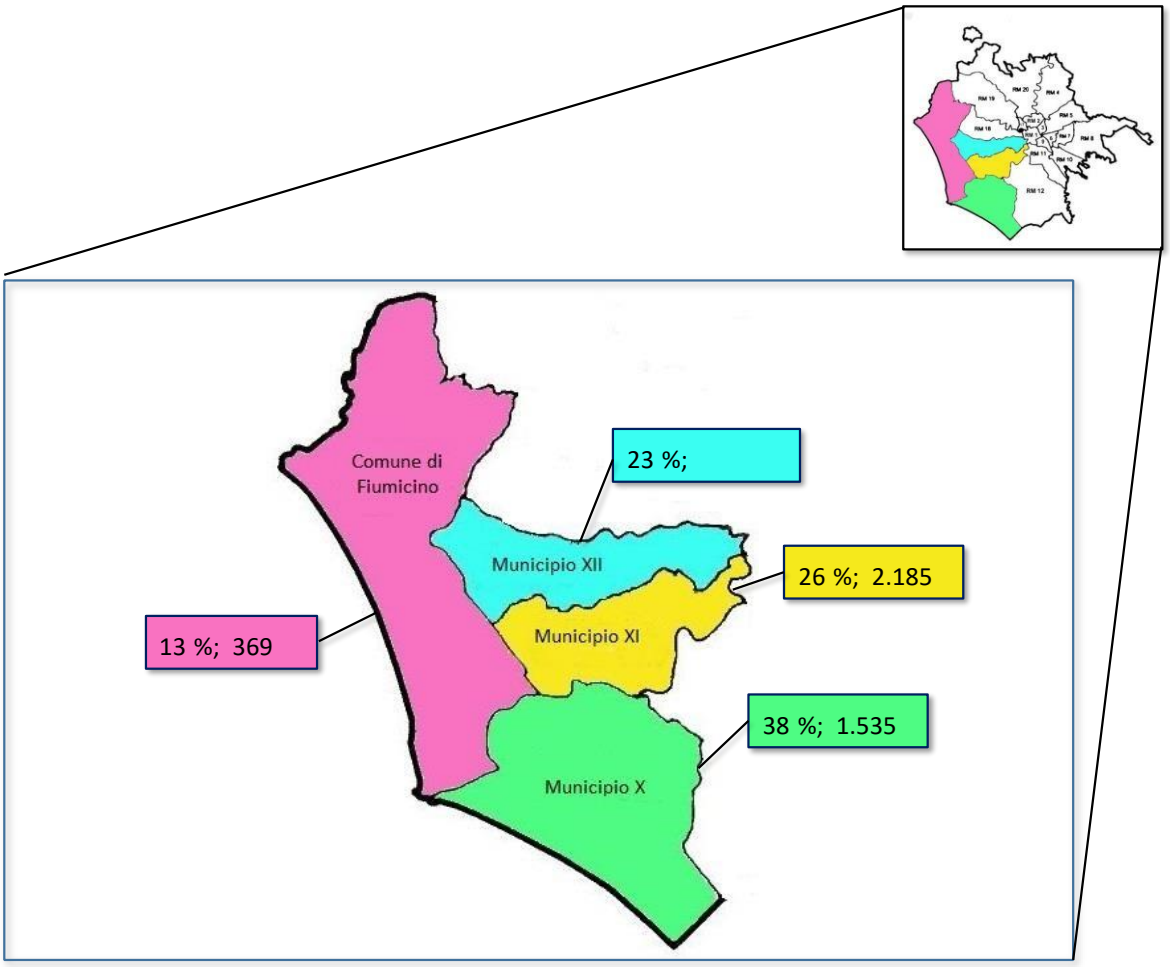
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

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 comma1-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale e rappresenta un polo erogante prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza per tutti cittadini residenti nel proprio ambito territoriale. L'attività aziendale si sviluppa orientandosi verso il raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni che le sono state assegnate all'interno del sistema sanitario regionale in un'ottica sistemica che assicuri la continuità delle cure, la centralità del paziente, la qualità e la sicurezza dell'assistenza..
L'Azienda ha sede legale in Roma Via Casal Bernocchi, 73, c.a.p. 00125, codice fiscale e p.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:

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

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 seguitodi 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 mobilied 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.


Comune di Fiumicino
Municipio XII
Municipio XI
Municipio X
23 %;
26 %; 2.185
13 %; 369
38 %; 1.535

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 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 2023-2025

0/000

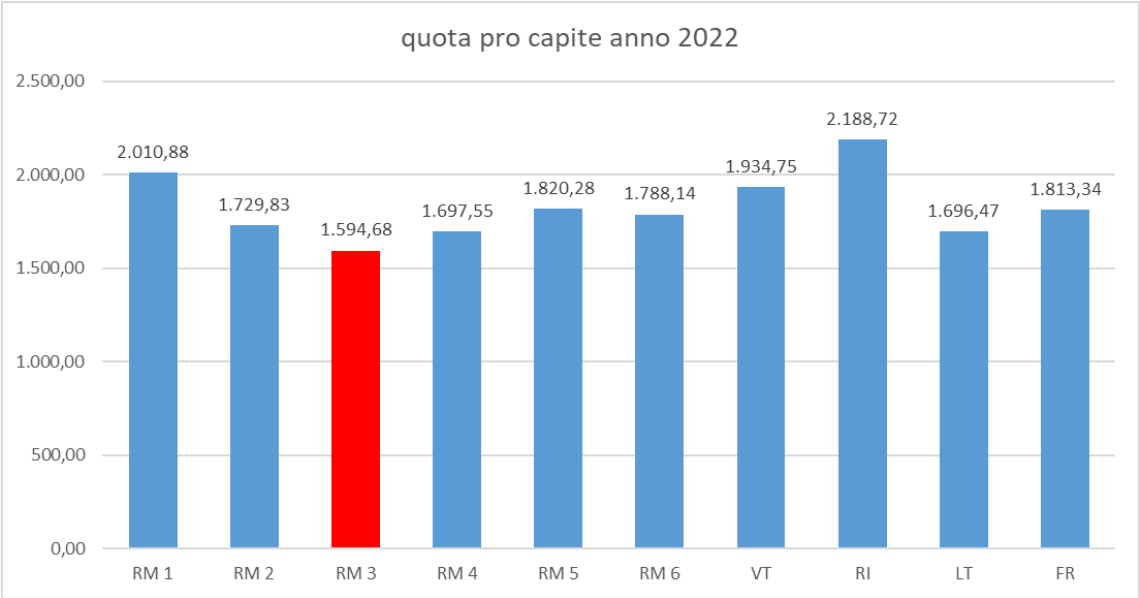
Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	CE IV Trim 2023	Previsione 2024
A-Valore della produzione	1.089.225	1.142.895	1.149.132	1.190.849	1.151.128
B-Costi della produzione	1.078.051	1.140.543	1.144.961	1.140.952	1.199.854
Differenza tra valore e costi della produzione	**11.173**	**2.351.667**	**-34.749**	**49.897**	**-48.726**
C-Proventi e oneri finanziari	-4.699	-3.179	-3.829	-363	-3.610
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	-2.444	0
E-Proventi e oneri straordinari	2.426	10.191	9.286	11.421	0
X-Risultato prima delle imposte	**8.901**	**9.363**	**9.627**	**58.510**	**-52.336**
Y-Imposte e tasse	8.901	9.363	9.627	9.787	10.121
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	**0**	**0**	**0**	**48.722**	**-62.457**

Il Conto Economico si chiude con una perdita previsionale di euro 62.457.124,54; le motivazioni di tale risultato sono di seguito riportate

La quota indistinta assegnata, rimane significativamente al di sotto dell'indice di spesa pro capite per l'erogazione dell'assistenza sanitaria riferita alla popolazione residente. A tal proposito si ritiene opportuno evidenziare che la "Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale indistinto 2022" di cui alla DGR 447 del 08/08/2023 ha previsto un taglio delle risorse assegnate alla ASL Roma 3 di € 154.281.375 (allineamento quota capitaria) pertanto al fine di ricondurre in equilibrio la proposta di Bilancio di Previsione 2024 si ritiene opportuno in sede di assegnazione delle risorse 2024 di riconsiderare il taglio previsto per la ASL Roma 3.

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 2019 e 2020, che rappresenta il catalizzatore degli sforzi programmatici dell'Azienda.

I dati, disponibili del 2022, evidenziano come la quota pro capite riconosciuta alla ASL Roma 3 sia significativamente più bassa di quella riconosciuta alle altre Aziende sanitarie territoriali:



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 portatori di interesse creato da un'amministrazione pubblica.

Per creare Valore Pubblico si sta procedendo a coinvolgere e motivare dirigenti e dipendenti, 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 2022 evidenzia un recupero della produzione. Alla data di elaborazione della presente relazione i dati 2023 non sono ancora consolidati, si è pertanto scelto di confrontare i primi 11 mesi dei due anni.

I dati consolidati definitivi verranno illustrati nella relazione sulla gestione.

1) Assistenza ospedaliera

RICOVERI TUTTI									
		Numeri dimessi				Valore Economico			
tipologia	istituto	2023	2022	Differenza assoluta	Differenza %	2023	2022	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB GRASSI	8.245	8.177	68	0,83	24.932.305	24.702.602	229.703	0.93
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	249	207	42	20,29	3.710.082	2.709.244	1.000.838	36,94
Totali		**8.494**	**8.384**	**110**	**1,312**	**28.642.387**	**27.411.846**	**1.230.541**	**4,49**

RICOVERI DAY HOSPITAL-DAY SURGERY									
		Numeri dimessi				Valore Economico			
tipologia	istituto	2023	2022	Differenza assoluta	Differenza %	2023	2022	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB GRASSI	1.549	1.322	227	17,17	1.796.200	1.484.401	311.800	21,00
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	63	41	22	53,65	244.052	159.309	84.743	53,19

RICOVERI ORDINARI									
		Numeri dimessi				Valore Economico			
tipologia	istituto	2023	2022	Differenza assoluta	Differenza %	2023	2022	Differenza assoluta	Differenza %
Acuti	GB GRASSI	6.696	6.854	**-158**	**-2,30**	23.136.104	23.217.583	**-81.478**	**-0,35**
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	186	166	20	12,04	3.466.030	2.549.935	916.095	35,92

Fonte: flusso RAD-R e SIO validato da Regione escluso XIII mese ed eventuali duplicati, il dato è destinato pertanto ad essere rivalutato. I dati definitivi di produzione verranno pubblicati nella delibera relativa all'approvazione della relazione sulla performance 2023.

La produzione ospedaliera 2023, attualmente validata, è aumentata rispetto alla produzione 2022.

Le tabelle che seguono sintetizzano gli accessi al Pronto Soccorso del PO GB Grassi nell'anno 2023, nonché il confronto dal 2020.

DESCRIZIONE	B ARANCIONE	C AZZURRO	E BIANCO	5 NON ESEGUITO (solo per esito 6)	A ROSSO	D VERDE	Totale anno 2023
A domicilio	2.768	10.614	496	24	515	15.139	29.556
Deceduto in P.S.	43	29			106	4	182
Dimissione a strutture ambulatoriali	27	107			3	124	261
Giunto cadavere					5		5
Non risponde a chiamata	66	908	239	33	4	1.917	3.167
Paziente si allontana spontaneamente	168	653	75	3	82	951	1.932
Ricoverato	1.485	1.861	6	17	936	654	4.959
Rifiuta ricovero	440	822	3	1	115	472	1.853
Trasferimento a struttura territoriale (COVID)	2	1	1		2		6
Trasferito altro Ist	944	1.152		1	478	160	2.735
Totali	**5.943**	**16.147**	**820**	**79**	**2.246**	**19.421**	**44.656**
Fonte: flusso SIES validato da Regione escluso XIII mese							

DATI SIES

Codice	Colore	Descrizione	accessi 2023	accessi 2022	accessi 2021	acessi 2020
5	Non eseguito	Non eseguito	78	117	109	80
A	Rosso	Emergenza	2.303	2.007	1.770	1.789
B	Arancione	Urgenza	6.364	4.865	4.110	4.039
C	Azzurro	Urgenza differibile	16.035	15.680	13.953	13.410
D	Verde	Urgenza minore	19.093	19.811	19.402	18.065
E	Bianco	Non urgenza	783	768	930	877
totale			44.656	43.248	40.274	38.260

Il trend evidenzia, che dopo il crollo di accessi dovuto alla pandemia, si registra un incremento costante degli stessi, senza però tornare ai livelli precedenti (anno 2019 57.579 accessi).

Il Pronto Soccorso è stato sostenuto dallo sforzo organizzativo di tutte le strutture ospedaliere che hanno prodotto prestazioni per un valore complessivo di euro 2.301.000,00. Di seguito si riepilogano le prestazioni erogate ai pazienti del Pronto Soccorso per reparto:

REPARTO	Consulenze	Esami	Rx	TAC	RMN	Ecografie
ANATOMIA PATOLOGICA		1.573				
ANGIOLOGIA						125
CARDIOLOGIA	3.102					1.216
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			7.798	5.725	63	1.069
GASTROENTEROLOGIA		117				
LABORATORIO ANALISI		342.289				
MEDICINA GENERALE	702					
NEFROLOGIA E DIALISI	160	26				
NEUROLOGIA	1.743	320				
OCULISTICA		16				
ONCOLOGIA	1					
PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE		164				
PEDIATRIA	315					
RIANIMAZIONE	768					
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE		2.589				
SPDC P.O. G. B. GRASSI	1.471					

L'Azienda ha offerto prestazioni ad accesso libero nei *Nuclei di Cure Primarie di Fiumicino e Fregene*, nonché negli Ambufest della Casa della Salute di Ostia, di Casal Bernocchi (22/04 2023) e Ponte Galeria. Ad Ostia è stata garantita anche la presenza dell'assistenza pediatrica.

Nei Nuclei di cure primari di Fiumicino e Fregene, aperti h. 24, sono stati assistiti 15.405 cittadini:

Sede / Mese	FIUMICINO			FREGENE		
	giorno	notte	**totale**	giorno	notte	**totale**
gennaio	554	183	**737**	289	65	**354**
febbraio	499	202	**701**	291	57	**348**
marzo	531	216	**747**	336	74	**410**
aprile	552	252	**804**	318	92	**410**
maggio	543	248	**791**	336	105	**441**
giugno	592	322	**914**	472	129	**601**
luglio	679	332	**1.011**	521	180	**701**
agosto	646	272	**918**	579	172	**751**
settembre	541	217	**758**	358	95	**453**
ottobre	592	224	**816**	257	80	**337**
novembre	571	178	**749**	293	36	**329**
dicembre	666	235	**901**	322	101	**423**
Totale	**6.966**	**2.881**	**9.847**	**4.372**	**1.186**	**5.558**

Negli Ambufest, aperti in orario diurno il sabato e la domenica le prestazioni erogate sono le seguenti:

DATI AMBUFEST 2023					
	Casal Bernocchi Medicina	**Casa della Salute Ostia Medicina**	**Casa della Salute Ostia Pediatria**	**Ponte Galeria Medicina**	**TOTALI**
totale accessi	2.488	10.364	7.097	2.722	22.671
TIPOLOGIA DI INTERVENTO:					
certificazioni	960	4.606	51	1.171	6.788
prescrizioni	968	4.438	5.160	2.330	12.896
continuità terapeutica	54			142	196
prestazioni infermieristiche	753	2.250	2.093	291	5.387
invio al Pronto Soccorso	121	52	60	23	256
chiamata 118	10			2	12
Visite	2.488				2.488

La sede di Casal Bernocchi è stata aperta il 22.04.2023.

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 2022 e 2023.

Il dato 2023, non è ancora consolidato, pertanto è stato riportato solo il periodo gennaio novembre dei due anni.

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

Tab . 1 - Volumi di attività SIAS e valorizzazione economica (compresa attività nei APA-PAC) - per presidio - gennaio-novembre 2023*-2022*								
			2023*	2022*		2023*	2022*	
Distretto	PresPrinc	Nome	N. Prestazioni		Variazione %	Valorizzazione teorica		Variazione %
1	000901	Poliambulatorio Fregene	49.751	42.907	16,0	€ 184.479,39	€ 158.377,44	16,5
	001001	Poliambulatorio Palidoro	44.681	34.096	31,0	€ 177.828,47	€ 128.257,19	38,6
	001501	Poliambulatorio Fiumicino	206.209	176.750	16,7	€ 1.142.415,91	€ 990.057,81	15,4
1 Totale			**300.641**	**253.753**	18,5	**€ 1.504.723,77**	**€ 1.276.692,44**	17,9
2	000401	Poliambulatorio Paolini	21.195	19.251	10,1	€ 394.554,83	€ 393.058,37	0,4
	000501	Casa della Salute di Ostia	207.672	166.838	24,5	€ 927.566,65	€ 796.300,21	16,5
	000701	Poliambulatorio Acilia	247.135	31.796	677,3	€ 1.208.404,02	€ 425.305,42	184,1
	001701	Poliambulatorio Ostia Antica	134.292	99.515	34,9	€ 601.787,39	€ 486.950,06	23,6
2 Totale			**610.294**	**317.400**	92,3	**€ 3.132.312,89**	**€ 2.101.614,06**	49,0
3	910301	Poliambulatorio Di Ponte Galeria	45.267	42.866	5,6	€ 318.369,79	€ 277.124,46	14,9
	930600	Poliambulatorio Corviale	3.444	3.027	13,8	€ 62.308,27	€ 53.484,43	16,5
	930800	Poliambulatorio Vaiano	113.487	88.425	28,3	€ 633.518,52	€ 567.488,09	11,6
3 Totale			**162.198**	**134.318**	20,8	**€ 1.014.196,58**	**€ 898.096,98**	12,9
4	070200	Poliambulatorio Ramazzini	86.218	66.202	30,2	€ 648.333,85	€ 577.940,72	12,2
	070601	Poliambulatorio Massimina	14.692	11.197	31,2	€ 48.763,96	€ 37.417,48	30,3
	071002	Poliambulatorio Consolata	45.634	39.868	14,5	€ 167.634,05	€ 150.780,63	11,2
	072001	Poliambulatorio Colle Massimo	45.848	36.804	24,6	€ 167.891,55	€ 136.257,11	23,2
4 Totale			**192.392**	**154.071**	24,9	**€ 1.032.623,41**	**€ 902.395,94**	14,4
PPOO	000101	Poliambulatorio G.B. Grassi	284.710	380.044	-25,1	€ 4.050.240,70	€ 3.601.183,64	12,5
	000201	Poliambulatorio Cpo	6.508	8.830	-26,3	€ 108.779,19	€ 138.576,62	-21,5
PPOO Totale			**291.218**	**388.874**	-25,1	**€ 4.159.019,89**	**€ 3.739.760,26**	11,2
Totale complessivo			**1.556.743**	**1.248.416**	**24,7**	**€ 10.842.876,54**	**€ 8.918.559,68**	**21,6**
Prestazioni dialisi								
			N. Prestazioni		Variazione %	Valorizzazione teorica		Variazione %
PPOO	000101	Poliambulatorio G.B. Grassi	21.882	23.087	-5,2	€ 1.902.884,75	€ 2.005.719,23	-5,1
	000201	Poliambulatorio Cpo	851	4.030	-78,9	€ 82.908,45	€ 402.043,46	-79,4
PPOO Totale			**22.733**	**27.117**	**-16,2**	**€ 1.985.793,20**	**€ 2.407.762,69**	**-17,5**

Fonte: UOC ESIS.

Tab.2 - Prestazioni SIAS per branca specialistica - Confronto gennaio-novembre 2023*-2022*							
		Prestazioni in regime SNN					
Codice Branca	**Denominazione Branca**	**Prestazioni ambulatoriali**	**Prestazioni in APA/PAC**	**dialisi**	**2023***	**2022***	**Var %**
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	1.373.621			1.373.621	1.085.714	26,5
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	6.731			6.731	6.654	1,2
08	Cardiologia	21.063	40		21.103	21.974	-4,0
09	Chirurgia generale	2.330	35		2.365	1.498	57,9
12	Chirurgia Plastica	631	2		633	877	-27,8
15	Medicina dello Sport		1.540		1.540	659	133,7
19	Endocrinologia	13.333	204		13.537	15.068	-10,2
29	Nefrologia	1.594	14.854	22.733	39.181	46.851	-16,4
30	Neurochirurgia					2	
32	Neurologia	6.413			6.413	5.235	22,5
34	Oculistica	15.230	2.821		18.051	14.208	27,0
35	Chirurgia maxillo-facciale	6.669			6.669	5.629	18,5
36	Traumatologia	7.492			7.492	5.730	30,8
37	Ostetricia e Ginecologia	4.895			4.895	3.879	26,2
38	Otorinolaringoiatria	10.364			10.364	7.623	36,0
40	Psichiatria	12.674			12.674	4.016	215,6
43	Urologia	2.396			2.396	2.419	-1,0
52	Dermosifilopatia	3.059	137		3.196	3.304	-3,3
56	Riabilitazione	3.997			3.997	3.339	19,7
58	Chirurgia ed Endoscopia	3.530			3.530	4.284	-17,6
61	Medicina Nucleare	15			15	26	-42,3
64	Oncologia	2.901			2.901	2.198	32,0
68	Pneumologia	5.583	5		5.588	6.096	-8,3
69	Radiologia Diagnostica	15.565			15.565	16.218	-4,0
79	Risonanza Magnetica	167			167	317	-47,3
82	Anestesia	1.475			1.475	1.427	3,4
99	Altro	15.335	42		15.377	10.288	49,5
Totale		**1.537.063**	**19.680**	**22.733**	**1.579.476**	**1.275.533**	**23,8**

Tab. 3 -Valorizzazione teorica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN) rese dalle strutture pubbliche per branca specialistica. Periodo gennaio-novembre 2023*-2022*							
Cod Branca	**Denominazione Branca**	**Prestazioni ambulatoriali**	**Prestazioni in APA/PAC**	**Prestazioni in dialisi**	**2023***	**2022***	**Var %**
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	€ 5.083.326,74			€ 5.083.326,74	€ 4.065.368,06	25,0
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	€ 290.481,19			€ 290.481,19	€ 287.198,40	1,1
08	Cardiologia	€ 558.415,06	€ 1.407,16		€ 559.822,22	€ 548.982,20	2,0
09	Chirurgia generale	€ 60.651,69	€ 27.017,00		€ 87.668,69	€ 82.693,00	6,0
12	Chirurgia Plastica	€ 15.516,40	€ 650,00		€ 16.166,40	€ 25.425,52	-36,4
15	Medicina dello Sport		€ 9.864,68		€ 9.864,68	€ 4.311,94	128,8
19	Endocrinologia	€ 208.722,53	€ 1.926,32		€ 210.648,85	€ 248.209,97	-15,1
29	Nefrologia	€ 23.431,11	€ 123.428,40	€ 1.985.793,20	€ 2.132.652,71	€ 2.581.331,28	-17,4
30	Neurochirurgia					206,58	
32	Neurologia	€ 98.410,37			€ 98.410,37	€ 83.044,29	18,5
34	Oculistica	€ 274.846,01	€ 1.945.291,00		€ 2.220.137,01	€ 1.440.343,27	54,1
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	€ 143.027,34			€ 143.027,34	€ 109.249,73	30,9
36	Ortopedia e Traumatologia	€ 157.779,74			€ 157.779,74	€ 118.535,83	33,1
37	Ostetricia e Ginecologia	€ 114.133,72			€ 114.133,72	€ 91.393,55	24,9
38	Otorinolaringoiatria	€ 181.333,26			€ 181.333,26	€ 126.967,80	42,8
40	Psichiatria	€ 192.900,26			€ 192.900,26	€ 65.481,59	194,6
43	Urologia	€ 43.350,83			€ 43.350,83	€ 45.803,19	-5,4
52	Dermosifilopatia	€ 58.439,94	€ 28.250,00		€ 86.689,94	€ 80.955,57	7,1
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	€ 45.333,19			€ 45.333,19	€ 37.028,72	22,4
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	€ 224.287,92			€ 224.287,92	€ 239.690,10	-6,4
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	€ 426,15			€ 426,15	€ 738,66	-42,3
64	Oncologia	€ 37.885,75			€ 37.885,75	€ 29.605,26	28,0
68	Pneumologia	€ 107.533,47	€ 49,06		€ 107.582,53	€ 124.136,25	-13,3
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	€ 584.585,92			€ 584.585,92	€ 725.513,75	-19,4
79	Risonanza Magnetica	€ 28.280,15			€ 28.280,15	€ 49.964,04	-43,4
82	Anestesia	€ 28.479,09			€ 28.479,09	€ 24.758,92	15,0
99	Altro	€ 143.317,48	€ 97,61		€ 143.415,09	€ 89.384,90	60,4
Totale		**€ 8.704.895,31**	**€ 2.137.981,23**	**€ 1.985.793,20**	**€ 12.828.669,74**	**€ 11.326.322,37**	**13,3**

Fonte ESIS

Di seguito sono riportati i dati dell'assistenza domiciliare:

POPOLAZIONE ASL ROMA 3 - ANNO 2022 (Fonte dati popolazione : Open Salute Lazio)

DISTRETTO FIUMICINO	80.738
DISTRETTO X	224.332
DISTRETTO XI	149.647
DISTRETTO XII	137.374
POPOLAZIONE TOTALE ASL ROMA 3	**592.091**

POPOLAZIONE ASL ROMA 3 > 65 – ANNO 2022 (Fonte dati ISTAT al 01.01.2023)

DISTRETTO FIUMICINO	14.749
DISTRETTO X	48.978
DISTRETTO XI	35.199
DISTRETTO XII	35.588
POPOLAZIONE TOTALE ASL ROMA 3 >65	**134.514**

PERIODO DI OSSERVAZIONE: DAL 01.01.2023 AL 21.01.2024

Numero totale pazienti in carico : 8.658
Numero totale pazienti in carico > 65 aa : 7.973 (5,92 %)

PERIODO DI OSSERVAZIONE:DAL 01.01.2023 AL 21.01.2024

NUMERO TOTALE PAZIENTI IN CARICO:8.658
NUMERO TOTALE PAZIENTI IN CARICO>65 a.a. :7.973 (5,92%)

TOTALE PIC > 65 aa. PER TUTTI I DISTRETTI		**FIUMICINO**	**X**	**XI**	**XII**
7973		1060 (7.18%)	2896 (5,91%)	1823 (5,18%)	2194 (6,16 %)
PIC CIA	**TUTTI I DISTRETTI**				
N.TOTALE PIC (<0,13)					
CIA 1	1962 (3,31%)	425 (5,26%)	619 (2,76%)	419 (2,8%)	499 (3,63%)
CIA 2	1838 (3,10%)	219 (2,71%)	373 (1,66%)	522 (3,49%)	724 (5,27%)
CIA 3	784 (1,32%)	115 (1,42%)	120 (0,53%)	205 (1,36%)	344 (2,50%)

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/Colautti			
Attività Ambulatoriale/Domiciliare Dipartimentale			
AMBULATORIO DCA "Casa di Alice" Via Colautti			
AMBULATORIO UOSD Interventi Precoci " Via Colautti"			
Attività Semi-Residenziale Distrettuale			
Centro Diurno Comune Fiumicino			
Centro Diurno X Municipio "Tagaste"			
Centro Diurno XI Municipio "Portuense"			
Centro Diurno XI Municipio ad Indirizzo Sportivo "Sport"			
Centro Diurno XII Municipio Riabilitativo "Monteverde"			
Centro Diurno XII Municipio Semiresidenziale "Giovagnoli"			
Attività Residenziale h/24 Dipartimentale	**PP. LL.**	**2022**	**2023**
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**	**2022**	**2023**
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

		2022	2023
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Adulti			
	Prestazioni	**70.680**	**75.382**
	Utenti Trattati	**6.009**	**6.385**
Attività Ambulatoriale SM Minori/Adulti DCA Casa di Alice			
	Prestazioni	**0**	**2.374**
	Utenti Trattati	**0**	**128**
Attività Semi-Residenziale SM Adulti			
	Accessi	**10.289**	**9.347**
	Utenti Inseriti	**326**	**320**
Attività Residenziale SM Adulti (Gestione Diretta)			
	Accessi	**7.525**	**7.340**
	Utenti Inseriti	**28**	**32**
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Età Evolutiva TSMREE			
	Prestazioni	**36.031**	**38.332**
	Utenti Trattati	**5.516**	**6.391**
Attività Ospedaliera			
	Ricoveri Ordinari SPDC Grassi	**415**	**419**
	Ricoveri DH SPDC Grassi	**19**	**45**
	Ricoveri Ordinari SPDC San Camillo	**342**	**350**
	Ricoveri DH SPDC San Camillo	**7**	**38**

Fonte Dati Sistema DISAMWEB a cura di Assistenza Outcomeresearch

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.

Linee di attività	***UOC SISP_UOS IMMUNOPROFILASSI***										
Prestazione	***Descrizione prestazione***	***Fiumicino***		***Municipio X***		***Municipio XI***		***Municipio XII***		***Totale***	
Anno di riferimento		***2022***	***2023***	***2022***	***2023***	***2022***	***2023***	***2022***	***2023***	***2022***	***2023***
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	***Numero utenti vaccinati***	***8.128***	***9.365***	***19.633***	***20.933***	***10.248***	***14.078***	***7.822***	***6.947***	***45.831***	***51.323***
	Numero dosi somministrate	***18102***	***18987***	***35474***	***37324***	***18910***	***24763***	***15256***	***13327***	***87.742***	***94.401***
	Di cui dosi di vaccino MPR-MPRV	***1.521***	***1.648***	***2.959***	***3.199***	***1.602***	***2.158***	***1.468***	***1.073***	***7.550***	***8.078***
	Di cui dosi vaccino HPV	***1.873***	***2.193***	***4.509***	***4.967***	***2.370***	***3.964***	***2.372***	***1.597***	***11.124***	***12.721***
Campagna antiinfluenzale	***Numero dei vaccinati nei centri vaccinali***	***724***	***708***	***1.221***	***1.534***	***1.087***	***920***	***93***	***71***	***3.125***	***3.233***
Campagna antipneumococcica	***Vaccinazioni antipneumococco 13-15-20-23***	***872***	***2.491***	***1.113***	***4.296***	***699***	***2.851***	***585***	***1.812***	***3.269***	***11.450***
Campagna anti Covid	***Vaccinazioni Covid***	***0***	***100***	***0***	***632***	***0***	***228***	***0***	***0***	***0***	***960***
Interventi sanitari su comunità chiuse	***Numero dosi somministrate***	***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***1.115***	***0***
Intradermoreazione di Mantoux	***somministrati***	***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***50***	***0***
Registrazioni vaccinazioni da altre regioni	***Numero vaccinazioni registrate***	***745***	***800***	***1.080***	***1.200***	***1.031***	***1.400***	***492***	***700***	***3.348***	***4.100***

I dati non ancora consolidati, relativi alle coorti vaccinali, risultano rispettati. Si osserva un aumento rispetto al 2022 delle prestazioni relative alle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Nel corso dell'anno la riduzione di personale ha compresso gli slot di prenotazione disponibili.

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

SCREENING MAMMOGRAFICO

ANNO	**2022**	**2023**
Popolazione target annua	**45.807**	**46.728**
Donne invitate totali (inviate grezze + spontanee)	60.207	55.778
Donne coinvolte (al netto delle escluse)***	50.508	51.276
Estensione****	**118%**	**101%**
Donne rispondenti totali:	17.650	21.724
Adesione******	**39,8%**	**45,8%**
Donne inviate al 2° livello	1.728	611

SCREENING CITOLOGICO

ANNO	2022	2023
popolazione target annua	**39.811**	**34.481**
Totale invitate (coinvolte)	58.011	50.891
Donne coinvolte (al netto delle escluse)***	48.783	48.701
Estensione ******	**123%**	**123,5%**
Donne rispondenti totali di cui:	11.675	11.091
Adesione ********	**27,7%**	**26%**
Pap test totali	11.675	11.091
Pap test inadeguati	18	67
Donne inviate al 2° livello	1.979	1.730

SCREENING DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

ANNO	**2022**	**2023**
Popolazione target annua	**101.940**	**103.724**
Popolazione maschile grezza	50.721	44.132
Popolazione femminile grezza	60.712	55.730
Totale invitati (coinvolti)	118.201	106.273
Coinvolti***	108.552	104.858
Estensione****	**109%**	**102,4%**
Rispondenti totali:	15.940	25.192
Adesione******	**15,7%**	**25,23%**
Inviati al 2° livello	839	1.744

Al riguardo e a commento dei dati suesposti si sottolinea il vantaggio sui prima livelli ottenuto con la pubblicità che questa Azienda ha fatto agli screening, con le giornate di open day, con locandine informative, con gli incontri divulgativi dedicati all'utenza, con il coinvolgimento dei media. L'auspicio per il futuro è quello di riuscire a rendere i MMG partner sempre più attivi nelle indicazioni da fornire agli utenti, in merito all'importanza di aderire agli screening.

Per quanto riguarda lo screening del Tumore del colon-retto occorre sottolineare come la collaborazione con le farmacie,, iniziata nel settembre u.s., ha incrementato l'adesione allo screening menzionato al primo livello e questo, comporta, di conseguenza, anche un aumento dei secondi livelli.

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

L'accessibilità all'Azienda per tutti i cittadini, anche ultrasessantacinquenni e con disabilità, passa anche tramite l'orientamento fornito dalla UOS Comunicazione attraverso la pubblicazione e l'aggiornamento delle informazioni sul sito e sui social aziendali al cittadino stesso rispetto ai vari servizi aziendali (open day, corsi, buone pratiche, avvisi, link a portali, giornate, ricorrenze, screening, informazioni, moduli, recapiti ecc). E tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico attraverso la digitalizzazione del modulo segnalazioni e richiesta informazioni facilmente individuabile alla pagina dedicata URP, che consente all'utente di entrare in contatto con l'azienda in maniera più semplice ed immediata; e le risposte telefoniche, ricevimento, gestione mail, PEC e protocollo per la facilitazione della comunicazione tra l'azienda sanitaria e i cittadini, fornendo informazioni ed orientamento sui servizi, sui percorsi, sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni e su tutto quanto a garanzia della tutela dei diritti riconosciuti ai cittadini; gestendo reclami, suggerimenti, segnalazioni. E tramite il Numero Verde per le Informazioni 800018972.

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.
Per favorire questi utenti, l'Azienda si è adoperata per rendere il Sio 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 inserita 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.
L'accessibilità all' Azienda è garantita a tutti i cittadini ed è permessa, in primo luogo, attraverso il sito web aziendale www.aslroma3.it.
Per quanto riguarda le politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, volte ad assicurare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili anche da parte di coloro che, a causa di disabilità o dell'età (ultrasessantacinquenni), necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari l'Azienda ha posto particolare attenzione all'accessibilità del sito WEB, in piena aderenza alle normative europee, nazionali ed in linea con gli standard WCAG 2.1.l'Azienda si è adoperata nell'utilizzo in licenza di un Software SaaS che utilizza l'intelligenza artificiale per rendere il sito web aziendale 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 utilizzareun 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 patternche potrebbero innescare persone con epilessia fotosensibile. Esistono anche aggiustamenti individualiper modifiche singolari.

SORDITA'
All'interno del sito alla sezione A-Z Servizi ai cittadini è presente un link
Sordità – accoglienza nei servizi sanitari e sociali
Da cui è possibile accedere a:

- MATERIALE INFORMATIVO Accoglienza nei servizi sanitari e sociali
- Informativa Ospedale
- Informativa Pronto soccorso
- Guida nella Lingua dei Segni Italiana - LIS

c) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZONE E DIGITALIZZAZIONE

In questa sezione viene presentata l'attività svolta e quella programmata ai fini della semplificazione e della reingegnerizzazione dei processi e delle procedure sulla base della consultazione degli utenti, nonché le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte degli utenti. Tra le attività propedeutiche alla reingegnerizzazione dei processi e delle procedure informatiche, 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, l'Azienda si è dotata del "*disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti Informatici e telematici, Internet e Posta elettronica" (*di seguito detto Disciplinare_Allegato1).

Il suddetto Disciplinare nasce dall'esigenza dell'Azienda 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 come previsto dalle 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).

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 succitato 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.

Inoltre il Disciplinare ha inteso perseguire lo sviluppo del processo di consapevolezza e attenzione ai rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie, fungendo da strumento di formazione / informazione e trasparenza / adeguamento del comportamento degli utenti stabilendo tra le altre le:

- regole per il corretto utilizzo dei dispositivi aziendali (pc, tablet, memorie esterne, smartphone, altri dispositivi elettronici e relativi profili di responsabilità);
- regole per la corretta gestione delle credenziali e delle password;
- misure per il corretto utilizzo della rete aziendale e modalità di accesso alla VPN;
- misure per la corretta navigazione in Internet;
- misure per il corretto uso della posta elettronica;
- modalità e misure di controllo.

Tra le tecnologie atte al raggiungimento degli obiettivi di semplificazione e digitalizzazione, di seguito vengono richiamati alcuni Software/ applicativi, che costituiscono strumenti generali al servizio delle finalità di legalità e trasparenza, idonei a garantire certezza nella documentazione delle attività sia con riferimento alla data e al testo documentale che alle responsabilità dei soggetti interessati ai diversi percorsi tecnico-amministrativo:

- Office 365 Online: per la gestione e condivisione dei documenti informatici in modalità cloud e di cooperazione. Tale soluzione, oltre a gestire il versioning dei file, consente di tracciare l'autore delle modifiche;
- Teams: strumento di produttività per effettuare videoconferenze e condividere documenti e informazioni;
- Software per l'accessibilità al sito Web aziendale per le categorie protette;
- Tecnologie IVR (Interactive Voice Response);
- Evoluzione ed estensione del Software del Protocollo informatico verso una unica piattaforma di gestione dei documenti digitalizzati a norma CAD con adozione di strumenti quali la Firma Elettronica Avanzata e la PEC integrata con il processo di gestione delle;
- Implementazione della Identità Aziendale per tramite del Single Sign On insieme alla gestione degli accessi per tramite di SPID e CIE;
- Iter per l'adozione delle deliberazioni e determinazioni dirigenziali nonché albo pretorio;
- Iter di gestione del ciclo passivo per l'acquisto beni e dei servizi e per la registrazione e liquidazione delle fatture;
- Software per elaborazione dei DRG;
- Software applicativo da utilizzare per la gestione delle Vaccinazioni.
- Migrazione dei servizi definiti da ACN "critici" al Polo Strategico Nazionale entro il 2024 e migrazione completa dei dati diagnostici entro il 2025;
- Gestione delle informazioni correlate agli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente:
    a) acquisizione in riuso dei sistemi Portale Amministrazione Trasparente con strumenti specifici di recupero gare ed appalti dal database ANAC con possibilità di aggiornamento e pubblicazione nel portale trasparenza aziendale
    b) Acquisizione ed avvio del portale Whistleblowing aziendale

Inoltre, in applicazione del principio del "miglioramento continuo", l'Azienda prevede:

- Raccolta e gestione di tutti gli eventi per tramite di un unico service desk con metodologie standard internazionali legate alla gestione quali ITIL e ISO27001 per raggiungere qualità e crescita strutturata nei processi implementativi;
- la programmazione di specifici corsi di formazione informatici con obiettivo di ampliare le competenze professionali del personale aziendale sul piano informatico e digitale,
- il potenziamento dell'infrastruttura di sicurezza informatica (ossia dell'insieme dei mezzi, delle tecnologie e delle procedure tesi alla protezione dei sistemi informatici) e revisione delle procedure di

backup attuali;
- l'accrescimento dell'utilizzo di tecnologie IVR (meglio dettagliata nella sez Performance – Obiettivi di Semplificazione);
- l'attivazione di ulteriori strumenti quali la cartella clinica Elettronica (meglio dettagliata nella sez Performance - Obiettivi di Digitalizzazione);
- l'incremento di strumenti di Telemedicina (meglio dettagliato nella sez Performance - Obiettivi di Digitalizzazione);
- la promozione di gruppi di lavoro per l'attivazione di progetti di semplificazione dei procedimenti amministrativi;
- un sempre più esteso utilizzo delle Piattaforme abilitanti condivise a livello nazionale dalle PA così come raccomandato da AgID;
- mappatura dei rischi e degli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche;
- l'implementazione di sistemi di supporto agli assistiti e visitatori come ad esempio sportelli automatici, totem multifunzione, sistemi di accoglienza e tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.
- l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero previsti nel Piano Sanitario e finanziati con i fondi del PNRR;
- Monitoraggio continuo dei sistemi di rete e dei sistemi server per tramite di sonde che in tempo reale comunicano guasti o mancanze di qualità degli apparati al service desk centralizzato aziendale;
- Ammodernamento degli impianti tecnologici di rete presso il DEA e presso le altre strutture con sostituzione ed aggiunta delle reti di ridondanza per garantire continuità di servizio in caso di guasti;
- Avvio e conclusione della implementazione della rete Wi-Fi presso l'Ospedale Grassi e la sede di Casal Bernocchi nel primo trimestre 2024. Conclusione delle attività di sostituzione delle obsolescenze tecnologiche di rete ed installazione delle ridondanze nelle principali sedi territoriali per garantire servizi.

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

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.
Infatti, il valore del sistema territorio ha dimostrato chiaramente che un sistema fondato sul ricorso all'ospedale e in particolare il Pronto Soccorso 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 2023.

Punti di forza della gestione straordinaria dell'anno 2023 sono stati rappresentati da:

- Un incremento sia dei volumi dello screening di I livello che dei tempi di esecuzione dello screening di II livello rispetto al 2022; tale attività è stata svolta prevalentemente con risorse aziendali.

- E' stata avviata la campagna per lo screening HCV, sono stati invitati 169.000 cittadini pari al 91% della popolazione target; hanno risposto agli inviti 7.000 cittadini. La campagna è stata anche rivolta ai cittadini fragili in carico ai Serd.
- Si è dato seguito ai progetti relativi agli interventi di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 relativi a quanto indicato nel PNRR. Inoltre nel corso del 2023 sono state evase tutte le richieste di aggiornamento delle anagrafiche pervenute dalla regione Lazio. In particolare nell'ambito della Mission M6-Salute, è stato dato tempestivo riscontro alle richieste di aggiornamento dei prospetti periodici (mensili, trimestrali, etc…) di monitoraggio dei processi riferiti ai finanziamenti nell'ambito del PNRR individuati con DGR n. 1005/2021, n 1006/2021 e n. 75/2012;
- In relazione agli interventi previsti nell'ambito del PNRR relativi alle Centrali Operative Territoriali, sono stati predisposti gli atti deliberati per l'affidamento della progettazione esecutiva e dell'esecuzione dei lavori relativi agli interventi; a fine anno sono state aperte le COT-D di Casal Bernocchi, Sant'Agostino e Fiumicino
- Sono state messe in atto le misure regionali per la riduzione dei tempi di ricovero dal Pronto Soccorso, per l'incremento delle dimissioni nei giorni festivi e di sabato. Sono state attuati comportamenti organizzativi per la presa in carico del paziente in PS dai medici di reparto, in attesa di posto letto.
- L'attività di televisita è stata incrementata significativamente, soprattutto nella seconda metà dell'anno.
- Sono state attuale le disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali; sono stati monitorati gli slot dell'assistenza specialistica e il tasso di occupazione delle agende. Si è avviato il monitoraggio per il rispetto delle liste di attesa operatorie.
- Le ricette dematerializzate sono cresciute percentualmente rispetto al 2022, anche se alcune strutture ancora non raggiungono il target previsto
- L'Assistenza domiciliare è aumentata significativamente sia in termini di numero di cittadini presi in carico sia di adeguatezza dei coefficienti di intensità.
- Miglioramento della qualità del dato e della completezza della contabilità analitica, al riguardo si è infatti provveduto a caricare il flusso SIPSO relativo allo screening anni 2022-2023, ulteriormente migliorati i caricamenti degli stipendi, includendo anche il personale convenzionato. Con la UOC Diagnostica per Immagini sono stati aggiornati i reparti ordinanti le prestazioni per interni, il blocco operatorio è stato dotato di centri di costo per singola UOC utilizzatrice. Si è tenuta una riunione per il riparto dei costi della preospedalizzazione per reparto ordinante. E' stato avviato il lavoro finalizzato alla costruzione di driver di ribaltamento per ridurre gli scarichi sui costi comuni.

Inoltre con riferimento sempre al PNRR, nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 " Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale sostiene gli investimenti volti a realizzare la capacità di erogazione dei servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari.
In tale direzione le Centrali Operative Territoriali hanno la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, socio-sanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure

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

- incrementare le attività di integrazione ospedale territorio;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva e incrementare l'utilizzazione della ricetta dematerializzata;
- 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;
- 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 e Episiotomie;
- 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 nonché stili di vita associati;
- rispettare i tassi copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto e del I e del II Livello;
- verifica ed analisi di scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento.
- proseguire nel processo finalizzato alla riduzione dei tempi di liquidazione e di riduzione dello stock di debito.

- Attuare in modo significativo il piano aziendale della prevenzione, alla cui riuscita l'azienda ha declinato numerosi obiettivi.
- Ottimizzare il 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 della programmazione acquisti, e di progettazione delle gare.
- 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.

2.2 ALBERO DELLA PERFORMANCE ASL ROMA 3

La ASL ROMA 3 ha progettato il proprio albero delle performance che rappresenta i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'amministrazione. In altri termini dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

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

La Mission aziendale è suddivisa nei seguenti obiettivi strategici, da cui si declina l'albero delle performance con i relativi ambiti:

1. Prevenzione
2. Assistenza territoriale
3. Assistenza ospedaliera
4. Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo;
5. Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza;

Gli obiettivi specifici per il triennio individuati dai 5 ambiti sono concettualmente suddivisi in:

I. Obiettivi di sistema: implementati dalla Regione Lazio ed assegnati ai direttori generali sono obiettivi istituzionali che vengono assegnati ai dipartimenti e concorrono alla valutazione individuale dei dirigenti medici e alla valutazione degli incarichi della dirigenza e del comparto.

II. Obiettivi generali strategici aziendali che concorrono alla valutazione dei professionisti e dei team:

Ambito della Prevenzione

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Incremento nei centri vaccinali delle vaccinazioni anti influenzali. 2024 > 5% del 2023
		Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione). > 2023
	Copertura vaccinazioni obbligatorie	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatte B, pertosse, Hib) - >95%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - >95%
Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di esito	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella. >35%
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina. >25%

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto. > 25%
	Screening di I livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello. (raggiungimento in percentuale al valore negoziato).
	Screening di II livello – Obiettivi di esito	Mammella: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. > 50%
	Screening di II livello – Obiettivi di esito	Colon retto: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 30 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. >50%
	Screening di II livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello. (raggiungimento in percentuale al valore negoziato o al tempo previsto per le biopsie).
	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Apertura centro antifumo entro 30/10.
		Attuazione progetto regionale relativo alla Antibiotico resistenza
		Realizzazione di un report annuale per l'analisi dei dati trasmessi dai medici competenti relativi all'attività svolta l'anno precedente nel territorio della ASL Roma 3 (art.

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		40 Allegato 3B d.lgs. 81/08) Dati 2023 entro 30/09/24.
		Realizzazione del progetto di **Peer Education**: La promozione della salute nelle relazioni giovanili e il contrasto al Cyberbullismo e alla violenza in almeno una scuola del territorio aziendale, organizzato nell'ambito del programma "PP1 Scuole che promuovono salute" del Piano Aziendale di Prevenzione 2021-25 Report trimestrale
		Aumento del 20% nell'anno scolastico 2023-24 del numero di scuole medie e superiori, seguite dai Consultori, con interventi d'equipe su: “La promozione della salute sessuale e affettività e il contrasto alla violenza nelle relazioni giovanili" (Percentuale di raggiungimento in sceda di negoziazione)
		Sportello d’ascolto Giovani e sostanze d’abuso: il nuovo spazio d’ascolto e di supporto psicologico per gli adolescenti e i loro contesti familiari, sul tema dell’abuso di sostanze stupefacenti. Report trimestrali.
		Programma Unplugged: Realizzare incontri con Istituti Scolastici, Enti ed Istituzioni Organizzare corsi a carattere formativo – 10 incontri l’anno nelle scuole superiori

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		Ridurre la disuguaglianza di accesso agli screening dei pazienti afferenti ai CSM aziendali (Anche DSM) A4.8
		Realizzazione degli interventi di comunicazione a supporto dei programmi di Screening. (Percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori	Benessere degli animali anche ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Copertura delle principali attività riferita al controllo delle anagrafi animali da reddito e della somministrazione di farmaci. Miglioramento rispetto al 2023 (percentuale in scheda di negoziazione)
	Lotta al randagismo e sterilizzazione dei cani ospitati sterilizzabili	N. cani sterilizzati / N. totale cani presenti in canile sterilizzabili (percentuale in scheda di negoziazione)
	Piano regionale dei controlli	Miglioramento dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ) (Percentuale da negoziare)

Ambito Territoriale

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
Piano delle cronicità - presa in carico del paziente	Incremento arruolamento pazienti nei PDTA	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA (percentuale da negoziare)
	Indicatori di esito territoriali – Scompenso cardiaco	Predisporre linee di attività per la presa in carico del paziente con scompenso cardiaco
	Indicatori di esito territoriali - IMA	Predisporre linee d attività per la presa in carico da parte del territorio del paziente a seguito di ricovero per IMA
	Indicatori di esito territoriali - Diabete	Azioni finalizzate al controllo annuale del Colesterolo e della emoglobina glicata.
	Indicatori di esito territoriali - Gravidanza	Azioni finalizzate alla programmazione di tre ecografie in gravidanza
	Incremento attività di telemedicina	Incremento delle prestazioni di telemedicina rispetto al 2023 (percentuale da negoziare)
Assistenza farmaceutica	Controllo della spesa – farmaceutica convenzionata	Spesa per farmaceutica convenzionata coerente con le indicazioni regionali (budget in scheda di negoziazione)
	Controllo della spesa – distribuzione diretta	Spesa per distribuzione diretta coerente con il concordamento (budget in scheda di negoziazione)
	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Convocazione di 9 CAPI per commissione; analisi della prescrizione di Dispositivi Medici. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.
	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati, successive alla convocazione.
	Rilevazione farmaci sentinella (antibiotici, antidepressivi….)	Analisi consumo antibiotici per singole strutture organizzative di linea – Trasmissione trimestrale del consumo e valutazioni di appropriatezza

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		Monitoraggio consumo di antibiotici con l'utilizzo del Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve) presso le UUOO degenza. - Report mensile di consumo antibiotici per UO di degenza.
Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni B (10 gg) e P (120gg) (% B + % P)/2
	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.
	Adempimenti richiesti per l'efficientemente dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti (Valuta UOC Cure Primarie)
Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Raggiungere il 9,34 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]
	Rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale nell'Assistenza Domiciliare	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2024 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,50 = 2 punti Livello III (CIA 3): >=2,00 = 3 punti (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)
	Presa in carico da parte dei MMG della popolazione anziana non autosufficiente	Percentuale di MMG che hanno più di 3 pazienti inseriti in ADI > 70% (dato ponderato sulla base dei pazienti in carico)

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
	Appropriatezza, monitoraggio e miglioramento dell'efficienza della spesa protesica	Predisporre report trimestrali finalizzati a valutare: • tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a ordine a consegna all'utente). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. • Costo medio pro capite per utente. • Costo medio pro-capite per soggetto erogatore • Costo medio pro capite per medico prescrittore. • Analisi (costo, n. tipologie) presidi restituiti e presidi riassegnati dopo il riutilizzo. • Riesame trimestrale ai fini della valutazione di appropriatezza delle prescrizioni a maggior costo pro-capite e dei prescrittori con costo medio pro-capite più alto.
Salute mentale e dipendenze	Potenziamento assistenza dell'età evolutiva: produzione e committenza	Migliorare il rapporto produzione specialistica/costo personale medico e Terapisti della riabilitazione
	Presa in carico del paziente psichiatrico: CSM, monitoraggio ricoveri ripetuti.	Monitoraggio dei ricoveri ripetuti presso SPDC o accessi al PS
	Ottimizzazione delle strutture di residenzialità a gestione diretta	Miglioramento dell'indice di occupazione del Posto letto. (percentuale in scheda di negoziazione)
	Prosecuzione progetti finanziati e Casa di Alice	Prosecuzione e rendicontazione trimestrale a Direttore Sanitario e CdG dei progetti finanziati.

Ambito dell'assistenza Ospedaliera

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
Governo dell'emergenza	Monitoraggio e coinvolgimento MMG in relazione ai peggiori *frequent users PS*	Analisi del bisogno di salute dei più assidui frequentatori del PS (Assegnare ai distretti e a ESIS)
	Rete ictus	Eseguire Tac entro 60' dalla richiesta del medico di PS per iperacuti che si presentano a meno di 4,5h dalla comparsa dei sintomi
	Monitoraggio tempo di accesso al trattamento dopo il triage	% di pazienti con urgenza codice 2 che accedono al trattamento entro 15 minuti;
		% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono al trattamento entro 60 minuti
	Appropriatezza e tempo di permanenza in OBI	Tempo di permanenza 6 - 36 h (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
		pazienti che accedono nuovamente al PS dopo 24 e 72 ore dalla dimissione (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
	Tempi di ricovero	Rispetto del tempo di attesa di 24 ore massime per il ricovero (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
	Tempo medio di attesa e appropriatezza dell'accesso	Riduzione percentuale abbandoni e non risponde a chiamata rispetto al 2023 (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
Area dell'efficacia clinica	Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	Analizzare i dati e produrre report su infezioni ospedaliere
		Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.
		monitoraggio trimestrale delle infezioni correlate all'assistenza suddiviso per UU.OO. (alert). Report trimestrale.
		produzione ed invio al Risk Management e al CDG dell'istruzione operativa relativo ai micro organismi alert entro il 29/02/2024

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		Verifiche periodiche in ordine al rispetto delle disposizioni organizzative in tema di contrasto alle infezioni (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione).
	Adesione agli standard di qualità previsti dal programma nazionale esiti	% di colecistectomia laparoscopica con degenza post - operatoria entro 3 gg (1 giornata data intervento). (percentuale target in scheda di negoziazione)
		Proporzione di tagli cesarei primari in maternità obiettivo con < 1000 parti massimo 15% di cesarei.
		% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 20% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)
		Fratture del femore pazienti over 65 anni di età:> 60 % entro 48 h dall'accesso al PS
		PTCA entro 90' dall'accesso al PS > del 70%
	Rispetto liste di attesa chirurgiche	Rispetto dei tempi di attesa regionali; (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Degenza media preoperatoria (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
		Miglioramento rapporto Costo personale medico/DRG rispetto al 2023. (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
		Miglioramento rapporto Dispositivi medici/DRG rispetto al 2023. (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
		Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
		Indice di complessità DRG chirurgico (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		Dimissioni sabato e domenica (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
		Miglioramento degenza media (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)

Ambito degli adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
Qualità e accreditamento	Controlli strutture accreditate	Effettuare la verifica di almeno 25 strutture accreditate. Report trimestrali
	Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice).
	Determinazione Budget e Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art.8 quinquies D.lg. N.502/1992 e s.m.i.	Adozione trasmissione alla Regione Provvedimento Assegnazione Budget entro 30 gg successivi alla comunicazione del Provvedimento Regionale/sottoscrizione 98% dei contratti entro 30gg successivi alla data di caricamento degli stessi
	Qualità e rischio clinico	Elaborazione di un programma per inserire la cultura della qualità nelle strutture aziendali. Individuazione referenti locali per la qualità.
		Approvazione Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2024
	Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture accreditate	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate entro: 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione della remunerazione, in case di cura private e ai laboratori analisi/centri specialistici 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione dei saldi, in relazione agli Ospedali classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari privati

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Qualità e tempestività' nella gestione dei flussi informativi	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R (mensile) e Dispositivi Medici (trimestrale)
		Trasmissione flusso mensile regionale entro il 20 (Sistema Informativo Ospedaliero Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Riabilitazione, Flusso Hospice)
		Controllo relativo alle SDO con abbattimento tariffario e comunicazione alla DM POU per correzione e recupero
		Elaborazione / Trasmissione delle SDO nel rispetto delle scadenze previste dalla regione. Il risultato è frutto della seguente formula: 1-(valore produzione non riconosciuta*100)/(valore della produzione riconosciuta *50)
		Corretta gestione nella indicazione dell'Onere di Degenza su applicativo Gipse.
		Monitoraggio della corretta indicazione dell'onere di degenza prima della dimissione del paziente.
	Dematerializzazione e digitalizzazione degli archivi / censimento e predisposizione fascicoli per la dematerializzazione e digitalizzazione degli archivi	Trasmissione progetto per la dematerializzazione degli archivi entro 30/04. Attuazione progetto entro 30/11 (il progetto nei tempi vale il 50%, la percentuale di esecuzione il restante 50%). L'obiettivo è valutato dal Direttore di Dipartimento.

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
	E-health - sanità digitale - dematerializzate	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.
	E-health - sanità digitale - eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. Produzione riconosciuta > al 98,5 % di quella eseguita.
	E-health - sanità digitale – Fascicolo sanitario	Utilizzo SISMED per l'inserimento dei referti medici nel FSE (percentuale di raggiungimento presente in scheda di negoziazione)
	E-health – sanità digitale – innovazione tecnologica	Facilitare l'utilizzo degli applicativi presenti su office 365 attraverso linee guida e attività formative.
		Utilizzo della identità digitale per l'accesso ai programmi aziendali, rispetto delle indicazioni previste nel Codice Amministrazione Digitale nella evoluzione gestionale del Protocollo aziendale.
		Migrazione dei servizi definiti da ACN "critici" al Polo Strategico Nazionale entro il 2024 e migrazione completa dei dati diagnostici entro il 2025;
	Ottimizzazione contabilità analitica	Acquisizione flussi SIO e SIAS anche per committenza e mobilità passiva
		Incremento della qualità e della completezza del dato relativo alle prestazioni per interni e all'attribuzione dei DRG in caso di trasferimento di reparto
		Trasmissione trimestrale CE di reparto per CDR (30/04 – 31/07 – 30/10 e 31/03/26)

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		Partecipare / organizzare riunioni finalizzate all'analisi dei dati di produzione, dare seguito alle indicazioni del CdG.
		Corretto riparto in sede di regolarizzazione contabile degli incassi derivanti dalle attività previste.
Governo delle risorse umane	Controllo della spesa, programmazione e soddisfacimento del fabbisogno	Rispetto del valore di spesa concordato a bilancio e mantenimento delle sopravvenienze passive entro i 400.000,00 euro
		Relazioni trimestrali sui tempi di reclutamento, distinti per concorso aziendale, e utilizzo graduatorie.
		Analisi trimestrale sulle cause delle cessazioni / trasferimenti / comandi in uscita (esclusi pensionamenti)
	Attuazione CCNL	Predisporre entro il 01/03/24 gli istituti da attuare con cronoprogramma, validato da direzione strategica. Rispetto della tempistica del cronoprogramma.
	Attuazione Piano Azioni Positive e Piano Attuazione Equità	Predisporre convenzioni che garantiscano la fruizione del buono pasto ai dipendenti nei pressi delle sedi aziendali – escluso Grassi (50% dei dipendenti entro il 30/06/24)
		Attivare servizi finalizzati alla presa in carico di soggetti con gravissima disabilità – DAMA / Tobia. Report trimestrale.
		Evento formativo per il contrasto alle discriminazioni di genere nei luoghi di lavoro.
		Evento formativo aziendale sul disability manager.

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		Predisposizione regolamento aziendale sulle ferie solidali.
	Formazione	Predisposizione del Piano Formativo biennale entro il 30/09/24.
		Incentivare processi di formazione peer to peer, sia in ambito clinico che organizzativo che gestionale.
		Promozione di corsi sul benessere del personale.
	Regolamentazione condivisa del personale delle professioni sanitarie	Predisposizione, a seguito costituzione gruppo di lavoro, di linee guida per l'efficace funzionamento delle equipe e gestione organizzativa del personale delle professioni sanitarie.
	Performance individuale	Aggiornare, sulla base delle indicazioni del Ministro per la Pubblica Amministrazione, le linee guida in materia di misurazione e valutazione della performance individuale. (Data di adempimento in scheda di negoziazione)
	Performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalle linee guida aziendali.
Gestione economico finanziaria	Tempistica approvazione adempimenti di bilancio	Rispetto della tempistica regionale legata all'approvazione dei CE Trimestrali, Bilancio Economico 2025, Concordamento 2024, Bilancio di Esercizio 2023. Trasmissione a Cdg file estratto da SIGES, nei tempi previsti da regione. (la somma dei giorni max di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 30 e

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
		riduce in percentualmente il risultato)
	Governo della spesa – rispetto del concordamento	Assegnazione dei budget economici alle strutture entro 30 gg dalla delibera aziendale di presa d'atto del concordamento regionale
		Assegnazione ai negoziatori di spesa dei tetti fissati dal bilancio di previsione aziendale e monitoraggio dell'andamento della spesa. Riunioni ove necessario a seguito dei CE che evidenziano incremento di spesa.
		Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione. (percentuale in scheda di negoziazione)
	Monitoraggio stato pagamenti: blocchi fatturazioni	Riduzione stock di debito bloccato (percentuale in scheda di negoziazione)
	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	Attività di sollecito dei DEC dagli uffici liquidatori per quanto riguarda il rispetto dei tempi di trasmissione della congruità di competenza. (relazione bimestrale al Direttore Amministrativo e al CdG sugli inadempimenti)
		Rispetto dei tempi di liquidazione. =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2
	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità. Adempimenti richiesti/adempimenti eseguiti. Valuta UOC REF.
	Analisi delle modalità di gestione degli incassi delle prestazioni del Dipartimento di	Monitoraggio delle modalità di pagamento e di registrazione delle prestazioni effettuate dal

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
	Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale	Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale. Predisposizione soluzioni innovative con gli strumenti di pagamento della Pubblica Amministrazione
	Modalità di pagamento vaccinazioni non obbligatorie	Possibilità di pagamento tramite il portale Pago PA dal 01/07/2024
Gestione tecnica e attuazione PNRR	Rispetto delle azioni e del cronoprogramma PNRR sia in ordine ai lavori, agli acquisti alla programmazione dell'attività sanitaria	Rispetto degli adempimenti regionali e aziendali relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati
	Rispetto delle azioni e del cronoprogramma PNRR in ordine alla programmazione dell'attività sanitaria	Apertura COT previste
		Predisporre le linee guida per attivare la figura dell'Infermiere di comunità
	Apparecchiature alta tecnologia	Monitoraggio trimestrale del tempo di utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia. Relazione a Direttore del Servizio, Direttore Sanitario e CdG.
	Rispetto dell'attuazione del piano investimenti finanziato	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati
	Rispetto del finanziamento aziendale degli investimenti con rettifiche in conto esercizio	percentuale di utilizzo rispetto alle risorse assegnate
Approvvigionamenti	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2025/26 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2024
		Monitoraggio attuazione piano gare 2024/25
	Attuazione nuovo codice appalti e monitoraggio della	Relazioni trimestrali sulla concreta attuazione del Nuovo Codice degli appalti.

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
	corretta esecuzione degli affidamenti	Formazione Peer to peer in piccoli gruppi per favorire le competenze gestionali relative allo svolgimento del ruolo di RUP e DEC (Percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)
		Raccolta e gestione di tutti gli eventi per tramite di un unico service desk con metodologie standard;
	Aggiudicazioni senza proroga e rinnovo affidamenti	= 1-((**d**elibere **p**roroga/**d**elibere **a**ggiudicazione) + (valore **dp**/valore **da**)) /2
Area del contenzioso	Contenzioso legale e blocco fatture	Comunicazione Ufficio Legale agli uffici liquidatori delle fatture azionate dei passaggi di stato del contenzioso
	Monitoraggio e gestione eventi avversi	Rendicontazione trimestrale alla Direzione Sanitaria degli eventi avversi segnalati.
		Rispetto delle scadenze utili alla difesa dell'azienda;
	Gestione fondo rischi	Trasmissione tempestiva dei accantonamenti del Fondo Rischi ai fini delle elaborazioni di bilancio. Relazione a DA e CdG in caso di modifica dell'accantonamento a conto economico superiore o inferiore del 10%
	Recupero crediti	Analisi entro il 31/03/2024 dei crediti da aggredire e predisposizione cronoprogramma. Rispetto delle azioni previste dal cronoprogramma.

Ambito degli obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
Anticorruzione e trasparenza - privacy	Qualità e aggiornamento delle pubblicazioni.	Adempimenti in tema di pubblicazioni; valutazione da RPCT coerente con la valutazione della griglia da parte dell'OIV. Viene valutato: compliance, completezza, aggiornamento, apertura formato.
	Rispetto obblighi di legge.	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti; RPCT valuta adempimenti richiesti, CdG valuta proattività RPCT.
	Rispetto tempo progettazione gare, e indicazione fabbisogni.	Rispetto dei tempi definiti dalla UOC Approvvigionamenti per la progettazione delle gare e la definizione dei fabbisogni. Valuta UOC Approvvigionamenti sul parametro gg di ritardo.
	Aggiornamento e qualità del Sito Internet	Aggiornamento del sito Internet in ordine a: orari, sedi e modalità di accesso dei servizi, numeri di telefono, individuazione dirigenti e responsabili del procedimento. Valuta UOS Comunicazione
	Rispetto degli adempimenti in tema di privacy - Strutture	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti. Valuta UOC Competence.
	Rispetto degli adempimenti in tema di privacy	Aggiornare le strutture relativamente agli adempimenti in tema di privacy.
Accessibilità ai servizi	Analisi della qualità dell'offerta	Sei analisi per altrettante strutture sul grado di apprezzamento dell'offerta erogata

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO - INDICATORE
	Incremento delle ore / giorni di apertura dei servizi al pubblico	Incremento delle ore di accesso ai servizi per l'utenza. (Contenuto oggetto di negoziazione)
	Garantire il decoro delle sedi in relazione alle comunicazioni all'utenza	Corretto funzionamento dei dispositivi informativi (televisori, monitor, eliminacode) – Corretta gestione degli avvisi cartacei affissi nelle sedi aziendali. Valuta CdG e Comunicazione
	Aggiornare la segnaletica obsoleta dei presidi	Mantenere aggiornata la segnaletica interna alle strutture e per l'accesso alle stesse.

Tali obiettivi vengono declinati e assegnati alle strutture assicurando una costruttiva concertazione ed i relativi approfondimenti con tutti i Direttori/Responsabili ed i Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

In attuazione del D. Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 e s.m.i. e della Legge Regionale n. 1/2011, la Direzione strategica aziendale, con l'adozione del PIAO 2023-2025 dà avvio all'intero ciclo che prevede la successiva emanazione delle linee guida per il processo di budget per l'anno di riferimento e la conseguente contrattazione di budget con i Centri di Responsabilità al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione lavorativa, nell'ottica della valorizzazione del merito.

E' istituito il **Comitato di Budget** che è l'organo deputato all'elaborazione del budget ed ha funzione di indirizzo e controllo dell'intero processo di budget e ne tutela l'unitarietà e la trasparenza. E' inoltre preposto all'analisi degli obiettivi assegnati ai negoziatori, delle schede di autovalutazione, delle proposte per l'incremento della produzione e il miglioramento della qualità dei servizi. Il Comitato è coordinato dall'UOS Controllo di Gestione e ha composizione variabile; vede la presenza anche dei Direttori di Dipartimento.

Il Comitato elabora una proposta di budget che definisce le priorità gestionali e i vincoli d'azione dell'anno di riferimento. La Direzione Strategica valuterà le proposte pervenute dal Comitato di Budget per definire le linee guida strategiche, e assegnare gli obiettivi alle strutture.

Inoltre è da precisare che La Direzione Strategica risponde in modo diverso del ciclo della Performance, in quanto il Direttore Generale è destinatario, dal committente regionale, di obiettivi annuali e di mandato che declina al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo. Gli obiettivi di mandato del Direttore Generale sono stati assegnati con DGR n. 1111 del 30 novembre 2022 gli obiettivi annuali non sono stati ancora assegnati; per la programmazione si è tenuto conto degli obiettivi 2022.

Il Controllo di Gestione procederà alle verifiche trimestrali in ordine al raggiungimento degli obiettivi e proporrà al Direttore Generale la percentuale di raggiungimento finale. Il riconoscimento definitivo della performance avverrà a conclusione del ciclo di valutazione del Direttore Generale da parte della Regione Lazio. Potranno essere riconosciuti acconti economici fino a un massimo del 60%, non prima del mese successivo di erogazione riconosciuta al restante personale.

La valutazione annuale delle performance è suddivisa tra **valutazione individuale** e **valutazione organizzativa**.

Il processo di budgeting e definizione degli obiettivi specifici si articola nelle seguenti tappe:

- Approvazione del PIAO.
- Negoziazione per l'anno 2023 tra Direzione Aziendale e Negoziatori (v. sotto).
- Predisposizione dell'atto deliberativo relativo all'assegnazione degli obiettivi 2024.
- Trasmissione alla UOS Controllo di Gestione entro 30 giorni dalla data in cui è avvenuta la rispettiva negoziazione, degli obiettivi specifici e relative schede di negoziazione tra i Direttori di UOC e Responsabili di UOS o altri titolari di budget, con l'individuazione degli obiettivi specifici per la dirigenza e il comparto;
- Verifica di coerenza degli obiettivi specifici individuati al punto precedente da parte della UOS Controllo di Gestione e conseguente trasmissione alla UOC Risorse Umane.

Procedura di negoziazione

La Direzione Strategica individuerà alcuni obiettivi, nel novero degli obiettivi generali, che siano particolarmente significativi, e che saranno assegnati alla diretta responsabilità del Negoziatore di primo livello, sui quali lo stesso verrà valutato.

La negoziazione si concluderà con la sottoscrizione degli obiettivi generali e delle relative misure e pesi negoziati.

Sottoscrizione e notifica degli obiettivi negoziati

Alla fine del percorso di negoziazione di primo livello, le schede, nella loro versione finale così come formulate in esito al percorso di negoziazione, saranno sottoscritte.
I Negoziatori avranno altresì cura di notificare a tutto il personale afferente alla Struttura gli obiettivi negoziati, che tutti dovranno contribuire a raggiungere. A tal fine verranno notificate le schede di budget negoziate anche al Coordinatore delle professioni sanitarie, che a sua volta le condividerà con il personale del comparto, affinché tutti possano conoscere e contribuire a raggiungere gli obiettivi di Struttura.

Processo di monitoraggio e di valutazione

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 sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento e ai Negoziatori.

Le relazioni dovranno consentire un'analisi di dettaglio e 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 delle azioni da porre in essere in caso di difficoltà 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 di fine anno

Il processo di budget si conclude con la verifica della gestione annuale. La Direzione Aziendale, sulla base dei risultati evidenziati dal sistema di monitoraggio (confronto tra risultati attesi e conseguiti) effettuato dall'UOS Controllo di Gestione, valuta le performance conseguite e predispone la relazione conclusiva sui risultati della gestione di ciascun titolare di budget, che verrà 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 Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario 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).

Risorse

In merito alle risorse economiche disponibili, le stesse sono definite sulla base di quanto previsto nella delibera di adozione del Bilancio preventivo anno 2023 e della delibera di budget economico per i negoziatori assegnatari di budget ed eventuali successive modificazioni.

2.2.1 I NEGOZIATORI

I Negoziatori sono cosi definiti:

- Negoziatori di primo livello: Direttori di Dipartimento, Direttori di UOC, Dirigenti di UOSD nonché Dirigenti di UOS, di Incarico Professionale e di Incarico di base, afferenti alla Direzione Strategica e non soggetti ad una struttura con Direttore di UOC, RSPP.

- Negoziatori di secondo livello: Dirigenti responsabili di UOS.

Si riporta nello schema sottostante l'elenco dei negoziatori di primo livello per l'anno 2024:

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE		**Cognome e Nome**
	UOC SVILUPPO ORG. E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	Dott.ssa Tiziana Chiriaco f.f.
	UOS MEDICINA DEL LAVORO	Direttore Sanitario Aziendale
	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Vacante
	UOS CONTROLLO DI GESTIONE	Dott. Andrea Storri
	UFFICIO LEGALE	Avv. Carmen Di Carlo Avv. Simona Consani
	UOS COMUNICAZIONE	Ing. Valeria Giordano
FUNZIONI DI STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA		
	UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	Dott. Emilio Sergio Giorgio Saverio Scalise
	UOC QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	Dott. Enrico Cicciariello f.f.
	UOC EPIDEMIOLOGIA E SIS	Dott.ssa Maria Grazia Budroni
	UOC ACCREDITAMENTO VIGILANZA E CONTR. STRUTT. SAN.	Dott. Marcello De Masi
	UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	Dott.ssa Anna Maria Iafrate f.f.
DIPARTIMENTO DELLE PROFFESSIONI SANITARIE		Dott.ssa Daniela Sgroi
	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	Dott.ssa Alessia De Angelis f.f.
	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	Vacante
	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	Vacante
DIPARTIMENTO DI MEDICINA		**Dott. Fabrizio Ammirati**
	UOC NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Massimo Morosetti
	UOC CARDIOLOGIA	Dott. Fabrizio Ammirati
	UOC MEDICINA	Dott. Claudio Santini
	UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	Dott.ssa Cristina Spandonaro f.f.
	UOC PEDIATRIA	Dott.ssa Luisa Pieragostini
	UOSD NEONATOLOGIA	Dott.ssa Maria Letizia Fiorenza
	UOSD ONCOLOGIA	Dott.ssa Monica Moreschi
	UOSD GASTROENTEROLOGIA	Dott.ssa Maria Grazia Mancino

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA		**Dott. Andrea Niutta**
	UOC OCULISTICA	Dott. Andrea Niutta
	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dott. Mario Ciampelli
	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Dott. Matteo Troiano f.f.
	UOC CHIRURGIA GENERALE	Dott. Gianluca Mazzoni
	UOSD ANESTESIA	Dott. Francesco Iandimarino
	UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	Dott. Roberto Morello
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		**Dott.ssa Roberta Di Turi**
	UOC FARMACIA OSPEDALIERA	Dott.ssa Roberta Di Turi
	UOC FARMACIA TERRITORIALE	Dott. Salvatore Rosario Accordino f.f.
	UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	Dott. Luca Mele
	UOC LABORATORIO ANALISI	Dott. Stefano Antonaci
	UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	Dott.ssa Patrizia Mocetti
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		**Dott. Giulio Maria Ricciuto**
	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA	Dott. Giulio Maria Ricciuto
	UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Dott. Oscar Tommasini f.f.
	UOSD RIANIMAZIONE	Dott. Fabrizio Marra
D**IPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**		
	UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	Dott.ssa Maria Letizia Eleuteri f.f.
	UOC DISTRETTO X MUNICIPIO	Dott. Filippo Muscolo f.f.
	UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO	Dott. Antonio Vivenzio f.f.
	UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO	Dott. Oliviero Mascarucci f.f.
	UOC AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	Dott.ssa Paola Savina
	UOC MEDICINA LEGALE	Dott.ssa Katarzyna Sowicza f.f.
	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	Dott.ssa Anna Passacantando f.f.
	UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	Dott.ssa Rosanna Clementi
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		**Dott.ssa Simona De Simone**
	UOC SALUTE MENTALE X MUN. E FIUMICINO	Dott.ssa Nicoletta Lucchi f.f.
	UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	Dott.ssa Simona De Simone
	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - GRASSI E SAN CAMILLO	Dott. Pietro Petrini
	UOC SALUTE DIPENDENZE	Dott. Giuseppe Anastasi f.f.
	UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	Dott. Giampaolo Imparato f.f.
	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	Dott. Pierfrancesco Calzetta ad interim
	UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	Dott.ssa Maria Franca Chiossi
	UOSD PREVENZIONE ED INT. PRECOCI IN SALUTE MENTALE	Dott. Renato Maria Menichincheri

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		**Dott. Aldo Benevelli**
	UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Dott. Leonardo Saul Torchia
	UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	Dott. Alberto Valentini
	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	Dott.ssa Orietta Angelosanto
	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Dott. Aldo Benevelli
	UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	Dott.ssa Maria Rita Noviello
	UOSD CANILE SOVRAZONALE	Dott. Giuseppe Cariola
	UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	Dott.ssa Maria Novella Giorgi
	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	Dott. Pierfrancesco Calzetta ad interim
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI		**Dott. Giovanni Farinella**
	UOC APPROVIGIONAMENTI	Dott.ssa Diana Pasquarelli
	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	Ing. Enzo Pietropaolo
	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	Dott. Davide Buoncristiani
	UOSD AFFARI GENERALI	Dott.ssa Cristina Vio
	UOC SISTEMI ICT	Dott. Matteo Montesi
	UOC RISORSE UMANE	Dott. Giovanni Farinella
	UOC AMMINISTRATIVA POU	Dott. Pierfrancesco Calzetta
	RPCT	Dott.ssa Cristina Vio

Il processo di negoziazione del budget, misurazione e valutazione è stato impostato secondo uno schema logico-temporale che prevede le seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi alla singola macroarea come funzionali al raggiungimento dei singoli obiettivi di piano individuati dalla direzione strategica e definizione degli indicatori di raggiungimento e modalità di misurazione;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- negoziazione con gli altri livelli di produzione;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, agli organi di controllo, nonché ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi attraverso la pubblicazione di tutti i documenti e le fasi sulla sezione dedicata del sito aziendale.

Nel documento di pianificazione delle attività (schede di budget) saranno prese in considerazione le seguenti prospettive, oltre quella economico-finanziaria, di governo clinico e appropriatezza già inclusa nell'attuale processo:

- prospettiva del consumatore/utente;
- prospettiva dei processi aziendali;
- prospettiva di governo delle risorse umane.

In particolare, nella prospettiva del consumatore/utente, sarà valorizzata l'attenzione sul processo assistenziale e il momento della cura che devono costantemente tenere conto dell'individualità, del contesto, dell'ambiente sociale e dell'autonomia delle persone.
Tutto il processo, in particolare l'assegnazione degli obiettivi a ciascun Centro di Responsabilità, con i relativi indicatori di misurazione, e, successivamente, il risultato della valutazione sono resi trasparenti attraverso la pubblicazione sul sito aziendale, nella Sezione curata dal Controllo di Gestione, delle deliberazioni del direttore generale di recepimento delle varie fasi: assegnazione degli obiettivi, individuazione degli indicatori di valutazione, valutazione, percentuale di raggiungimento degli obiettivi.

Valutazione e verifica dei risultati

Com'è noto, la legge delega 4 marzo 2009, n. 15 ed il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., innovando la materia della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, anche con riferimento alla revisione del sistema retributivo dei dipendenti, hanno introdotto il concetto della performance riferito all'amministrazione, nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative, e ai singoli dipendenti, in sostituzione del concetto di produttività individuale e collettiva.
L'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, prevede che le amministrazioni valutino annualmente la performance organizzativa e individuale sulla base di un Sistema di misurazione e valutazione della performance, di cui si sono dotate adottando un apposito provvedimento.
In particolare, per gli enti pubblici dipendenti dalla Regione Lazio, ivi compresi gli enti del servizio sanitario regionale, l'articolo 15 della legge Regione Lazio 16 marzo 2011, n. 1, individua le attività che sono di competenza dell'OIV ed i principi generali che ispirano il funzionamento del sistema della valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità.
Nel rispetto della normativa vigente e di quanto disposto dai CC.CC.NN.LL. di categoria, il sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e di valutazione della prestazione e dei risultati;
- le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e di valutazione della prestazione e dei risultati;
- le modalità di raccordo ed integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- le modalità di raccordo ed integrazione con i documenti di programmazione economico finanziaria e di bilancio.

La misurazione e la valutazione della prestazione e dei risultati individuali perseguono, nel rispetto dei principi sanciti dall'articolo 9 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, le finalità di valorizzazione del merito del personale, differenziando in maniera significativa i vari livelli di prestazioni, avuto riguardo all'obiettivo di promuovere lo sviluppo del personale attraverso l'individuazione delle modalità operative più efficaci ed efficienti ai fini del raggiungimento degli obiettivi.
La valutazione individuale è uno strumento fondamentale per lo sviluppo professionale del personale che si inserisce in un più generale processo di razionale e corretta gestione delle risorse umane al quale è collegata l'attribuzione anche di incentivi di natura economica.

Criteri e tempistica delle verifiche

Le verifiche sono intermedie e finali. Le verifiche trimestrali devono essere effettuate in base ai risultati raggiunti al 30 aprile, 30 giugno e al 30 settembre e devono essere relazionate al Controllo di Gestione entro le medesime date.
Tale calendarizzazione sfalsata (4 mesi, due mesi, tre mesi) ha l'obiettivo di rendere efficace il primo monitoraggio, non troppo vicino alla negoziazione e di permettere di cogliere le criticità a metà anno consentendo le opportune azioni correttive.
La verifica finale è relativa ai risultati raggiunti su base annuale al 31 dicembre e deve essere rendicontata entro il 01 marzo 2025.

Le Verifiche intermedie sono finalizzate a verificare l'andamento dell'attività, il grado di raggiungimento degli obbiettivi o la loro irraggiungibilità per motivi indipendenti dalla volontà della struttura. Le difficoltà oggettive rappresentate nelle verifiche trimestrali sono elemento essenziale per l'eventuale valutazione in ordine alla possibilità di sterilizzare gli obiettivi.

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, ove presenti;
- 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.

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario valuteranno le argomentazioni a supporto dell'eventuale mancato raggiungimento dell'obiettivo, per l'opportuna specifica valutazione che verrà successivamente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per la successiva istanza.

La misurazione degli obiettivi avviene con un sistema di ponderazione.

Il sistema di ponderazione tiene conto della articolazione e della specificità delle diverse linee di attività.

Dal punto di vista computazionale il sistema è strutturato attribuendo un punteggio a ciascun obiettivo fino a raggiungere un massimo di cento punti

Le modalità di calcolo del punteggio attribuito ai singoli obiettivi possono avere diverse fattispecie:

Fattispecie di calcolo	Abbr.	Raggiungimento Pieno	Raggiungimento Parziale
SI / NO	SI/NO	100% dei punteggi dell'obiettivo	Non ammesso
Adempimenti temporali	AT	100% dei punteggi dell'obiettivo	Numero adempimenti richiesti / Numero adempimenti effettuati
In base alla % di Raggiungimento	%	Stabilito nel range atteso, garantisce il 100%	E' frutto della formula, se il valore minimo è rispettato, il grado di raggiungimento è pari all' atteso/ raggiunto * 100
gg ritardo	gg	100% dei punteggi dell'obiettivo	1/giorni massimi di ritardo * giorni di ritardo * 100

Nel merito viene previsto a riferimento un livello di raggiungimento minimo, al di sotto del quale non si consegue l'obiettivo.

Nella delibera relativa alla Negoziazione 2024 verrà inserito un allegato relativo a specificare gli adempimenti richiesti e le formule per le modalità di calcolo del raggiungimento dell'obiettivo.

Qualora il mancato o parziale raggiungimento di un determinato obiettivo fosse indipendente dalla effettiva gestione del direttore della struttura, tale obiettivo potrebbe essere sterilizzato, previa autorizzazione della Direzione Strategica. In tal

caso non sarà assegnato alcun punteggio e il punteggio globale sarà poi ricalcolato rapportando a cento il max conseguibile.

In caso di contestazione sulla valorizzazione individuale o organizzativa, qualora non sia possibile comporre la controversia tra valutato e valutatore, l'OIV ascolta le parti e propone un componimento.

Dovrà in ogni caso essere garantita un'adeguata informazione e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione, il contraddittorio e la sottoscrizione della scheda di budget nella quale è indicata la valutazione conclusiva.

2.2.3 PERFORMANCE – SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E ACCESSIBILITÀ

a) OBIETTIVI DI SEMPLIFICAZIONE

Considerato quanto individuato nella sezione "valore pubblico" con specifico riferimento agli obiettivi di Semplificazione, è opportuno premettere che l'Azienda è impegnata in un processo volto a promuovere e a favorire la progressiva reingegnerizzazione dei processi assicurando la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa. A tal fine, il **Disciplinare** prevede misure per semplificare e rafforzare la capacità informatica dell'Azienda, definendo i profili di responsabilità i dovuti divieti migliorando i tempi dell'attività lavorativa delineando:

- 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'implementazione sempre maggiore 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

OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITA' DELL'AMMINISTRAZIONE Considerato quanto individuato nella sezione "valore pubblico" con specifico riferimento agli obiettivi di digitalizzazione, è opportuno premettere che l'Azienda è impegnata in un processo volto a promuovere e a favorire la progressiva digitalizzazione e l'utilizzo dei servizi on-line assicurando la qualità dei servizi ai cittadini. In questo processo, 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 ed all'utilizzo di service desk centralizzato, 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 di implementazione delle soluzioni tecnologiche e digitali all'interno dei processi organizzativi nei diversi ambiti assistenziali, si riportano i servizi di **Telemedicina**, volti a migliorare le attività di assistenza e di intervento precoce nei confronti della popolazione nell'ambito delle patologie croniche e dell'emergenza, e a realizzare una maggiore integrazione di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali.
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.

Nella nostra Azienda sono attivi i seguenti servizi:

- teleconsulto nell'ambito dell'emergenza tra i medici del Pronto Soccorso e gli specialisti degli Hub di riferimento per le reti dell'emergenza, malattie infettive, ictus, trauma. Il sistema informatico utilizzato è regionale,

denominato Teleadvice, e permette di effettuare un teleconsulto sulla base delle immagini radiologiche, analisi di laboratorio e videoconferenza, tra le strutture Hub e Spoke delle Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive.

- Televisita di follow-up e rinnovo dei piani terapeutici: è stata adottata una Procedura aziendale di Televisita (Delibera 782/2022) con l'obiettivo di favorire di l'applicazione uniforme delle norme e dei regolamenti dell'ordinamento giuridico per l'esecuzione delle televisite di controllo per i pazienti afferenti ai setting assistenziali di specialistica ambulatoriale, dimissione protetta, servizi territoriali e domiciliari, servizi ambulatoriali di salute mentale e consultori, e quindi a promuovere il miglioramento della qualità del Servizio Sanitario. Il sistema in uso è integrato con Recup Web ed il Fascicolo Sanitario Elettronico, ed è accessibile per i pazienti anche tramite app.
- Teleassistenza domiciliare presso le Centrali Operative Territoriali, in favore dei pazienti COVID-19 con malattia lieve in gestione domiciliare, pazienti cronici ed anziani a rischio durante le campagne di prevenzione delle Ondate di Calore. L'ultima versione della procedura di teleassistenza aziendale è stata adottata con la Delibera n. 550 del 23 maggio 2023.
- Teleassistenza nefrologica in favore dei pazienti in dialisi domiciliare seguiti presso la UOC Nefrologia e Dialisi del PO GB Grassi di Ostia.
- Controllo remoto dei dispositivi cardiaci (pacemaker, defibrillatori e loop recorder) e televisite di controllo dei pazienti dimessi dalla UOC di Cardiologia del PO GB Grassi di Ostia.

Stante la forte evoluzione del contesto tecnologico e le conseguenti minacce e i rischi di cyber security che sono in continua crescita sia in termini di frequenza di accadimenti che di potenziali impatti sui processi e attività aziendali, l'Azienda ha adottato il "Piano Aziendale per la previsione della mappatura dei rischi e degli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche" (Delibera n. 1266 del 28/12/2022).

Inoltre, in relazione alle indicazioni normative e tecnico organizzative in tema di sicurezza informatica, emanate dalla Regione Lazio, è stato individuato il Referente NIS ai sensi del Decreto Legislativo 18/05/2018, n. 65 Attuazione delle direttive (UE) 2016/1148 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 6 luglio 2016, recante misure per un livello comune elevato di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi nell' Unione.
Infine con specifico riferimento alla sicurezza informatica, si ritiene opportuno richiamare la "Procedura operativa Assistenza Tecnica NOC PA" del Fornitore Fastweb.

c) OBIETTIVI E STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ 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 acceso 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/connessione.

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).

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il Piano triennale per la prevenzione e la trasparenza, oggi parte integrante del PIAO, viene adottato tenendo conto di quanto disposto dal Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'ANAC e avente validità per il prossimo triennio.

Il PTPCT, recependo gli indirizzi contenuti all'interno del vigente Piano Nazionale Anticorruzione, è finalizzato a rafforzare l'integrità dell'Azienda anche mediante la programmazione di efficaci misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La prevenzione della corruzione è volta a prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza generando, in tal modo, valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

Il PTPCT dedica sezioni particolari ai contratti pubblici, al divieto di pantouflage ed agli obblighi della trasparenza.

a) VALUTAZIONE DELL' IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO

La fase storica in cui si colloca il PTPCT, come il PNA, è complessa a causa dei cambiamenti dovuti al superamento del periodo di crisi derivante dalla pandemia nonché alla realizzazione del PNRR. Il rischio corruttivo nella delicata fase di riforma collegata al PNRR, che vede ingenti flussi di denaro e notevoli deroghe alla legislazione ordinaria, rendono l'attività amministrativa ad alto rischio corruttivo che necessitano di un rafforzamento dell'integrità pubblica.
Gli impegni assunti con il PNRR riguardano, in particolar modo, il settore dei contratti; tale settore ha infatti un ruolo fondamentale nel PNA e, di conseguenza, nel PTPCT.
Inoltre, la crisi sanitaria derivata dal COVID e dalle sue drammatiche conseguenze economiche e sociali hanno aperto nuovi spazi per la criminalità organizzata, come ad esempio l'opportunità di reinvestire capitali sporchi provenienti da attività di stampo mafioso o di incrementare l'usura approfittando della debolezza degli imprenditori e delle famiglie.
L'analisi del contesto esterno consente di rilevare le caratteristiche strutturali ambientali, culturali, sociali ed economiche che caratterizza il territorio dell'ASL Roma 3.

Nell'ultimo Rapporto Mafie nel Lazio, a cura dell'Osservatorio Tecnico-Scientifico per la Sicurezza e la Legalità della Regione Lazio si legge: "*Le mafie sono la negazione dei diritti. Opprimono, spargono paura, minano i legami sociali, esaltano l'abuso e il privilegio, usano le armi del ricatto e della minaccia, avvelenano la vita economica e le istituzioni civili. Lottare contro la mafia non è soltanto una stringente e, certo, doverosa esigenza morale e civile. È anche, quindi, una necessità per tutti: lo è, prima ancora che per la propria sicurezza, per la propria dignità e per la propria effettiva libertà. Una necessità per la società, che vuole essere libera, democratica, ordinata, solidale. Per questo motivo, la lotta alle mafie riguarda tutti. Nessuno può dire: non mi interessa. Nessuno può pensare di chiamarsene fuori. È un compito che riguarda ciascuno di noi: nell'agire quotidiano, nei comportamenti personali, nella percezione del bene comune, nell'etica pubblica che riusciamo ad esprimere*".

Il citato Rapporto descrive un quadro d'insieme incentrato all'analisi della presenza delle mafie nella nostra Regione. Nel Rapporto, all'interno del capitolo "Le mafie romane", è presente un paragrafo dedicato a "Le mafie del litorale" ed in particolare si parla di Ostia facente parte del X Municipio.

Secondo l'Osservatorio *"Ostia è un quartiere romano con un'alta densità di popolazione che custodisce un tesoro che è stato oggetto delle attenzioni delle mafie locali: il mare di Roma. Il X Municipio, secondo quanto riportato dall'Osservatorio, è stato il primo Municipio d'Italia sciolto per mafia. Il territorio di Ostia è stato, infatti, profondamente infiltrato dalla criminalità organizzata che, con il metodo mafioso, si è adoperata per la spartizione delle attività imprenditoriali, per la gestione del traffico di stupefacenti e, in tempi più recenti, si è indirizzata anche verso il controllo delle attività di balneazione. Tutto ciò con una escalation di atti intimidatori, allorquando ai Fasciani sono subentrati gli*

Spada che sono stati, tuttavia, duramente colpiti dall'azione di contrasto. Al riguardo, si rammenta la recente sentenza con la quale la corte d'Assise di Roma ha condannato, in primo grado di giudizio, n. 17 imputati nel processo che ha visto coinvolti soggetti appartenenti o congiunti alla famiglia Spada a seguito dell'operazione Eclissi. Da rilevare, seppur riferita ad un evento circoscritto, è la sentenza della corte di Cassazione, depositata il 20.02.2020, con la quale è stata confermata l'aggravante del metodo mafioso nel modus agendi di un elemento di vertice del clan Spada. Lo stesso si era reso responsabile dell'aggressione, che ha avuto ampio risalto mediatico, nei confronti di un inviato che conduceva un'inchiesta giornalistica per una trasmissione televisiva……".

Sempre dal Rapporto Mafie si legge che *"il quadro storico sotto il profilo giudiziario su Ostia è attualmente abbastanza definito. Sebbene Ostia costituisca una realtà ancora complessa e variegata da decifrare sotto il profilo della presenza delle associazioni mafiose autoctone e di altre che usano il metodo mafioso, ad oggi sei sentenze definitive a carico del clan Fasciani e del gruppo Spada hanno già confermato la caratura criminale dei clan che hanno condizionato la vita sociale ed economica dei cittadini di Ostia."*

Dal Rapporto dell'Osservatorio emerge inoltre che Roma, grazie all'estensione del territorio, all'ampio numero di imprese che operano nella città, alla vicinanza con le istituzioni nazionali, offre agli occhi delle organizzazioni criminali un mercato ideale per ogni sorta di investimento, legale e illegale.

Ultimo aspetto considerato nel Rapporto riguarda il rapporto della criminalità economica a Roma con le istituzioni e con il settore degli appalti pubblici; vi si legge, infatti, che *"questi sistemi corruttivi sono massicciamente presenti a Roma e rappresentano il principale problema della capitale. Nel combinato disposto fra mafie e corruzione organizzata possono nascere connubi piuttosto proficui per i bilanci delle mafie che finiscono per attingere a fondi pubblici, attraverso un rapporto esiziale con la pubblica amministrazione, con i funzionari che la gestiscono e il livello politico che a Roma è direttamente rappresentato sul territorio. La fase attuale in cui versa la capitale è fortemente condizionata da un evento senza precedenti, la pandemia. In questo periodo numerosi allarmi sono stati lanciati, anche da strutture nate ad hoc, come il coordinamento investigativo presso il ministero dell'Interno che ha il compito di monitorare gli investimenti in periodo Covid."*

Ancora dal Rapporto emerge che l'emergenza sanitaria rischia di essere la tempesta perfetta per l'ingresso di altri capitali illeciti nel sistema dell'economia legale italiana. Soprattutto in questa fase di nuovi business legati alla sicurezza anticovid e vecchie crisi economiche, le principali strutture regionali e nazionali si sono dotate di nuovi strumenti di controllo per evitare che i capitali illeciti traggano profitto tanto dalla crisi quanto dalla sottovalutazione.

In materia, per un'analisi più compiuta del contesto esterno si rinvia anche alla documentazione disponibili sul sito della Regione Lazio https://www.regione.lazio.it/Osservatorio-legalita-sicurezza.

Nell'analisi del "contesto esterno" il cui fine è quello di identificare la possibilità che si verifichino eventi di tipo corruttivo, in relazione all'ambiente in cui la ASL opera, non può prescindere da un'analisi del c.d. "contesto interno" , di fondamentale importanza per la pianificazione di tutte le sezioni parti integranti del PIAO e della produzione del c.d. "Valore Pubblico", cui si ispira il vigente PNA.

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.

Ai fini di una completa valutazione del contesto interno si dà evidenza del personale in servizio presso la Asl come riportato nella tabella presente nella sezione 3.
L'analisi della distribuzione dei ruoli e delle responsabilità attribuite al personale in servizio presso la Asl è riportata nella tabella di cui all'allegato 9.
Da ultimo, giova rappresentare il dato relativo a procedimenti disciplinari avviati e/o conclusi nell'anno 2023 relativamente a possibili eventi corruttivi.
Nell'anno 2023 sono stati avviati n. 20 procedimenti disciplinari non per fatti riconducibili ad eventi corruttivi; in tali procedimenti è stata contestata anche la violazione del codice comportamentale.
Nell'anno 2023 non risultano pervenute segnalazioni di whistleblowing.

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

Nell'anno 2024 si concluderà la mappatura dei processi iniziata nel 2022, mappatura che vedrà analizzate le correlate misure di prevenzione. Particolare attenzione verrà data ai processi relativi a settori quali autorizzazioni, concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera oltre che al settore degli appalti (sia lavori che beni e servizi).

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.
Al fine di proseguire nella trattazione della valutazione del rischio corruttivo, si è data priorità di intervento ai processi ad elevato e moderato rischio corruttivo organizzando degli incontri con i referenti delle Strutture 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 RISHI 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. La formazione in tema di anticorruzione è 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 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. 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. La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria.

Unitamente alla formazione, la trasparenza costituisce una misura efficace non soltanto ai fini della prevenzione del rischio corruttivo, 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 sovraintende agli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa, assicurando, unitamente alla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni 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, 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 del 2018, è stato approvato il regolamento per l'accesso agli atti, l'accesso civico è l'accesso generalizzato, pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente, ed è stato istituito il Registro degli accessi, anch'esso consultabile on line.

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 smi 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 sovraintende 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, 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. Il Codice viene periodicamente aggiornato. 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. 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 CCNNLL.. 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. A tale riguardo 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 indebito 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 inconferibilità 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)". 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.
Tenuto conto della necessità di adeguare il sistema di segnalazione alle nuove disposizioni normative di cui al D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 nonché alle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2023 del Piano nazionale Anticorruzione - Delibera Anac n. 605 del 19 dicembre 2023 è in programma l'acquisizione di una specifica piattaforma per le segnalazioni whistleblowing.
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" si intende un accordo avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso 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 (Allegato 5). 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.

PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Tenuto conto delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2023 del Piano nazionale Anticorruzione - Delibera Anac n. 605 del 19 dicembre 2023, sono in via di previsione specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito del sistema informatico in uso presso l'Azienda nonché, ove possibile, nel software di aggiornamento dell'AT in fase di acquisizione.

TRASPARENZA

Premesso che dal 1° gennaio 2024, con l'attuazione della digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici (artt. 19-36 del D.Lgs. 36/2023), i relativi adempimenti vanno assolti secondo le nuove modalità definite dal Codice e dalle delibere attuative ANAC. Per assicurare conformità alle norme efficaci dal nuovo anno, occorre dunque:

- Trasmettere tempestivamente i dati relativi alla programmazione e alle procedure dei contratti pubblici alla BDNCP attraverso una piattaforma digitale certificata AgID.

- Pubblicare il link alla BDNCP per ciascuna procedura nella sottosezione "Bandi di gara e contratti" dell'Amministrazione Trasparente sul sito istituzionale.

- Nella stessa sottosezione, pubblicare i dati, gli atti e le informazioni individuati dall'allegato I alla Delibera ANAC n. 264, come modificata e integrata dalla Del. 601/2023.

È stato inoltre abrogato l'obbligo di predisporre il file XML con l'elenco delle procedure svolte nell'anno precedente e dell'invio alla ANAC della PEC, come previsto dall'art. 1, co. 32, della Legge n. 190 del 2012 (abrogato dall'art. 226 del D.Lgs. 36/2023).

LA TRASPARENZA APPLICABILE NEL PERIODO TRANSITORIO E A REGIME: SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI

Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023

La pubblicazione nella *"Sezione Amministrazione trasparente"* sottosezione *"Bandi di gara e contratti*", deve avvenire secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.

Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023

L'assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.

Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024

La pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Si riportano, di seguito, le tipologie di misure di contenimento dei rischi corruttivi in relazione alla realtà organizzativa dell'Azienda:

NORMA	**POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI**	**POSSIBILI MISURE**
Art. 50 D. Lgs. 36/2023 – Appalti sotto soglia comunitaria	Affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici	Previsione di procedura interna che individuino criteri oggettivi di rotazione nella nomina dei RUP
Art. 76 D. Lgs. 36/2023 – Appalti sopra soglia comunitaria	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui all'art. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare: - dell'unicità dell'operatore economico; - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante	Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre delle motivazioni che hanno indotto la stazione appaltante a ricorrere alle procedure negoziate

Art. 53 D.L.. 77/2021 – Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di *e-procurement* e acquisto di beni e servizi informatici in applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia *cloud* nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026 anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento	Improprio ricorso alla procedura negoziata piuttosto che ad altra procedura di affidamento per favorire determinati operatori economici per gli appalti sopra soglia	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la stazione appaltante a ricorrere alla procedura negoziata, anche per gli importi superiori alla soglia UE

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare si indicano, qui di seguito, i nominativi dei soggetti responsabili di ogni pubblicazione (elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati, monitoraggio sull'attuazione degli obblighi):

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **DISPOSIZIONI GENERALI**						
Denominazione sotto-sezione 2 ello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**ggiornamento**	**UOC responsabile a produzione dei dati da ubblicare sul ito aziendale**	**UOC responsabile della pubblicazione sito aziendale**
no triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la enzione della corruzione ella trasparenza (PTPCT) ora incluso nel PIAO	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. 1 comma 2 bis Legge 190/2012	Annuale (art. 10, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	Trasparenza Prevenzione Corruzione
Attestazioni OIV o struttura analoga	Art. 31 D. lgs 33/2013	Attestazioni OIV o struttura analoga	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere CiVIT	OIV	ontrollo di Gestione
Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale ubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI
		Atti amministrativi generali	Direttive, ircolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sull'organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ro nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI

	Art. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	CC disciplinare, e l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e e sanzioni (pubblicazione on line in alternativa sione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) e di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UOSD AFFARI GENERALI UPD	UOSD AFFARI GENERALI

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **ORGANIZZAZIONE**						
Denominazione sotto-sezione 2 livello Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile la produzione dei da pubblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le rmazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Competenze e risorse a disposizione ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 13, c. 1, lett. d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per ualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SISTEMI ICT	URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **CONSULENTI E COLLABORATORI**						
Denominazione otto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**nominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei i da pubblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile a pubblicazione sul sito aziendale**
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a ggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli ati con contratto di collaborazione coordinata ntinuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale UOC RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE
			Per ciascun titolare di incarico:			
	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale C RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE
	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		6. compensi 7. comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale C RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE
	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		8. dati relativi allo svolgimento 9. di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale C RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE
	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale UOC	UOC RISORSE UMANE/ UOS ORMAZIONE/ UFFICIO

					RISORSE TECN. E PATR.	LEGALE/ URP
	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOC RISORSE UMANE Formazione Ufficio legale UOC RISORSE TECN. E PATR.	UOC RISORSE UMANE/ UOS ORMAZIONE/ UFFICIO LEGALE/ URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **PERSONALE**						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile della produzione dei dati da pubblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale**
carichi amministrativi di vertice (Segretario generale, Capo Dipartimento, Direttore generale o posizioni assimilate)	Art. 14, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (da pubblicare In tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della ubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE/ URP
	Art. 14, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi ministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica ministrazione con indicazione dei soggetti percettori, ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE/ URP
			Per ciascun titolare di incarico:			
	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 14, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) compensi, 2) comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, ed ammontare erogato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOSD AFFARI GENERALI
	Art. 14, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) dati relativi 4) allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali, e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		5) dichiarazione s 6) sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7) dichiarazione 8) sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	
	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	SSN- Incarichi amministrativi di vertice (da	Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i enti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI

		pubblicare in tabelle)	Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e ll'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	URP
			Per ciascun titolare di incarico:			
			1) curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
			2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali mponenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e ollaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE URP
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI
Dirigenti (dirigenti non generali)	Art. 15, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i genti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE URP
	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e ll'ammontare erogato (NB: sono da includersi ia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE URP
			ascun titolare di incarico:			
	Art. 10, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 15, c. 1, lett. b), l.lgs. n. 33/2013		1) Curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 15, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, specifica evidenza delle eventuali componenti iabili o legate alla valutazione del risultato, e a arichi di consulenza e collaborazione da parte ell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 15, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di he in enti di diritto privato regolati o finanziati	Tempestivo ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE

			a pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali, e relativi compensi			
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	UOC RISORSE UMANE	URP
Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e ponsabili di strutture emplici e complesse)	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN – Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Bandi e avvisi di selezione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
			Informazioni e dati oncernenti le procedure di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti ipendenti della pubblica amministrazione (NB: no da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC SORSE UMANE
			mi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di esponsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti estranei alla pubblica ministrazione con indicazione dei soggetti percettori, ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	URP
			Per ciascun titolare di incarico di responsabile di dipartimento e di struttura complessa:			
			1) curriculum vitae	Tempestivo ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
			2) compensi, comunque denominati, relativi al apporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla azione del risultato, e a incarichi di consulenza ollaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Posizioni organizzative	Art. 10, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative atti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese nute, nell'ambito del quale sono rappresentati relativi alla dotazione organica e al personale ettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare rdo al personale assegnato agli uffici di diretta laborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree ssionali, con particolare riguardo al personale	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE

			nato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico			
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di retta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo plessivo del personale con rapporto di lavoro non a npo indeterminato, articolato per aree professionali, particolare riguardo al personale assegnato agli uffici etta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a un dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Relazioni Sindacali	UOC RISORSE UMANE
Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Relazioni Sindacali	UOC RISORSE UMANE
	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, resa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Relazioni Sindacali	UOC RISORSE UMANE
	Art. 10, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI
	Art. 10, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI	UOSD AFFARI GENERALI
	Par. 14.2,		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE	UOC RISORSE

	delib. CiVIT n. 12/2013				UMANE	UMANE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **BANDI DI CONCORSO**						
ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC Responsabile la produzione dei da pubblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile della pubblicazione sul sito aziendale**
	Art. 19, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
	Art. 19, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco dei bandi espletati	Elenco dei bandi in corso e dei bandi espletati nel corso dell'ultimo triennio con l'indicazione per ciascuno di essi, del numero dei dipendenti assunti e delle spese effettuate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		UOC RISORSE UMANE
	Art. 23, cc. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 1, c. 16, lett. d), l. n. 190/2012	Dati relativi alle procedure selettive	Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera	Tempestivo		UOC RISORSE UMANE
			Per ciascuno dei provvedimenti:			UOC RISORSE UMANE
			1) oggetto			UOC RISORSE UMANE
			2) eventuale spesa prevista			UOC RISORSE UMANE
			3) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento			UOC RISORSE UMANE

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **PERFORMANCE**						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da oblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione ul sito aziendale**
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
Piano della Performance	Art. 10, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE	CONTROLLO DI GESTIONE
Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE	CONTROLLO DI GESTIONE
Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 2.1, delib. CiVIT n. 6/2012	Documento OIV di lazione della Relazione sulla Performance	Documento dell'OIV validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	CONTROLLO DI GESTIONE
Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, arenza e integrità dei controlli interni	Par. 4, delib. CiVIT n. 23/2013	Relazione OIV sul funzionamento del Sistema	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del ema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	ONTROLLO DI GESTIONE
Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE UMANE	UOC RISORSE UMANE
			Ammontare d ei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Entità del premio mediamente conseguibile dal personale dirigenziale e non dirigenziale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **ATTIVITà E PROCEDIMENTI**						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da bblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione ul sito aziendale**
Tipologie di procedimento		logie di procedimento a pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:			
	Art. 35, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) nome del responsabile del procedimento, nitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del vvedimento finale, con l'indicazione del nome esponsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi piti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del edimento per la conclusione con l'adozione di provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento 'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e urisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore ell'interessato, nel corso del procedimento nei ronti del provvedimento finale ovvero nei casi i adozione del provvedimento oltre il termine redeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, , lett. i), d.lgs. n. 33/2013		link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, , lett. l), d.lgs. n. 33/2013		modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN dentificativi del conto di pagamento, ovvero di tazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i gamenti mediante bonifico bancario o postale,	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP

			ero gli identificativi del conto corrente postale l quale i soggetti versanti possono effettuare i gamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento			
	Art. 35, ett. m), d.lgs. n. 33/2013		nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. n), d.lgs. n. 33/2013		12) risultati delle indagini di customer satisfaction otte sulla qualità dei servizi erogati attraverso diversi canali, con il relativo andamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
			Per i procedimenti ad istanza di parte:			
	Art. 35, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e ulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
	Art. 35, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		ffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e dalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
Dichiarazioni sostitutive uisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti onici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a stire, garantire e verificare la trasmissione dei i o l'accesso diretto degli stessi da parte delle nistrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
		Convenzioni-quadro	Convenzioni-quadro volte a disciplinare le modalità di accesso ai dati da parte delle nistrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
		Modalità per l'acquisizione d'ufficio dei dati	Ulteriori modalità per la tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP
		Modalità per lo olgimento dei controlli	riori modalità per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle amministrazioni procedenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **PROVVEDIMENTI**						
Denominazione o-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da oblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione ul sito aziendale**
Provvedimenti Dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei rocedimenti di: autorizzazione o concessione; elta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla dalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	Albo Pretorio Online
	Art. 23, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno dei provvedimenti:			
			1) contenuto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	Albo Pretorio Online
			2) oggetto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	Albo Pretorio Online
			3) eventuale spesa prevista	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	Albo Pretorio Online
			remi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	tutti gli assetti aziendali	Albo Pretorio Online

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **BANDI DI GARA E CONTRATTI**						
Denominazione sotto-sezione vello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei ti da pubblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile pubblicazione sito aziendale**
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013 63, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avviso di preinformazione	Avviso di preinformazione	Da pubblicare ondo le modalità e le pecifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura oziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	Da pubblicare ondo le modalità e le pecifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 122, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi, bandi ed inviti	Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo dalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 124, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le pecifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori soprasoglia comunitaria	Da pubblicare secondo dalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture soprasoglia comunitaria	Da pubblicare ondo le modalità e le pecifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013 t. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di lavori nei settori speciali	Da pubblicare ondo le modalità e le pecifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI

	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 t. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di servizi e forniture nei settori speciali	Da pubblicare ondo le modalità e le pecifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 65, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sui risultati della ocedura di affidamento	Avviso sui risultati della procedura di affidamento	Da pubblicare ondo le modalità e le pecifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 37, d.lgs. n. 33/2013 t. 66, 223, d.lgs. n. 163/2006	sistema di icazione	Avvisi periodici indicativi e avvisi sull'esistenza di un sistema di qualificazione - settori speciali	ubblicare secondo le lalità e le specifiche eviste dal d.lgs. n. 163/2006	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013	Informazioni ulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati a ensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate con Comunicato del esidente dell'AVCP del 22 maggio 2013)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	ROVVIGIONAMENTI OC RISORSE NOLOGICHE E ATRIMONIO C FARMACIA OSP. C SISTEMI ICT
	Art. 1, 2, l. n. 190/2012 . 3, delib. AVCP n. 26/2013		Struttura proponente	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 1, 2, l. n. 190/2012 . 3, delib. AVCP n. 26/2013		Oggetto del bando	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Procedura di scelta del contraente	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 . 3, delib. AVCP n. 26/2013		Elenco degli operatori invitati a presentare te/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIONAMENTI
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 . 3, delib. AVCP n. 26/2013		Aggiudicatario	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	UOC APPROVVIGIONAMENTI

					OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	
	Art. 1, 2, l. n. 190/2012 . 3, delib. AVCP n. 26/2013		Importo di aggiudicazione	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIO NAMENTI
	Art. 1, 2, l. n. 190/2012 . 3, delib. AVCP n. 26/2013		Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIO NAMENTI
	Art. 1, 2, l. n. 190/2012 . 3, delib. AVCP n. 26/2013		Importo delle somme liquidate	Tempestivo	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIO NAMENTI
	Art. 1, 2, l. n. 190/2012 . 3, delib. AVCP n. 26/2013		belle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno ecedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, rocedura di scelta del contraente, elenco degli eratori invitati a presentare offerte/numero di renti che hanno partecipato al procedimento, udicatario, importo di aggiudicazione, tempi di ompletamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	UOC ROVVIGIONAMENTI UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO OC FARMACIA OSP. UOC SISTEMI ICT	UOC APPROVVIGIO NAMENTI

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile a produzione dei da pubblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile della pubblicazione l sito aziendale**
Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le odalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, di ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi onomici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
tti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un egamento con la pagina a quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di usione di dati da cui sia possibile ricavare formazioni relative allo	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, di ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo rt. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
			Per ciascun atto:			
	Art. 27, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome 'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo . 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
	Art. 27, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo . 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
	Art. 27, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo . 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
	Art. 27, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario igente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo . 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti DSM UOC Med.Leg UOC SERT Dip. Prevenzione	URP
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	estivo 26, c. 3, d.lgs. n. 13)	etti Med.Leg SERT	URP

					Prevenzione	
	Art. 27, c. 1, lett. d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	estivo 26, c. 3, d.lgs. n. 13)	etti Med.Leg SERT Prevenzione	URP
	Art. 27, c. 1, lett. d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum del soggetto incaricato	estivo 26, c. 3, d.lgs. n. 13)	etti Med.Leg SERT Prevenzione	URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **BILANCI**						
Denominazione sotto-sezione vello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da oblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 rt. 1, c. 15, l. n. 190/2012 rt. 32, c. 2, l. n. 69/2009 . 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE/URP
	Art. 29, d.lgs. n. 33/2013 rt. 1, c. 15, l. n. 190/2012 rt. 32, c. 2, l. n. 69/2009 . 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE/URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO**						
Denominazione sotto-sezione vello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da oblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	atrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE CNOLOGICHE E PATRIMONIO	UOC RISORSE ECNOLOGICHE E PATRIMONIO
Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE CNOLOGICHE E PATRIMONIO	UOC RISORSE ECNOLOGICHE E PATRIMONIO

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE**						
Denominazione sotto-sezione vello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da oblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Rilievi organi li controllo e revisione	i non recepiti, unitamente agli atti cui si cono, degli organi di controllo interno, degli i di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo x art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI / Direzione Amm. Aziendale	URP
		Rilievi Corte dei conti	i rilievi ancorché recepiti, unitamente agli atti riferiscono, della Corte dei conti riguardanti nizzazione e l'attività dell'amministrazione o di i uffici	Tempestivo x art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD AFFARI GENERALI / Direzione Amm. Aziendale	URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **SERVIZI EROGATI**						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da bblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
Carta dei servizi e standard di qualità	32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	a dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	URP	URP
Costi contabilizzati	Art. 32, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 rt. 1, c. 15, l. n. 190/2012 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, evidenziando quelli effettivamente ostenuti e quelli imputati al personale per ogni izio erogato e il relativo andamento nel tempo	Annuale rt. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	C CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA	URP
Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 32, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempi medi di erogazione dei servizi a pubblicare in tabelle)	Tempi medi di erogazione dei servizi (per ogni zio erogato) agli utenti, sia finali che intermedi, riferimento all'esercizio finanziario precedente	Annuale (art. 10, 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	URP
Liste di attesa	Art. 41, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa a pubblicare in tabelle)	Tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE**						
Denominazione sotto-sezione vello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**ggiornamento**	**C responsabile la produzione dei dati da blicare sul sito aziendale**	**C responsabile a pubblicazione sito aziendale**
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	icatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore empi medi di pagamento relativi agli acquisti di i, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti)	Annuale . 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	UOC RISORSE ECONOMICO NANZIARIE/URP
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 . 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN dentificativi del conto di pagamento, ovvero di tazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i agamenti mediante bonifico bancario o postale, ero gli identificativi del conto corrente postale ul quale i soggetti versanti possono effettuare i agamenti mediante bollettino postale, nonchè i	Tempestivo x art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	UOC RISORSE ECONOMICO NANZIARIE/URP

			codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento			

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE**						
Denominazione to-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da oblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
	Art. 41, d.lgs. n. 33/2013	Strutture arie private accreditate a pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale rt. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AVCSS	URP
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale rt. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AVCSS	URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **ALTRI CONTENUTI - CORRUZIONE**						
Denominazione sotto-sezione vello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da oblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
	Art. 10 mma 8 lett. a D. Lgs 33/2013	Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza	Annuale	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione
	Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1 comma 8 L. 90/2012 edelib. T n. 105/2010 e 2/2012	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della rruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione
	Art. 1, 4, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile	Annuale art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE

			della prevenzione della corruzione recante i ltati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)			Trasparenza e Prevenzione Corruzione
	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza venzione Corruzione

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **ALTRI CONTENUTI - ACCESSO CIVICO**						
enominazione sotto-sezione ello (Tipologie di dati)	**iferimento ormativo**	**enominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**ggiornamento**	**C responsabile la produzione dei dati da blicare sul sito aziendale**	**C responsabile a pubblicazione sito aziendale**
Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 2 comma 9 bis L. 241/1990	ccesso civico semplice oncernente documenti, informazioni soggette blicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della ruzione e della trasparenza cui è presentata la ichiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei iti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RP / Responsabile Trasparenza e Prevenzione Corruzione	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP
	Art. 5, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico eralizzato concernente i e documenti ulteriori	Nomi Uffici petenti cui è presentata la richiesta di accesso civico nonché modalità per l'esercizio di tale tto, con indicazione dei recapiti telefoni e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP
	Linee Guida ANAC FOIA (del.1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso civico con cazione dell'oggetto e della data della richiesta né del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP	RESPONSABILE Trasparenza e Prevenzione Corruzione/URP

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) **ALTRI CONTENUTI - ACCESSIBILITÀ E CATALOGO DI DATI, METADATI E BANCHE DATI**						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da oblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
	Art. 52, d.lgs. 82/2005 e smi	Regolamenti	amenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Annuale	OC SISTEMI ICT	URP
	Art. 52, d.lgs. 82/2005 e smi	Catalogo di dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni	Annuale	OC SISTEMI ICT	URP
	Art. 9, d.l. n. 179/2012	bbiettivi di accessibilità pubblicare secondo le cazioni contenute nella colare dell'Agenzia per alia digitale n. 61/2013)	bbiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli menti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)	Annuale art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	OC SISTEMI ICT	URP
	Art. 63, cc. 3-bis -quater, d.lgs. n. 82/2005	vvedimenti per uso dei servizi in rete	nco dei provvedimenti adottati per consentire l'utilizzo di servizi in rete, anche a mezzo di intermediari abilitati, per la presentazione telematica da parte di cittadini e imprese di nunce, istanze e atti e garanzie fideiussorie, per l'esecuzione di versamenti fiscali, contributivi,	Annuale	OC SISTEMI ICT	URP

			previdenziali, assistenziali e assicurativi, per la iesta di attestazioni e certificazioni, nonchè dei iini e modalità di utilizzo dei servizi e dei canali telematici e della posta elettronica (l'obbligo di pblicazione dovrà essere adempiuto almeno 60 orni prima della data del 1 gennaio 2014, ossia entro il 1 novembre 2013)			
ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) ALTRI CONTENUTI - DATI ULTERIORI						
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**UOC responsabile ella produzione dei dati da bblicare sul sito aziendale**	**UOC responsabile lla pubblicazione sul sito aziendale**
	Art. 4, d.lgs. n. 33/2013 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di bblicazione di dati non sti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati ersonali eventualmente senti, in virtù di quanto osto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le bbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di ubblicare ai sensi della normativa vigente e che on sono riconducibili alle sottosezioni indicate		Tutti gli assetti aziendali	URP

MONITORAGGIO RICHIESTE ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO PERVENUTE

L ’accesso civico è un diritto introdotto dall’art. 5 del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016.
Si distingue in:

- accesso civico semplice che consente a chiunque - senza indicare motivazioni - il diritto di pretendere da una pubblica amministrazione la pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" di documenti, informazioni e dati nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione medesima;
- accesso civico generalizzato che consente a chiunque - senza indicare motivazioni - il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D.Lgs.33/2013.

La richiesta di accesso civico semplice deve essere presentata al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) via mail (amministrazione.trasparente@aslroma3.it), via posta elettronica certificata (protocollo@pec.aslroma3.it), consegna a mano, raccomandata postale.
La richiesta di accesso civico generalizzato non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente.
L’istanza di accesso civico generalizzato identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e NON richiede motivazione.
L’istanza può essere trasmessa per posta elettronica certificata **(**protocollo@pec.aslroma3.it**)**, via mail, consegna a mano, raccomandata postale e presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti
- all'Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP

Nel corso del 2023, sono pervenute: n.ro 2 richiesta di accesso civico semplice e n.ro 3 richieste di accesso civico generalizzato, tutte riscontrate.

f) MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. Il presente piano tende a rafforzare l'impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato.

L'attività di monitoraggio vedrà coinvolti anche i Referenti dell'anticorruzione; in una prima fase l'attività di monitoraggio sarà effettuata su un campione pari al 30% dei dati pubblicati a partire dai dati segnalati dall'ANAC come da verificare.

Il monitoraggio sarà effettuato quadrimestralmente/trimestralmente.

Il monitoraggio non riguarderà esclusivamente la trasparenza amministrativa ma il controllo sul se e come le misure di trattamento del rischio vengono attuate dando anche una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contestare.

L'attività di monitoraggio può avere ad oggetto anche attività non preventivamente pianificate ma emerse a seguito di segnalazioni pervenute tramite il canale del whistleblowing.

L'attività di monitoraggio deve essere programmata su di un triennio. Tale attività dovrà coinvolgere diversi soggetti, tra cui "Stakeholders" e soggetti della società civile.

La programmazione del monitoraggio ha il fine di evidenziare ka centralità ed il ruolo proattivo dei soggetti responsabili, la corretta modalità di espletamento delle verifiche, nonché il ruolo dei responsabili.

Il monitoraggio verrà svolto su tutti i processi, su tutte le misure programmate, con particolare attenzione agli obiettivi ed ai fondi del PNRR.

Strumenti operativi utili per una buona attuazione dell'attività di monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure sono:

- predisporre una check-list;
- realizzare incontri periodici con i responsabili delle misure;
- utilizzare strumenti informatici volti a facilitare l'attività di monitoraggio.

MONITORAGGIO SULLA TRASPARENZA

Il monitoraggio sulla trasparenza è volto a verificare se l'amministrazione ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente; se siano stati individuati i responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

Il monitoraggio è, altresì, volto a verificare la corretta attuazione della disciplina dell'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la capacità dell'Azienda di censire le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione è un controllo successivo, si riferisce a tutti i dati pubblicati su Amministrazione Trasparente.

Spetta all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni fornite annualmente dall'ANAC. L'OIV attesta, oltre alla presenza/assenza del dato o documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi sulla completezza del dato.

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione dell'OIV a all'invio ad ANAC, assume le iniziative finalizzate all'implementazione delle misure di trasparenza e/o ne adotta ulteriori.

Strumento operativo utile alla corretta pubblicazione dei dati è il ricorso all'utilizzo di strumenti informatici.

Altro possibile strumento è quello di predisporre report – anche attraverso griglie excel di compilazione) specifici da parte dei responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati; tale strumento realizza un controllo e un monitoraggio continuo.

Il RPCT comunica all'Ufficio Disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione segnalandone i nominativi anche al vertice dell'Azienda e all'OIV.

Il monitoraggio sugli obblighi di trasparenza deve essere svolto sovente, con periodicità, soprattutto per quanto concerne l'utilizzo delle risorse finanziarie connesse agli interventi del PNRR.

All'interno dell'Azienda che è anche soggetto realizzatore di alcune azioni nell'ambito del PNRR, è necessario procedere ad individuare le attività e le responsabilità ai fini della collaborazione con le autorità competenti per il contrasto del fenomeno del riciclaggio e finanziamento al terrorismo.

A tal fine, l'Azienda provvederà a nominare "gestore" un dirigente aziendale quale delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni di cui all'art. 10 del D. Lgs. 231/2007.

MONITORAGGIO INTEGRATO DELLE SEZIONI DEL PIAO

Oltre alle attività di monitoraggio sopra specificate, il legislatore ha introdotto il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO.

Monitoraggio integrato:

Fattispecie	Criticità	Ruolo pro-attivo del RPCT
Mancata programmazione da parte del responsabile delle Risorse Umane di assunzioni di personale qualificato idoneo a ricoprire i posti da ruotare	Difficoltà di attuare la misura della rotazione ordinaria del personale	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle Risorse Umane per capire le ragioni/cause di tale difficoltà per poi disporre le necessarie iniziative in materia di Risorse Umane volte anche a consentire di attuare la rotazione
Mancata previsione in bilancio di adeguate risorse finanziarie pre procedere alla informatizzazione della strategia di prevenzione della corruzione	Impossibilità dell'Azienda di adeguare i sistemi informatici per una migliore programmazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle risorse finanziarie/Sistemi informativi per capire le ragioni/cause della mancata previsione di risorse in bilancio affinché vengano intraprese le necessarie iniziative

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.

Le criticità riscontrate durante la fase del "Monitoraggio integrato delle sezioni PIAO" possono, altresì avere risvolti sulla "Performance" del PIAP.

L'OIV dovrà confrontarsi con il RPCT, chiedere informazioni e documentazioni a vario titolo, delle quali sarà possibile evincere la coerenza tra obiettivi strategici e misure di prevenzione della corruzione.

Allo stesso modo, il RPCT dovrà tener conto delle risultanze emerse dalla Relazione sulla Performance, affinché possa comprenderne gli scostamenti rispetto agli obiettivi strategici programmati in materia di prevenzione del rischio ed individuarne le misure correttive.

IL PANTOUFLAGE

Il termine pantouflage viene utilizzato per indicare il passaggio di dipendenti dal settore pubblico a quello privato. La norma dispone, nello specifico, il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto dell'Azienda, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda svolta attraverso i medesimi poteri.

La ratio del divieto di pantouflage è volta a garantire l'imparzialità delle decisioni pubbliche e a scoraggiare comportamenti impropri e non imparziali, fonti di possibili eventi corruttivi da parte del dipendente che, nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali, potrebbe precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

Il potere autoritativo della pubblica amministrazione implica l'adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari; pertanto si ritiene che il legislatore consideri tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale.

Si può, pertanto, ricomprendere anche l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario quali atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere.

Sono esclusi dal pantouflage gli incarichi di natura occasionale, privi del carattere di stabilità.

In caso di violazione del divieto, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione, sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi non possono contrattare con l'Azienda per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti.

Specifiche misure relative al pantouflage sono inserite nel Codice Etico-comportamentale dell'Azienda (**Allegato 3**).

Inoltre, con il presente atto, si dispone quanto segue:

- negli atti di assunzioni del personale, sia dirigenziale che non dirigenziale, devono essere inserite apposite clausole che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- dichiarazione, a cura delle Risorse Umane, da far sottoscrivere nei tre anni precedenti alla cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare contestazioni in ordine alla mancata conoscenza della norma;
- comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione dal servizio, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro nel settore privato;
- dichiarazione, da rendere una tantum all'inizio dell'incarico, con cui l'interessato avente un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato, si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
- obbligo, da inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Azienda, in violazione del divieto di pantouflage;
- inserimento nei bandi di gara, nonché negli atti di autorizzazione e concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici di qualunque tipo a enti privati, come anche nelle convenzioni, di un richiamato esplicito al divieto di pantouflage;
- inserimento di apposite clausole nel patto di integrità sottoscritto dai partecipanti alle gare;
- attività di formazione specifica in materia di pantouflage per i dipendenti in servizio;

- verifiche del corretto adempimento da parte del RPCT che può avvalersi della collaborazione degli uffici competenti (es. Ufficio gare, ufficio personale, ecc).

L'Azienda procederà alle verifiche, in via prioritaria, nei confronti dell'ex dipendente che non abbia reso la dichiarazione d'impegno. Nel corso dell'anno 2024 la verifica sarà effettuata sul 10% dei dipendenti cessati nel triennio precedente dando priorità ai dipendenti che abbiano rivestito ruoli apicali. Il controllo sarà effettuato attraverso l'interrogazione di banche dati liberamente consultabili in Azienda o cui l'Azienda abbia l'accesso in virtù di convenzioni stipulate per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.
Nel corso del 2024 si procederà alle verifiche anche nei confronti dei dipendenti che abbiano reso la dichiarazione con le stesse modalità descritte nel paragrafo precedente.
Nel caso pervengano segnalazioni circa la violazione del divieto del pantouflage da parte di un ex dipendente il RPCT, al fine di scoraggiare segnalazioni infondate, prenderà in considerazione solo quelle ben circostanziate.

CONFLITTI DI INTERESSI IN MATERIA DI CONTRATTI PUBBLICI

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. Come noto, si configura conflitto di interessi quando la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa, al fine di favorire l'interesse personale dello stesso funzionario o di terzi con cui sia in relazione.
La gestione del conflitto di interessi assume un rilievo speciale nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti, uno dei settori a maggior rischio corruttivo.
La principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'Azienda e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto.
Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi del PNRR e fondi strutturali, il PNA ritiene che i dipendenti, per ciascuna tipologia di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento. Per i contratti che non utilizzano i fondi del PNRR è sufficiente una dichiarazione solo al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP e dei commissari di gara.
Il RPCT prevede misure di verifica, anche a campione, delle dichiarazioni sul conflitto di interessi rese dai soggetti interessati ed interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi.

Il RPCT, nel corso del 2022, ha proposto l'adozione "Regolamento rotazione incarichi", nel quale è prevista, fra l'altro, quale misura di prevenzione, la rotazione dei RUP; tale misura è finalizzata a prevenire l'insorgenza di "Conflitti di interessi" nello svolgimento delle procedure ad evidenza pubblica ed a limitare il verificarsi di conflitti di interesse in ogni fase del procedimento di gara e, allo stesso tempo, monitorerà eventuali scostamenti rispetto alle misure previste nel PIAO.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 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 dell'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 dell'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 sanitaria.

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

3.2 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.
Introdotto 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 integrate con le disposizioni della contrattazione collettiva nazionale relativa al triennio 2019-2021 che disciplina 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.

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 preferibilmente 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.
Tuttavia il Ministro per la Pubblica Amministrazione nella direttiva del 29 dicembre 2023 definisce "il lavoro agile come volano di flessibilità orientato alla produttività e alle esigenze dei lavoratori, sensibilizza la dirigenza delle PP.AA. ad un utilizzo degli strumenti di flessibilità che la disciplina di settore, ivi inclusa quella negoziale, già consente al fine di salvaguardare i soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, garantendo al dipendente che documenta gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza."
Pertanto visti:

- gli artt. 18-26 della Legge n. 81 del 22 maggio 2017 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"
- gli artt. 79-80 del CCNL Comparto 2019-2022;

visto:

- il Regolamento Aziendale di disciplina del lavoro in modalità agile (cd. Smart working);

e alla luce di quanto esposto nella suddetta Direttiva del Ministro del 29 dicembre 2023 sull'applicazione del lavoro agile, questa Amministrazione garantisce ai lavoratori cd. fragili che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere la prestazione di lavorativa in modalità agile mediante sottoscrizione dell'accordo individuale e a seguito di apposite prescrizioni del medico competente circa la deroga al criterio della prevalenza.
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 80 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)

Il DPCM 23 settembre 2021 ha previsto, a partire dal 15 novembre 2021, la cessazione del lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Il successivo decreto del Ministro per la pubblica amministrazione dell'8 ottobre 2021 ha previsto che il lavoro agile può essere autorizzato solo attraverso la previsione ed il rispetto delle condizioni stabilite dall'art. 1 comma 3, del citato DM, tra cui la necessaria predisposizione aziendale e sottoscrizione di un accordo individuale.

In attuazione delle summenzionate prescrizioni normative, a decorrere dal 15 ottobre 2021, questa Amministrazione ha programmato il graduale rientro del personale in servizio.

Nelle more di una regolamentazione definitiva dell'istituto da parte della contrattazione collettiva, l'Azienda ha continuato a garantire lo svolgimento dello *smart-working* attraverso l'elaborazione di linee guida e presupponendo la formulazione di una richiesta scritta, da parte dei lavoratori, attraverso la compilazione di un'apposita istanza in cui venivano specificati i termini e le condizioni in condivisione con il Dirigente o Responsabile della Struttura di appartenenza.

Attraverso il presente documento di programmazione, a seguito dell'adozione del C.C.N.L. 2019 – 2021, Comparto Sanità che, in un'apposita sezione, disciplina il Lavoro Agile, l'Azienda conforma il proprio ordinamento a quanto previsto nel contratto.

Il lavoratore che intende svolgere lo smart – working deve preventivamente formulare formale richiesta attraverso un modulo (Allegato 6 – *Modulo di richiesta per l'autorizzazione dello smart-working)* seguito dalla stipulazione di un accordo individuale con il Dirigente/Responsabile della struttura al quale appartiene, in cui vengono riportati i termini e le modalità di svolgimento della prestazione agile *(Allegato 7 – Accordo individuale).*

Le Linee Guida allegate forniscono ulteriori indicazioni circa la modalità "agile" di svolgimento della prestazione lavorativa (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 similari.
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 fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto, nonché le giornate di sabato, domenica e festivi.
Durante le giornate di s*mart-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, con l'entrata in vigore del nuovo Contratto Collettivo Nazionale del Comparto Sanità, Triennio 2019-2021, del 02 novembre 2022, che ha tra l'altro, differenziato le due diverse tipologie del lavoro da remoto e del lavoro agile, l'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, prevede, 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

La Legge Finanziaria 2023 in vigore dal 1° gennaio 2023, prevede una nuova proroga fino al 31 marzo 2023 allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori "fragili" secondo la quale: "*Fino al 31 marzo 2023, per i lavoratori dipendenti pubblici e privarti affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministero della salute di cui all'art. 17, comma 2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11, il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro, ove più favorevoli*".
favorevoli".
Successivamente:

- il Decreto Legge n. 198/2022 cd. "Decreto MILLEPROROGHE 2023 (convertito con Legge n. 14 del 24/02/2023) proroga fino al 30 giugno 2023 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori "fragili";
- il Decreto Legge n. 48/2023 cd. "Decreto LAVORO 2023 (convertito con Legge n. 85 del 03/07/2023) proroga fino al 30 settembre 2023 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori "fragili";
- il Decreto Legge n. 132/2023 cd. "Decreto PROROGHE 2023 (convertito con Legge n. 170 del 27/11/2023) proroga fino al 31 dicembre 2023 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori "fragili";
- il Decreto Legge n. 145/2023 cd. "Decreto ANTICIPI 2023 (convertito con Legge n. 191 del 15/12/2023) proroga fino al 31 marzo 2024 lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile per i lavoratori "fragili".

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione nella direttiva del 29 dicembre 2023 definisce "il lavoro agile come volano di flessibilità orientato alla produttività e alle esigenze dei lavoratori, sensibilizza la dirigenza delle PP.AA. ad un utilizzo degli strumenti di flessibilità che la disciplina di settore, ivi inclusa quella negoziale, già consente al fine di salvaguardare i soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, garantendo al dipendente che documenta gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza."

Il medico competente, a seguito della visita, avrà cura di trasmettere il certificato contenente la prescrizione di

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 inidoneità 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. 7).
Il dipendente sarà sottoposto a visita medica a scadenze di 3 o 6 mesi da parte del medico competente aziendale.

e) ADOZIONE STRUMENI 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.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE
TRIENNIO 2023 – 2025

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP) è lo strumento strategico e programmatico deputato all'individuazione e alla soddisfazione delle esigenze di personale relativamente alle funzioni aziendali ed agli obiettivi della performance per il perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia intesa come qualità dei servizi resi ai cittadini, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Tali principi, fungendo da corollari della disciplina del fabbisogno del personale, trovano la massima espressione applicativa delle seguenti fonti normative:

- D. Lgs. n. 165/2001;
- D. Lgs n. 150/2009;
- D. Lgs n. 74/2017;

- D. Lgs n. 75/2017;

- "*Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche*" del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione di cui al Decreto 8/5/2018 pubblicato sulla GU del 27/7/2018;

- Nota Regione Lazio n. U0840623 del 19/10/2021;

- Decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*;

- DGR n. 1005 del 30 dicembre 2021 recante "*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato*"

- DGR 26 luglio 2022, n. 643, "*Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77*";

- Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 (PIAO Asl Roma 3);

- Linee Guida per la predisposizione della documentazione da parte delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio (Prot. n. 1213534 del 30.11.22);

- Determinazione Regione Lazio n. G18206 20/12/2022 recante Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "*Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77*" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento".

- Deliberazione Regione Lazio n. 869 del 7 dicembre 2023 avente ad oggetto: "*Programmazione della Rete Ospedaliera 2024 – 2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015*"

PREMESSA

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, il presente piano aggiorna le previsioni del Piano Triennale dei Fabbisogni 2022-2024 (in attesa di approvazione regionale) e le previsioni di cui alla deliberazione n. 364 del 30.03.2023 con la quale è stato approvato il PIAO 2023-2025, 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.

Tuttavia, le previsioni del Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR), e le successive statuizioni nazionali e regionali di riferimento, definiscono una riforma dell'assistenza sanitaria principalmente indirizzata al potenziamento del territorio, sia di visone che da un punto di vista strutturale, con la realizzazione di specifiche strutture dedicate (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriale COT-A/COT-D, Ospedali di Comunità) nonché servizi assistenziali di prossimità (IFeC, UCA).

L'elaborazione del presente Piano, pertanto, è stata effettuata dall'Azienda tenendo in considerazione i seguenti elementi:

- la rilevazione del fabbisogno incrementale rispetto al personale già a disposizione alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, nonché tenendo presente il numero di cessazioni e il numero di assunzioni previste per l'anno di riferimento;
- la rilevazione del fabbisogno di personale da destinare all'attuazione delle previsioni del PNRR, anche in coerenza con il cronoprogramma regionale di attivazione degli interventi strutturali;
- il Piano della performance 2023 – 2025 che l'Azienda ha approvato con Deliberazione n. 163 del 14.02.2023 per il medesimo triennio temporale di riferimento che definisce i seguenti obiettivi strategici generali e obiettivi operativi di salute.

- obiettivi generali di salute e funzionamento di ordine sanitario

    - prevenzione della salute
    - assistenza territoriale
    - assistenza ospedaliera
    - autosufficienza sangue e derivati
    - funzionamento del pronto soccorso
    - appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
    - esito e appropriatezza clinica

- obiettivi generali di salute e funzionamento di ordine organizzativo

    - patrimonio immobiliare e tecnologie sanitarie
    - gestione del personale

- rischio clinico e sicurezza del paziente
- appropriatezza farmaceutica
- trasparenza e corruzione
- attuazione dei PAC
- mantenimento equilibrio economico finanziario

- obiettivi operativi di salute

  - *empowerment* del cittadino con partecipazione dello stesso ai PDTA attraverso sistemi di miglioramento della qualità progettata quale "*il mystery client*" ed "*audit civico*"
  - implementazione della formazione degli operatori e degli adolescenti sulla violenza di genere
  - ottimizzazione dei percorsi di *screening*
  - ottimizzazione dei percorsi vaccinali con completa copertura delle coorti
  - miglioramento dell'accessibilità ai servizi e garanzia dei tempi previsti per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali
  - incremento dei volumi di prestazioni ambulatoriali
  - miglioramento dell'assistenza chirurgica erogata in ospedale, con incremento dei volumi e dell'indice medio di complessità
  - miglioramento dell'integrazione ospedale territorio, in funzione dell'avvio della riorganizzazione prevista dal PNRR
  - miglioramento della comunicazione con l'utente attraverso un puntuale aggiornamento e ottimizzazione del sito internet e azioni finalizzate a monitorare la soddisfazione dello stesso
  - implementazione della integrazione socio sanitaria e sociale
  - implementazione della umanizzazione delle cure di ostetricia e ginecologia e maggiore collaborazione nel rapporto tra attività ospedaliera e linee di attività consultoriale.

Tenuto conto delle indicazioni regionali di cui alla nota Regione Lazio n. U1288406 del 10/11/2023, avente ad oggetto le "*Indicazioni in merito alla predisposizione dei Piani triennali del fabbisogno 2023 - 2025*", al fine comunque di fornire un quadro esaustivo della programmazione aziendale nel triennio di riferimento, nel presente documento il fabbisogno di personale per l'attuazione delle misure del PNRR sarà indicato in una sezione dedicata.

L'AZIENDA

Gli interventi e le azioni su cui l'Azienda delinea le proprie scelte organizzative sono di seguito elencate:

- Presa in carico "globale" della persona con i suoi bisogni di salute;
- Presa in carico "attiva" della fragilità e della cronicità;
- Prossimità e accessibilità dei servizi;
- Misurabilità e valutazione delle prestazioni, della performance delle singole strutture organizzative e degli esiti;
- Sicurezza delle cure;
- Integrazione ospedale e territorio;
- Multidisciplinarità e integrazione professionale;
- Efficientamento della gestione;
- Integrazione di funzioni interaziendali;
- Sviluppo di politiche di valorizzazione delle risorse umane e professionali;
- Razionalizzazione del numero delle strutture attivabili, in modo da evitare duplicazioni di discipline nei medesimi ambiti assistenziali, sovrapposizione di funzioni e/o frammentazione dell'offerta.

Con deliberazione n. 13 del 09/01/20 l'Azienda ha approvato il vigente Atto Aziendale. Nella ASL Roma 3, oltre alle funzioni di staff della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria, è presente la seguente articolazione dipartimentale:

- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento Salute Mentale;
- Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio sanitaria;
- Dipartimento dei Servizi;
- Dipartimento di Medicina;
- Dipartimento di Chirurgia;
- Dipartimento Emergenza e Accettazione;
- Dipartimento Professioni Sanitarie;
- Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi.

Sono presenti altresì tre Aree Funzionali:

- Area Funzionale Interdipartimentale per lo sviluppo delle attività di telemedicina ad integrazione ospedale territorio e per la medicina specialistica;
- Area Funzionale Interdipartimentale integrazione ospedale territorio per screening e diagnostica per immagini;
- Area Funzionale delle Attività Amministrative Decentrate

Il Dipartimento è l'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.

L'area funzionale è un aggregato di attività svolte da strutture diverse tra di loro, il cui scopo è il raggiungimento coordinato di un obiettivo trasversale e comune a tutte le strutture coinvolte (assistenziali o tecnico-amministrative). L'area funzionale deve essere considerata una "forma organizzativa di coordinamento" in grado di sostenere processi aziendali complessi e flessibile rispetto alla dinamicità evolutiva delle realtà assistenziali.

LA MISSION E LA VISION DELL'ASL ROMA 3

La 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.

L'Azienda svolge la sua azione ispirandosi ai seguenti principi:

- Eguaglianza ed equità: il cittadino ha diritto al rispetto della propria dignità di persona nell'utilizzare i servizi sanitari, senza alcuna distinzione di sesso, razza, nazionalità, religione, lingua ed opinioni politiche. Particolare attenzione e cura viene prestata, nell'erogazione del servizio, nei confronti di categorie di utenti in condizioni di fragilità sociale e/o psico-fisica;

- Imparzialità: l'erogazione dei servizi è garantita in situazioni, condizioni e atteggiamenti di imparzialità e di giustizia;

- Continuità: il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo regolare e continuo nella costante ricerca del miglioramento dell'accesso;

- Diritto di scelta: il cittadino ha diritto, nei limiti e nelle forme previsti della normativa, a scegliere la struttura sanitaria presso cui farsi curare, ovunque sul territorio nazionale ed europeo, nei limiti previsti dalla normativa;

- Partecipazione: i cittadini delle comunità di riferimento hanno il diritto, attraverso i propri rappresentanti e nelle forme previste dalle normative vigenti, di partecipare alle scelte aziendali. Il cittadino può formulare osservazioni e suggerimenti per il miglioramento del servizio e fornire una propria valutazione sulla qualità delle prestazioni fruite;

- Trasparenza: ciascun operatore ha il dovere di far conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane come impegno ad utilizzare in maniera ottimale il bene pubblico.

- Centralità della persona: il cittadino è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico.

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.

- 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.

- promuove lo sviluppo di un sistema organizzativo gestionale che intercetti i bisogni dei cittadini e garantisca continuità di processi assistenziali ad intensità modulata al fine di favorire l'integrazione ospedale-territorio potenziando le cure primarie, la prevenzione e lo sviluppo della rete territoriale e riorganizzando l'offerta di assistenza ospedaliera secondo il modello per intensità assistenziale.

- assicura il raggiungimento di percorsi assistenziali appropriati attraverso la ridefinizione di un sistema articolato in reti che integri le diverse articolazioni della stessa struttura ospedaliera e assicuri l'integrazione fra diversi ospedali - in una logica bidirezionale Hub e Spoke - e l'integrazione dell'ospedale con i servizi territoriali.

- favorisce, attraverso lo sviluppo della "rete territoriale", l'implementazione di modelli di pratica professionale con le caratteristiche della "sanità di iniziativa", secondo i principi, le strategie e gli strumenti propri dei modelli innovativi ed efficaci di gestione della cronicità.

Nel perseguimento dei propri obiettivi strategici, l'Azienda ritiene imprescindibile l'apporto di personale professionalmente preparato e si impegna all'uso ottimale delle risorse, nella consapevolezza del loro essere per definizione limitate rispetto a bisogni virtualmente illimitati.

IL CAPITALE DELLA ASL ROMA 3 NEL 2023

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 31/12/2023, compresi i comandati in entrata ed esclusi quelli in uscita, suddiviso per ruolo e per genere. Si rileva come la distribuzione per genere presenta un equilibrio per la dirigenza mentre per il comparto il genere femminile rappresenta i due terzi del totale.

Descrizione Dipendente	Personale	Totale complessivo
COMPARTO	Ruolo Amministrativo	236
	Ruolo Professionale	2
	Ruolo Sanitario	1.167
	Ruolo Tecnico	257
COMPARTO Totale		1.662

Descrizione Dipendente	Personale	Totale complessivo
DIRIGENZA	Ruolo Amministrativo	14
	Ruolo Professionale	5
	Ruolo Sanitario	462
	Ruolo Tecnico	3
Dirigenza Totale		484
Totale complessivo		2.146

Il personale convenzionato titolare di incarico ammonta (alla data del 31/12/2023) a n. 236 unità.

I CRITERI

In ragione di quanto sopra argomentato, e i criteri che hanno sostanzialmente guidato la formulazione del presente Piano e la definizione del fabbisogno quali-quantitativo di risorse umane, sono i seguenti:

- Strategicità delle linee di attività, con specifico riferimento al Piano di efficientamento aziendale
- Situazioni di particolare carenza di risorse, al fine di assicurare l'erogazione dei LEA
- Funzioni tecnico-amministrative imprescindibili
- Vincoli economici (costo del personale e portafoglio cessati/cessandi/*budget* assunzionale)

Prima di definire il PTFP si è verificata la percorribilità degli interventi di revisione organizzativa (mobilità interna ed esterna) per alleggerire le strutture organizzative, eliminando le duplicazioni e razionalizzando gli assetti.

È stato fondamentale definire fabbisogni prioritari o emergenti individuando le professionalità infungibili non fondandole esclusivamente su logiche di sostituzione ma verso nuove professioni necessarie per rendere più efficiente e al passo con i tempi l'organizzazione del lavoro e le modalità di offerta dei servizi al cittadino attraverso le nuove tecnologie.

La determinazione dei fabbisogni di personale è pertanto coerente con le risorse economiche definite in fase di assegnazione del *budget* ed è garantito il rispetto dei vincoli e dei limiti di spesa assunzionali.

In applicazione della determinazione regionale n. G14499 del 24.11.2021, e successiva determinazione regionale G13726 dell'11.10.2022, l'Azienda ha concluso i percorsi di stabilizzazione (previsti dalla L. 234/2021, art. 1, comma 268, lett. b) nell'anno 2023, per le seguenti unità e profili:

- 15 dirigenti
- 7 infermieri
- 2 assistenti sanitari
- 2 tecnici di radiologia medica
- 3 tecnici di laboratorio biomedico
- 7 operatori socio sanitari
- 2 assistenti sociali

Nel corso dell'anno 2024 si stima la realizzazione di ulteriori stabilizzazioni in considerazione del fatto che l'Azienda ha già richiesto l'autorizzazione regionale ad avviare le procedure riservate al personale in possesso dei requisiti previsti dalla L. 234/2021, art. 1, comma 268, lett. b, come modificato e integrato dal D.L. n. 198/2022 convertito con modificazioni in L. n. 14/2023.

LA SOSTITUZIONE DI PERSONALE

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). In merito alla necessità di procedere alle sostituzioni ordinarie derivanti dalle cessazioni di personale, i costi per tali tipologie di personale sono contemplati nel valore complessivo della spesa annuale.

In virtù di ciò l'Azienda procederà direttamente 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.

Per quanto concerne le cessazioni attese per il 2025, non pienamente identificabili a seguito delle variazioni del sistema pensionistico in corso, si rappresenta che comunque saranno integrate negli aggiornamenti successivi del Piano.

In tabella sono riportate, con scopo di sintesi, esclusivamente le cessazioni note a tempo indeterminato. In allegato al presente documento sono riportati i dettagli per mese e tipologia contrattuale. La riportata classificazione del personale del comparto per quanto non allineata alle nuove previsioni contrattuali è in applicazione di quanto previsto dalla nota regionale n. U1289406 del 10.11.23.

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2025 TI
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	7	5	2
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	0	1	1
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	10	2	2
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	13	2	4
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO	1	0	0
COMMESSO	1	1	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO	3	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - DIETISTA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB.	0	0	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (FISIOTERAPISTA)	5	2	4
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (LOGOPEDISTA)	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (ORTOTTISTA)	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (RIAB. PSICHIATRICA)	0	0	0
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	52	15	6

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2025 TI
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. ESPERTO	5	3	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. (OSTETRICA)	4	1	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. AUDIOMETRISTA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	10	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. PERFUSIONISTA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	7	1	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (EDUCATORE PROFESSIONALE)	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TERAP. NEURO E PSICOM. ETA' EVOL.	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO	7	1	2
TECNICO ANATOMIA PATOLOGICA	0	0	0
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	5	1	1
COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	2	0	1
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	0	0	1
ASSISTENTE TECNICO	2	0	0
OPERATORE TECNICO	1	0	1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	0	2	0
OSS	6	2	0
OTA	0	0	0
PROGRAMMATORE	0	0	0
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE ESPERTO	0	0	0
AVVOCATO	0	0	0
VETERINARIA	0	2	1
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	1	0	0
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	0	0	0

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2025 TI
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	0	0	0
MEDICO TOSSICOLOGO	0	0	0
SANITÀ ANIMALE	2	1	0
ANATOMIA PATOLOGICA	0	0	1
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	0	0
ANGIOLOGIA	0	0	0
CARDIOCHIRURGIA	0	0	0
CARDIOLOGIA	3	2	2
CHIRURGIA GENERALE	1	0	0
CHIRURGIA VASCOLARE	0	0	0
CURE PALLIATIVE	0	0	0
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	1	0	0
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	0	1	0
EMATOLOGIA	0	0	0
ENDOCRINOLOGIA	0	0	0
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	3	0	1
GASTROENTEROLOGIA	0	0	0
GERIATRIA	0	0	0
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	2	1
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	1	0	0
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	0	1	0
MALATTIE INFETTIVE	0	0	0
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	0	0	0
MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	0	0	0
MEDICINA DELLO SPORT	0	0	0

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2025 TI
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	5	0	0
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	0	1	0
MEDICINA INTERNA	2	1	1
MEDICINA LEGALE	2	0	0
MEDICINA TRASFUSIONALE	0	2	1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	0	0	0
NEFROLOGIA	0	1	0
NEUROFISIOPATOLOGIA	0	0	0
NEUROLOGIA	0	0	0
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	0	0
ODONTOIATRIA	1	0	0
OFTALMOLOGIA	2	0	0
ONCOLOGIA	0	0	0
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	3	3	0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	1	0
OTORINOLARINGOIATRIA	0	0	0
PATOLOGIA CLINICA	0	0	0
PEDIATRIA	0	0	0
PSICHIATRIA	7	2	1
RADIODIAGNOSTICA	4	0	0
SCIENZA DELL’ALIMENTAZIONE E DIETETICA	0	0	0
UROLOGIA	0	0	0
ANALISTA	0	0	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	0	1	0
INGEGNERE INFORMATICO	0	0	0

Disciplina/Qualifica	Cessazioni 2023 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Cessazioni stimate per fabbisogno 2025 TI
INGEGNERE	0	0	0
STATISTICA SANITARIA E BIOMETRIA	0	0	0
STATISTICO	0	0	0
BIOLOGO	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AREA DELLA RIABILITAZIONE	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITRIE OSTETRICHE	0	0	0
FARMACISTA	0	0	0
PSICOLOGO	9	4	2
SOCIOLOGO	1	0	0
COLL.PROF.SAN.ESPERTO - TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	0	0	0
Totale	**196**	**64**	**39**

PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE PER LE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Le azioni che hanno caratterizzato l'anno 2023 e che caratterizzeranno l'anno 2024, dal punto di vista operativo, saranno orientate principalmente alla copertura del turn over.

L'Azienda prevede per il triennio 2023 – 2025 di procedere gradualmente ad un potenziamento dei servizi, sia di carattere assistenziale sia di prevenzione, tramite l'adeguamento della dotazione organica dei Dipartimenti ospedalieri anche legato all'attuazione del PNRR rispetto alle aree di intervento.

Ponendo l'attenzione ai bisogni dei prossimi anni saranno privilegiate scelte orientate verso un sistema di implementazione delle prestazioni rese presso il POU Grassi procedendo 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.

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 pediatri a contratto libero-professionale, ulteriori posti letto di **Cardiologia**, nonché posti letto di **area chirurgica**, anche al fine sia del recupero delle attività di elezione inevase nel periodo emergenziale Covid-19 sia di garantire quanto richiesto dal Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.).

Alla luce di quanto sopra, si rende pertanto necessario acquisire dirigenti medici pediatri; dirigenti medici disciplina Medicina d'Urgenza e Accettazione e OSS per la Terapia Semintensiva; dirigenti medici disciplina anestesia e rianimazione e OSS da assegnare alla UOSD Rianimazione nonché dirigenti anestesisti per la UOSD Anestesia.

Lo sviluppo della struttura deve dare spazio poi a diverse modalità organizzative volte all'ottimizzazione dell'impiego di risorse umane e tecnologiche; nel corso dell'anno 2023, infatti, è stata riattivata la **Week Surgery** e precisamente sono stati destinati 5 posti letto alla Chirurgia e 3 posti letto all'Ortopedia.

Al fine di garantire un sistema efficiente deve essere prevista la riattivazione della **Holding Area**, prevedendo per quest'ultima il reclutamento di dirigenti specialisti in medicina interna, dirigente medico chirurgo e dirigente medico ortopedico, per la facilitazione della presa in carico con particolare attenzione alla prevenzione del fenomeno del sovraffollamento del PS.

Si evidenzia, infine, 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. 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 di dirigenti radiologi e di 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 gastroenterologi.

I criteri, pertanto 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 Provincie autonome, in data 20.12.2017.

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 Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- Funzione di committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, con la Direzione Generale dell'ASL, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.

- Funzione di produzione, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

- Funzione di garanzia, ossia di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale. In particolare, l'organizzazione del distretto, così come indicato nella normativa vigente deve garantire: - l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; - il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate; - l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

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 programmatoria in riferimento gli aspetti socio-sanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ) e Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Alla luce di quanto sopra sarà necessario prevedere il reclutamento di Dirigenti Medici disciplina O.S.S.B., referenti medici da assegnare ai Distretti Comune di Fiumicino, Municipio X e Municipio XI, Medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, Dirigenti Medici disciplina medicina interna e pneumologia, CPSI e Collaboratori/Assistenti Amministrativi.

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, come precedentemente descritto, si rende necessario acquisire nel corso dell'anno 2024 professionisti nella figura di Assistenti Sociali, alcuni da assegnare al P.O. e al CPO.

Inoltre, al fine di garantire la piena funzionalità delle nuove tecnologie radiologiche acquisite per i presidi 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, si rende necessario prevedere entro il 2024 il reclutamento di dirigenti medici radiologi e TSRM.

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 2024.

La U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (SISP) risulta coinvolta direttamente, in via esclusiva, nell'erogazione dei seguenti LEA del livello "*Prevenzione collettiva e sanità pubblica*" che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli; in particolare:

Anno di riferimento 2022 - Linee di attività:

- Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive (204.288);
- Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive (853);
- Vaccinazioni (101.988);
- Medicina del viaggiatore (3219);
- Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva (1);
- Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica (5);
- Tutela della salute e dei fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato (293);
- Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni (98);
- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo (12);
- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria (133);
- Tutela della popolazione dal rischio "amianto" (23);
- Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici (3);
- Prevenzione e sicurezza nell'uso delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti (47);
- Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) (16);
- Tutela della collettività dal rischio radon (0);
- Controllo delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici, nell'ambito del SNPS (5).

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.

La U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (SIOA) opera sui Municipi X-XI-XII e sul Comune di Fiumicino, svolgendo le seguenti linee di attività.

Anno di riferimento 2022 - Linee di attività:

- Controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare n. 536;
- Ispezione post-mortem sui suini allevati per uso familiare e sulla selvaggina cacciata (cinghiali e daini) n. 46 ispezioni su n. 488 capi;
- Monitoraggio igienico sanitario acque costiere per classificazione finalizzata alla pesca dei molluschi bivalvi vivi n. 70 uscite;
- Gestione delle tossinfezioni alimentari n. 3;
- Campionamenti di alimenti di origine animale n. 485
- Gestione esposti presentati dai cittadini per alimenti alterati n. 3;
- Gestione dei sistemi di allerta europei (RASFF) n. 76.

La U.O.C. SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE (SAIAPZ) svolge attività ed eroga prestazioni nell'ambito dei seguenti LEA:

- Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici);
- Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali;
- Riproduzione animale;
- Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale;
- Controllo sul benessere degli animali da reddito;
- Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffusive degli animali;
- Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive degli animali;
- Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali;
- Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza;
- Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione;
- Igiene urbana veterinaria - Controllo delle popolazioni sinantrope – Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani;
- Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi;
- Prevenzione e controllo delle zoonosi – Controllo delle popolazioni sevatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente;
- Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione;
- Soccorso degli animali a seguito di incidente stradale;
- Registrazione stabilimenti del settore alimentare (produzione primaria) ai sensi della normativa vigente;
- Sorveglianza sugli stabilimenti registrati (produzione primaria);
- Sorveglianza sulla presenza di residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti e OGM negli alimenti, in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli;
- Sorveglianza su sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano;
- Gestione stati di allerta alimenti per animali e gestione emergenze.

Anno di riferimento 2022

Per completezza si evidenzia che, nel territorio di competenza di questa Asl, insiste un patrimonio zootecnico rilevante composto da n. 1022 stabilimenti zootecnici (bovini, ovicaprini, equidi, suini, avicoli, apicoltura, acquacoltura e specie minori) con un patrimonio zootecnico prevalente di bovini (15519 capi), ovicaprini (13426 capi) ed equidi (2576 capi), dati Sistema Informativo Veterinario - anno 2022.

Il controllo delle malattie infettive e diffusive negli animali da reddito prevede che i capi vengano sottoposti ad accertamenti sanitari annuali, nel corso del 2022 ne sono stati eseguiti 14075.

Per il contenimento di focolai di malattie infettive vengono effettuati sopralluoghi, indagini epidemiologiche e campionamenti che, nel 2022, sono stati n. 131.

Controlli ufficiali di sicurezza alimentare (farmasorveglianza, benessere animale, tracciabilità, igiene mangimi) vengono eseguiti annualmente sugli operatori delle filiere alimentari, nel 2022 sono stati 172.

Per attività relative alla tutela del benessere degli animali d'affezione e controlli su condizioni igienico-sanitarie in ambiente urbano su richiesta di cittadini o pubbliche istituzioni in media di ricevono 120 segnalazioni annue.

Le attività clinico-chirurgiche svolte in favore dei gatti di colonia e cani Liberi Accuditi presso gli ambulatori veterinari di via dell'Imbrecciato e via Forni sono state nel 2022 n. 830.

In relazione all'attività di anagrafe canina vengono iscritti circa 1200 cani, rilasciati o rinnovati annualmente in media n. 1300 passaporti e 500 certificati di espatrio per animali da compagnia.

La U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (S.Pre.S.A.L.) è chiamata a svolgere molteplici attività istituzionali finalizzate a tutelare e promuovere la salute e la sicurezza ed a prevenire gli infortuni e le malattie professionali dei lavoratori operanti presso le aziende ubicate nel territorio della ASL Roma 3, che si attestano

numericamente in circa 17.500 aziende, tra le quali sono ricomprende l'Aeroporto Internazionale di Roma Fiumicino, n. 7 industrie 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 Lazzaro Spallanzani.

Le attività richieste al Servizio PreSAL sono ricomprese nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) di cui al DPCM 12 gennaio 2017, riportati alla voce "*Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro*".

Anno di riferimento 2022

Linea di Attività	**Descrizione prestazioni effettuate**	**N.**
Autorizzazione e Certificazione	sopralluoghi autorizzativi	92
	insediamenti produttivi sottoposti a vigilanza e/o controllo	60
Vigilanza, Ispezione, Controllo	sopralluoghi di vigilanza programmati eccetto edilizia	370
	sopralluoghi di vigilanza in edilizia	160
	sopralluoghi di vigilanza su input	124
	insediamenti produttivi sottoposti a controllo	347
	valutazione documentazione tecnico - amministrativa	859
	comunicazioni all'autorità giudiziaria (art.365 CP e DPCM 308/2002)	117
	comunicazioni all'autorità giudiziaria (infortuni sul lavoro)	31
	comunicazioni all'autorità giudiziaria (malattie professionali)	9
	comunicazioni all'autorità giudiziaria (altre)	21
	provvedimenti amministrativi e giudiziari	105
	comunicazioni all'autorità giudiziaria relative alla verifica delle prescrizioni impartite	157
	relazioni a seguito di interventi su esposto	96
Attività sanitaria	ricorsi ex art. 41 c.9 D.Lgs. 81/08	67
	visite mediche	80
	pareri sanitari	89
	valutazione documentazione sanitaria	109
Educazione Sanitaria	interventi di formazione / informazione formalizzati	2
	soggetti coinvolti in interventi di formazione / informazione formalizzati	21

Si rappresenta altresì che dal 2023, oltre ad effettuare il controllo e la vigilanza del 5% delle aziende presenti nella ASL Roma 3, corrispondente a circa 850 aziende l'anno, si sono aggiunte altre linee di attività, nello specifico:

- effettuazione dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP), che per lo SPRESAL consistono in ben quattro Programmi (PP3 *Luoghi di lavoro che promuovono salute*, PP6 *Piano mirato di prevenzione*, PP7 *Prevenzione in edilizia e agricoltura* e PP8 *Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro*) che prevedono, in sintesi, tutta una serie di attività di formazione, assistenza e vigilanza sulle aziende operanti nei vari settori di interesse dei piani stessi;
- effettuazione di una valutazione preliminare, su disposizione della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Roma del febbraio 2023, di tutti i referti di sospetta malattia professionale che giungono dalle diverse sedi INAIL del Lazio riguardanti lavoratori occupati nelle aziende del territorio.

La pianta organica del Servizio PRESAL è stata recentemente oggetto di revisione da parte della Regione Lazio, 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.

La UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN) risulta coinvolta direttamente nell'erogazione dei seguenti LEA del livello "*Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica*" che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli; in particolare:

Anno di riferimento 2022

- Sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- Registrazione/riconoscimento di stabilimenti del settore alimentare ai sensi della normativa vigente;
- Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti;
- Sorveglianza sulla presenza di residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti e OGM negli alimenti, in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli;
- Controllo sul ciclo di vita dei prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari, compreso il controllo dei residui;
- Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti ex Reg. CE 882/2004 ora Reg. UE 625/2017;
- Sorveglianza su laboratori che eseguono analisi per le imprese alimentari nell'ambito delle procedure di autocontrollo;
- Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e gestione emergenze;
- Controllo su materiali e oggetti destinati al contatto con alimenti;
- Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993;
- Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari.

Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale:

- Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione;
- Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari;

Nel 2022 il personale della UOSD SIAN ha effettuato n. 499 Controlli Ufficiali.

Allo stato attuale il personale assegnato alla UOSD SIAN (due Dirigenti Medici, di cui uno in quiescenza dal 01/03/2024, un Dirigente Biologo, un Chimico Specialista a convenzione a 38 ore settimanali, due Dietiste, sette Tecnici della Prevenzione e un Coadiutore Amministrativo) risulta insufficiente rispetto alla numerosità delle attività da svolgere.

La UOSD SCREENING si occupa di coordinare tre complessi Programmi di Screening Oncologici e dello Screening dell'Epatite C. Di quest'ultimo, se non prorogato, fino al 31/12/2023.

Anno di riferimento 2022 - LINEE ATTIVITA'

- Eseguire inviti per circa 200.000 Utenti all'anno, con lettere e messaggi di *recall*;
- Organizzare agende di primo e secondo livello, per ogni screening;

- Dare telefonicamente agli Utenti appuntamenti per approfondimenti, secondi livelli, *follow up* e familiarità (screening del colon retto), per consulenze senologiche e genetiche (screening mammografico);
- Rispondere al numero verde screening per circa 10 ore al giorno, dal lunedì a venerdì, con una media di circa 2.500 chiamate a settimana. A tal riguardo si allega un report delle chiamate arrivate al numero verde nella settimana dal 9/102023 al 14/10/2023, a campione. Dal report si evince che, purtroppo, le chiamate rifiutate e quelle terminate in coda sono il **41,34%.** Questa criticità è causata dall'assenza di personale amministrativo che possa collaborare con i CPSI del Coordinamento, che hanno anche altre attività da seguire, per la gestione delle chiamate;
- Vigilare sulla qualità clinica dei test di screening e mantenere un confronto continuo ed attento con i Colleghi che eseguono i test stessi. Verificare costantemente gli esiti statistici di ogni livello di tutti e tre i programmi, al fine di studiare e mettere in pratica eventuali correttivi;
- Vigilare sull'attività delle Farmacie che collaborano con lo screening del colon retto della nostra Azienda;
- Ricevere, da parte della scrivente, due volte a settimana gli Utenti che non abbiamo ricevute le lettere con gli esiti negativi, per criticità della postalizzazione, ed assicurare così una possibilità di colloquio facile ed accessibile tra il Dirigente Medico Responsabile della UOSD e l'Utenza;
- Organizzare offerte attive ed eventi di comunicazione;
- Verificare la necessità di collaborazioni esterne e proporre Convenzioni con altre Aziende Sanitarie;
- Verificare la qualità e la congruità delle attività espletate in convenzione;
- Partecipare agli incontri periodici con i Colleghi dell'Area Prevenzione e Promozione della Salute della Regione Lazio per verificare nuovi obiettivi e nuove modalità da seguire per migliorare l'adesione ai test.

La U.O.S.D. CANILE SOVRAZONALE E CONTROLLO DEL RANDAGISMO attua interventi volti alla tutela dei diritti degli animali e alla sorveglianza sanitaria e prevenzione del randagismo conformemente alle disposizioni della deliberazione della Giunta Regionale del 18.12.2006, n. 866: "*Recepimento accordo Stato-Regioni sulle disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy del 06.02.2003*" e all'erogazione dei seguenti LEA:

Anno di riferimento 2022

- Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione;
- Identificazione e iscrizione dei cani e gatti ed aggiornamento dell'anagrafe canina e censimento delle colonie feline n. 9748;
- Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie n. 1517;
- Controllo sanitario e del benessere degli animali d'affezione n. 24678;
- Prevenzione dell'abbandono ed informazione per l'adozione consapevole n.17;
- Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani n. 1436;
- Gestione e classificazione delle morsicature e degli episodi di aggressione da cani;
- Controllo animali morsicatori;
- Valutazione comportamentale dei cani morsicatori e aggressivi ai fini della tutela dell'incolumità pubblica;
- Soccorso degli animali a seguito di incidente stradale e vaganti n. 3322;
- Legge 281/91 art. 2 c.12;
- Legge 120/2010 – Nuovo codice della strada art. 31.

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

Il Dipartimento di Salute Mentale nel corso dell'ultimo triennio ha risentito di una forte riduzione di personale che è stato difficile da reintegrare. Nonostante ciò, si è garantita la continuità assistenziale e l'apertura di tutti i presidi.

Nel 2023 il DSM è stato caratterizzato infatti da una condizione di considerevole precarietà, dovuta ad una persistente carenza di personale. Nonostante la Direzione Strategica abbia attivato procedure di mobilità, utilizzato le graduatorie attive per psichiatri, bandito manifestazioni di interesse per tossicologi, psicologi e neuropsichiatri infantili, non è stato possibile garantire il turn over di tutto il personale che nell'anno precedente è stato collocato in quiescenza.

Si sono riscontrate difficoltà nell'ambito dell'accessibilità e presa in carico dei pazienti da parte del TSMREE a causa della carenza persistente di neuropsichiatri infantili. Inoltre si è assistito all'aumento dei nuovi compiti certificativi legati ai Disturbi dell'Apprendimento.

Il risultato inevitabile di tale assenza di personale ha inciso inesorabilmente sull'offerta dei servizi, determinando un Dipartimento impegnato nella gestione di continue emergenze. Si riportano per sintesi esempi di criticità:

- riduzione degli orari di apertura del servizio per la distribuzione di metadone;

- difficoltà a garantire la copertura di tutti i turni per l'attività dei Day Hospital e le guardie notturne in SPDC;

- difficoltà nell'assicurare l'apertura dei presidi riabilitativi territoriali, fondamentali per i processi di inclusione e stabilizzazione clinica dei pazienti affetti da disturbi mentali;

- forte riduzione dell'assistenza domiciliare infermieristica dovuta alla gravissima carenza di personale che ha determinato, in alcuni pazienti gravi, un senso di abbandono e di peggioramento delle condizioni psicopatologiche;

- aumento delle richieste di interventi specialistici per la fascia giovanile in relazione a disturbi depressivi, ritiro sociale, disregolazione emotiva, dipendenza patologica e condotte antisociali;

- aumento del carico di lavoro nei Servizi Psichiatrici territoriali e ospedalieri, per la gestione dei pazienti autori di reato, inviati dall'Autorità Giudiziaria.

Per quanto sopra esposto per la programmazione del fabbisogno quali - quantitativo del Dipartimento di Salute Mentale si è tenuto conto di:

- particolari carenze di risorse professionali;

- complessità e numerosità delle linee di attività;

- disomogeneità del contesto territoriale;

- differenze dei carichi di lavoro e numero dii prestazioni erogate;

- riferimenti normativi nazionali e regionali (Standard per l'assistenza territoriale AGENAS, Piano Regionale di azione per la Salute Mentale 23/25 "Salute ed Inclusione").

Gli obiettivi prioritari su cui si è definito il fabbisogno sono i seguenti:

- necessità di garantire la continuità assistenziale per i pazienti già in carico;

- abbattimento delle liste di attesa per prime visite e accessibilità ai servizi territoriali per l'età evolutiva ed adulta;

- necessità di un piano assistenziale che garantisca le attività riabilitative (Centri diurni) fondamentali per l'inclusione sociale e l'alleggerimento del carico familiare;

- rispetto degli standard di personale previsti dalla normativa vigente per gli SPDC;

- copertura dell'assistenza psichiatrica per le due strutture residenziali a gestione diretta (10 pl SRSR Mazzacurati e 16 pl SRTR Catacombe di Generosa);

STIMA DEL FABBISOGNO 2023-2025 PER LE ESIGENZE DEL PNRR

Con Determinazione n. G18206 20/12/2022, ed in applicazione del DM 77/2022, la regione Lazio ha definito il fabbisogno di personale necessario alla piena funzionalità della riorganizzazione territoriale dell'Azienda.

Così come previsto dal cronoprogramma definito a livello regionale, si è proceduto all'attivazione della Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A) e delle tre Centrali Operative Territoriali Distrettuali del Municipio X e del Comune di Fiumicino.

Nella predisposizione del Fabbisogno si è tenuto conto della necessaria progressività nella attivazione delle diverse funzioni/strutture secondo il cronoprogramma indicato dalla predetta Determinazione regionale, e della potenziale riallocazione del personale conseguente alla dismissione/rimodulazione delle tipologie di servizi, attualmente in fase di riorganizzazione nonché, considerata la necessità di prevedere il reclutamento di ulteriore personale per l'attivazione delle strutture previste dalla programmazione sanitaria regionale (DGR 1005/2021), ma non destinatarie delle risorse del PNRR perché oggetto di specifico finanziamento regionale.

SINTESI DEL FABBISOGNO 2023-2025

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 della Deliberazione Regione Lazio n. 869 del 7 dicembre 2023 e allo sviluppo dei servizi collegati con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza le cui assunzioni sono rappresentate nella tabella seguente.

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

Si richiama infine che l'azienda ha in corso le procedure di stabilizzazione di cui al comma 268 lett. b) dell'art.1 della Legge n. 234/2021 e smi e che tali stabilizzazioni sono valorizzate come cessazioni di tempi determinati e assunzioni a tempo indeterminato. In ogni caso, il rimanente personale a tempo determinato è previsto in continuità a garanzia dei servizi.

In tabella sono riportate, con scopo di sintesi, esclusivamente le procedure assunzionali a tempo indeterminato. Si rappresenta che nell'ambito dei collaboratori sono previste 2 assunzioni nell'area dell'elevata qualificazione di cui all'art.16 del CCNL 2019-2021 del comparto sottoscritto il 2 novembre 2022. La riportata classificazione del personale del comparto per quanto non allineata alle nuove previsioni contrattuali è in applicazione di quanto previsto dalla nota regionale n. U1289406 del 10.11.23.

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2025 TI
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	0	6	8
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	0	0	0
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	0	27	23
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	16	8	12
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO	0	0	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2025 TI
COMMESSO	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO	2	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - DIETISTA	1	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB.	0	6	4
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (FISIOTERAPISTA)	3	2	6
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (LOGOPEDISTA)	4	1	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (ORTOTTISTA)	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (RIAB. PSICHIATRICA)	0	4	0
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	48	26	56
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. ESPERTO	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. (OSTETRICA)	2	2	6
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. AUDIOMETRISTA	0	1	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	14	16	10
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA	0	1	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. PERFUSIONISTA	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	8	9	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. (EDUCATORE PROFESSIONALE)	0	3	0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TERAP. NEURO E PSICOM. ETA' EVOL.	0	8	9
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO	12	11	1
TECNICO ANATOMIA PATOLOGICA	0	0	0
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0	0	1
COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	8	10	1
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	0	5	3
ASSISTENTE TECNICO	1	5	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2025 TI
OPERATORE TECNICO	7	6	8
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	0	0	0
OSS	10	40	4
OTA	0	0	0
PROGRAMMATORE	0	0	0
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE ESPERTO	0	0	0
AVVOCATO	0	0	0
VETERINARIA	4	4	3
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	0	0	0
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	0	0	0
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	0	0	2
MEDICO TOSSICOLOGO	0	0	0
SANITÀ ANIMALE	0	0	0
ANATOMIA PATOLOGICA	0	0	1
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5	11	0
ANGIOLOGIA	0	0	0
CARDIOCHIRURGIA	0	0	0
CARDIOLOGIA	4	5	2
CHIRURGIA GENERALE	1	0	0
CHIRURGIA VASCOLARE	0	0	0
CURE PALLIATIVE	0	0	0
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	0	0	0
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	0	3	1
EMATOLOGIA	0	0	0
ENDOCRINOLOGIA	0	0	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2025 TI
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	0	5	2
GASTROENTEROLOGIA	0	2	1
GERIATRIA	0	0	0
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	2	2	2
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	0	9	1
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	0	0	1
MALATTIE INFETTIVE	0	2	1
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	0	0	0
MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	0	6	0
MEDICINA DELLO SPORT	0	1	0
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	0	12	0
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	4	1	2
MEDICINA INTERNA	2	14	3
MEDICINA LEGALE	0	3	1
MEDICINA TRASFUSIONALE	0	2	1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	0	0	0
NEFROLOGIA	1	1	2
NEUROFISIOPATOLOGIA	0	0	0
NEUROLOGIA	0	2	4
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	12	1
ODONTOIATRIA	0	0	0
OFTALMOLOGIA	2	0	2
ONCOLOGIA	0	1	0
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	0	4	5
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	4	0

Disciplina/Qualifica	Assunzioni 2023 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2024 TI	Assunzioni stimate per fabbisogno 2025 TI
OTORINOLARINGOIATRIA	0	1	0
PATOLOGIA CLINICA	0	0	0
PEDIATRIA	1	8	0
PSICHIATRIA	4	12	4
RADIODIAGNOSTICA	1	10	0
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	0	0	0
UROLOGIA	0	0	0
ANALISTA	1	2	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	2	1
INGEGNERE INFORMATICO	0	0	0
INGEGNERE	0	1	0
STATISTICA SANITARIA E BIOMETRIA	0	0	0
STATISTICO	0	0	0
BIOLOGO	3	1	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	2	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AREA DELLA RIABILITAZIONE	0	0	0
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITRIE OSTETRICHE	0	0	0
FARMACISTA	2	3	0
PSICOLOGO	22	14	2
SOCIOLOGO	0	0	0
COLL.PROF.SAN.ESPERTO - TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	0	0	0
Totale	**200**	**357**	**198**

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. U1288406 del 10.11.2023, e sono stati compilati i relativi modelli (allegati al presente piano) con i dettagli delle assunzioni/cessazioni per mese, tipologia contrattuale, procedura di reclutamento. Le valorizzazioni economiche del modello compilato sono riportate in tabella. Si evidenzia che il valore riportato per il 2023, per omogeneità con il 2024 ed il 2025, non è comprensivo dell'anticipo dell'indennità vacanza contrattuale 2024 pagato a dicembre e pari a c.a. 2,7 € mln.

Rappresentazione Costi - Attesi	
	Da Modello Regionale
Previsione 2023	**120.500.000**
Previsione 2024	**128.152.928**
Previsione 2025	**142.134.586**

Si rappresenta che le stime economiche determinano una proiezione di CE per il 2024 pari a 128,1 €/mln, in linea con il concordamento 2024.

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 sotto riportata, la spesa attesa per il 2025 sarà superiore rispetto al tetto del 2004 di 7,7 €/mln. La maggiore spesa prevista rispetto al tetto è tuttavia presumibile che possa essere ampiamente riassorbita dagli incrementi spettanti nonché dai finanziamenti specifici per l'attivazione dei servizi di cui al PNRR.

Rispetto tetto finanziaria 2023	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.23	*120.500.000,00*
Inail	*750.000,00*
IRAP	*9.440.092,17*
Totale anno 2023	**130.690.092,17**
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	*25.217.068,31*
Costo 2023 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	105.473.023,85
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.000,00
Residuo disponibile	**10.261.976,15**

Rispetto tetto finanziaria 2024	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.24	*128.152.928,04*
Inail	*750.000,00*
IRAP	*10.039.630,31*
Totale anno 2024	**138.942.558,35**
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	*26.818.598,68*
Costo 2024 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	112.123.959,67
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.000,00
Residuo disponibile	**3.611.040,33**

Rispetto tetto finanziaria 2025	Confronto su stima di fine anno
Costo atteso al 31.12.25	*142.134.586,30*
Inail	*750.001,00*
IRAP	*11.134.967,59*
Totale anno 2025	**154.019.554,89**
Costo incrementi CCNL post 2004 - personale TI	*29.744.544,17*
Costo 2025 per confronto TETTO 2004 - Legge 191/2009	123.392.268,31
TETTO 2004 - Legge 191/2009	115.735.001,00
Residuo disponibile	**-7.657.267,31**

3.4 FORMAZIONE

Con deliberazione n.ro 1138 del 2.12.2022 è stato adottato il "Piano Formativo Aziendale biennio 2023-2024". Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il documento annuale, o pluriennale, di programmazione delle attività di formazione e aggiornamento aziendali e si configura come il risultato di un percorso articolato che coinvolge una pluralità di attori istituzionali.

Il PFA rappresenta, altresì, uno strumento per raggiungere gli obiettivi strategici aziendali e di cui al presente Piano, nonché gli obiettivi emersi dall'analisi del fabbisogno formativo dei singoli professionisti (**allegato 10**).

3.5 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE E COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI – CUG

Con delibera n. 1290 del 2023 sono stati nominati i nuovi componenti del CUG dell'Azienda, già costituito nel 2011. Il CUG si è insediato ed ha definito un proprio regolamento di funzionamento che è stato approvato dall'Azienda con deliberazione n. 249 del 2023.
Il CUG si occupa di pari opportunità, benessere nei luoghi di lavoro e contrasto alle discriminazioni, sommando i compiti di due precedenti comitati, rispettivamente il comitato pari opportunità e il comitato antimobbing.
In aggiunta, il CUG ha anche compiti riguardanti il benessere organizzativo e la lotta alle discriminazioni di ogni tipo, comprese le molestie.
La norma istitutiva, l'art.21 della legge 183/2010, oltre a dar vita ai CUG, ha modificato vari articoli del decreto legislativo 165/2001 che regola i rapporti di lavoro in buona parte del settore pubblico.
Una di queste modifiche afferma espressamente che va garantita l'assenza di "ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro".
In tema di pari opportunità, benessere organizzativo e contrasto alle discriminazioni, il CUG dell'Azienda avanzerà proposte, esprimendo pareri preventivi (es. in materia di avanzamento di carriere, valutazione della performance, orario di lavoro, lavoro agile, etc.) ed effettuando verifiche sulle condizioni del personale e proposte di azioni positive al fine di adottare quanto prima una serie di azioni che rientreranno nel presente piano triennale.
Nell'ambito di tali azioni, accanto alle azioni finalizzate a favorire la parità di genere, potranno essere previste l'effettuazione di indagini di clima per verificare il livello di benessere organizzativo e/o la presenza di discriminazioni, seminari o corsi di formazione sui temi della parità, del mobbing, della disabilità, iniziative volte a favorire la diffusione della cultura e quantità della prestazione lavorativa, nonché il diversity management.
Il compito di verifica, oltre che su progetti specifici, è esercitato dal CUG tramite una relazione annuale sulle condizioni del personale che deve affrontare, tra i vari aspetti, la distribuzione dei generi nei vari livelli gerarchici e le iniziative di contrasto alle discriminazioni, il benessere organizzativo, al fine di consentire all'Azienda di realizzare il piano di azioni positive.
Nell'ambito delle Politiche di sviluppo e benessere del personale la predisposizione di un Piano Azioni Positive costituisce specifico obiettivo.
Il predetto Piano, approvato dal CUG in data 29.01.2024, è di seguito riportato:

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

1. PREMESSA

Il presente Piano di azioni positive rappresenta una visione programmatica e strategica diretta a promuovere nella ASL Roma 3, all'interno delle dinamiche organizzative e relazionali, l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità,

la conciliazione tra vita privata e lavoro, le condizioni di benessere lavorativo, la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione.

Il vertice strategico, nella consapevolezza dell'importanza di dotarsi di uno strumento volto a portare a compimento le azioni sopra richiamate, adotta il presente Piano Triennale, in linea con i contenuti del Piano della performance e del Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Nel corso degli anni, il legislatore ha fornito una serie di strumenti volti a garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, con l'obiettivo di contrastare le discriminazioni e promuovere l'occupazione femminile, in attuazione dei principi sanciti a livello costituzionale ed europeo.
Nell'elaborazione del Piano assumono particolare rilievo le "azioni positive", introdotte nel nostro ordinamento dalla legge 10 aprile 1991, n. 125 e ora disciplinate dagli artt. 44 e ss. del "Codice delle pari opportunità", recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro".
L'art. 7 del d.lgs. 23 maggio 2000, n. 196 recante "Disciplina delle attività delle consigliere e consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive" introduce per la pubblica amministrazione i piani di azioni positive al fine di assicurare la rimozione di eventuali ostacoli che di fatto possono impedire la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne.
Il d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" - "Testo Unico del Pubblico Impiego" (TUPI), ha esteso anche alle pubbliche amministrazioni il compito di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro.
Il d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" prevede all'art. 48 che ciascuna Pubblica Amministrazione predisponga un Piano Triennale di azioni positive volto a "assicurare […] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" volto a favorire il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche.
Ai sensi dell'art. 42 del sopra citato Decreto viene definita la nozione giuridica di "azioni positive", intese come misure dirette alla rimozione degli ostacoli per la realizzazione delle pari opportunità nel lavoro.
Sono da intendersi inoltre, come misure "speciali" in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, atte ad intervenire in contesti determinati per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta, e "temporanee", in quanto necessarie fino al momento in cui permane una disparità di trattamento.
La Direttiva 23 maggio 2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche", che richiama la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, indica come sia di estrema importanza il ruolo ricoperto dalle amministrazioni pubbliche nello svolgere una funzione propositiva e propulsiva, per la promozione e l'attuazione dei principi fondamentali delle pari opportunità e delle valorizzazioni delle differenze nelle politiche rivolte al personale.
La direttiva citata si pone come obiettivo l'attuazione delle disposizioni normative vigenti, facilitando e promuovendo l'aumento della presenza di donne nelle posizioni apicali, sviluppando iniziative di best practices volte alla valorizzazione dell'apporto fattivo da parte di lavoratrici e lavoratori, orientando a questo obiettivo le politiche di gestione delle risorse umane.
Nell'ambito di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, nell'introdurre il ciclo di gestione della performance, richiama espressamente i principi della normativa in materia di pari opportunità, prevedendo che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa comprenda anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

L'art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 (cd. "Collegato Lavoro") in tema di pari opportunità, benessere dei lavorator e assenza di discriminazioni nella P.A., si esprime apportando modifiche rilevanti agli artt. 1, 7 e 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

In particolare, è utile evidenziare il novellato art. 7 che introduce l'ampliamento delle garanzie, oltre che per le discriminazioni legate al genere, anche per ogni altra forma di discriminazione. L'art. 7 recita che "le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta relativa all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua", estendendo il campo di applicazione all'accesso al lavoro, al trattamento economico, alle condizioni di

lavoro, alla formazione professionale. “Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno.”

La legislazione in materia si basa su evidenze, ormai senza dubbi interpretativi, che negli ambienti di lavoro in grado di poter garantire pari opportunità, salute e sicurezza si migliorano, in termini di produttività e di appartenenza, i risultati raggiunti. A questo proposito si inserisce l’art. 28, comma 1 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (c.d. Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), che rende esplicito l’obbligo di valutare il rischio in un’ottica di genere e di porre in essere, se necessari, i correttivi nell’ambito del rischio da stress lavoro-correlato.
La normativa specifica a riguardo prevede, infatti, che “La valutazione di cui all’art. 17, comma 1, lettera a), […] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, […] tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, […] quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, […] nonché quelli connessi alle differenze di genere, all’età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro”.
La legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto, ex novo, l’obbligo di promuovere nella P.A. il benessere organizzativo, prevedendo all’art. 7 comma 1 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, così come modificato dall’art. 21, che “Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo”.
Le integrazioni all’art. 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, contemplate dall’art. 21 sopracitato, prevedono l’istituzione di un Comitato unico di garanzia (CUG) che sostituisce, assorbendone le competenze, il Comitato pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing.
La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2011 ha completato il quadro normativo di riferimento specifico, enunciando dettagliatamente le Linee guida sulle modalità di funzionamento del CUG.
Il d.lgs. 15 giugno 2015 n. 80 - “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro in attuazione dell’art. 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183” introduce le misure volte alla tutela della maternità, rendendo più flessibile la fruizione dei congedi parentali, favorendo le misure di conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro.
Il d.lgs. 12 maggio 2016, n. 90, all’art. 38 septies, introduce il “Bilancio di genere” nella legge di contabilità e finanza pubblica. In base a tale articolo, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ha avviato un'apposita sperimentazione dell'adozione di un bilancio di genere, per la valutazione del diverso impatto della politica di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di denaro, servizi, tempo e lavoro non retribuito, con l’intento di determinare la valutazione del diverso impatto delle politiche di bilancio sul genere.
La Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo - “Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale”, auspica l’innesco di un processo di riorganizzazione dell’impegno lavorativo nell’ambito di un equilibrio tra vita privata e vita professionale di donne e uomini in Europa, mirando a contribuire al conseguimento dei livelli più elevati di parità di genere, rispetto allo stato di fatto.
La recente Direttiva 2/19 - “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" adottata dal Ministero per la pubblica amministrazione, definisce le nuove linee di indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni in materia di promozione della parità e delle pari opportunità.
Seguono rispettivamente in ordine di tempo, in materia di lavoro agile nella P.A., la legge 22 maggio 2017, n. 81, la Direttiva 3/17 del Ministro per la pubblica amministrazione, nonché le disposizioni che, nel corso del 2020, hanno disciplinato nel complesso normativo l’utilizzo dell’istituto del lavoro agile in fase emergenziale, quale misura di prevenzione e di tutela della salute dei lavoratori.

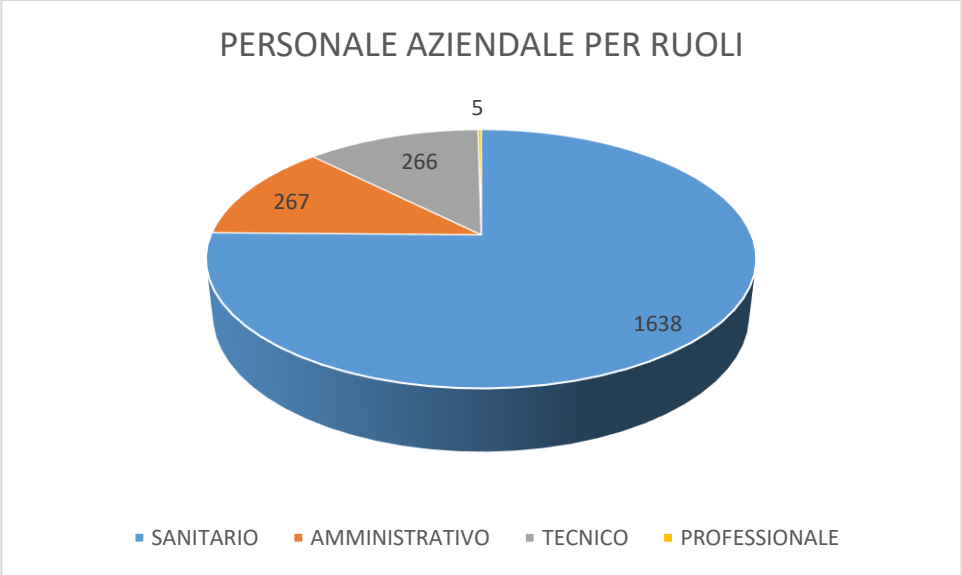
3. SITUAZIONE DEL PERSONALE* Relazione CUG del 2023 dati del 2022

La relazione CUG con i dati 2023 sarà realizzata nel mese di marzo 2024 come richiesto dal Dipartimento della Funzione Pubblica

PERSONALE AZIENDALE				
RUOLI	**TOTALE**	**ETA' MEDIA**	**SESSO**	**TOTALE**
SANITARIO	1638	49	**F**	1172
			M	466

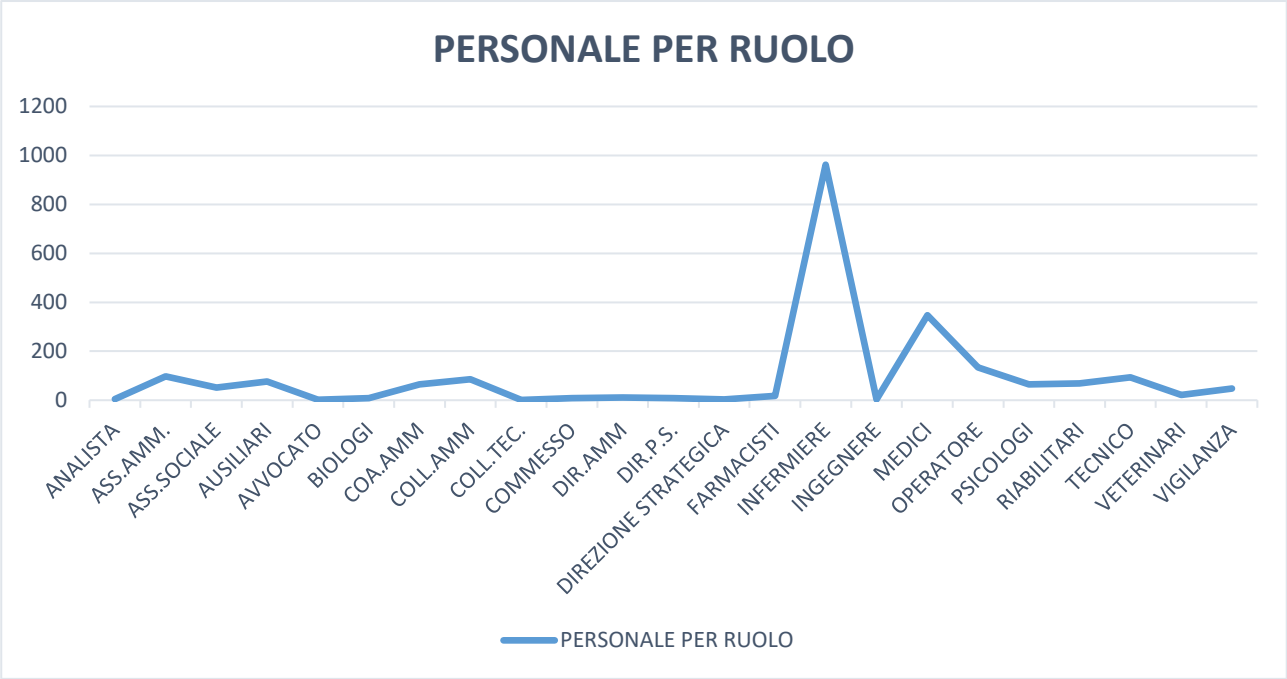
AMMINISTRATIVO	267	50	**F**	190
			M	77
TECNICO	266	49	**F**	157
			M	109
PROFESSIONALE	5	48	**F**	3
			M	2

PERSONALE AZIENDALE	
RUOLI	TOTALE
SANITARIO	1638
AMMINISTRATIVO	267
TECNICO	266
PROFESSIONALE	5

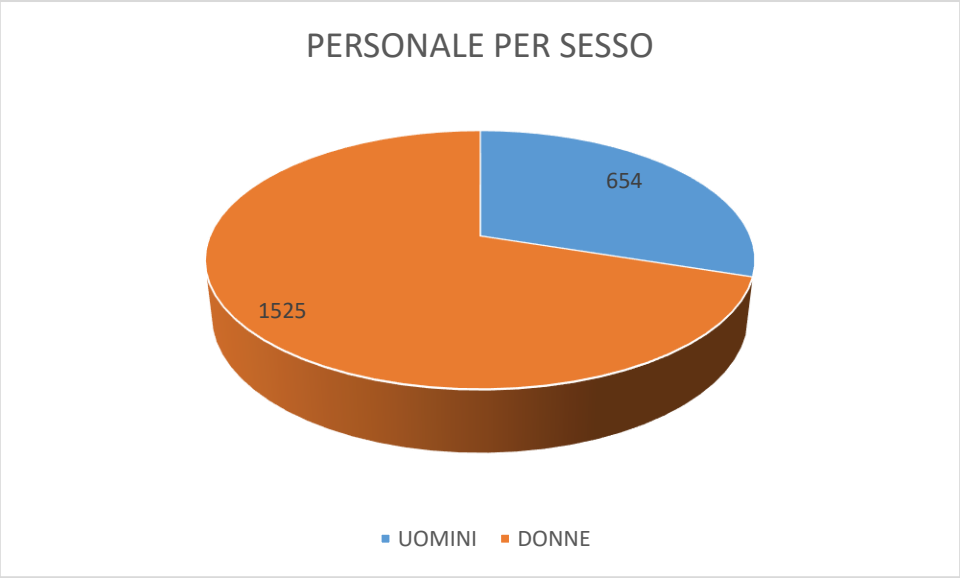


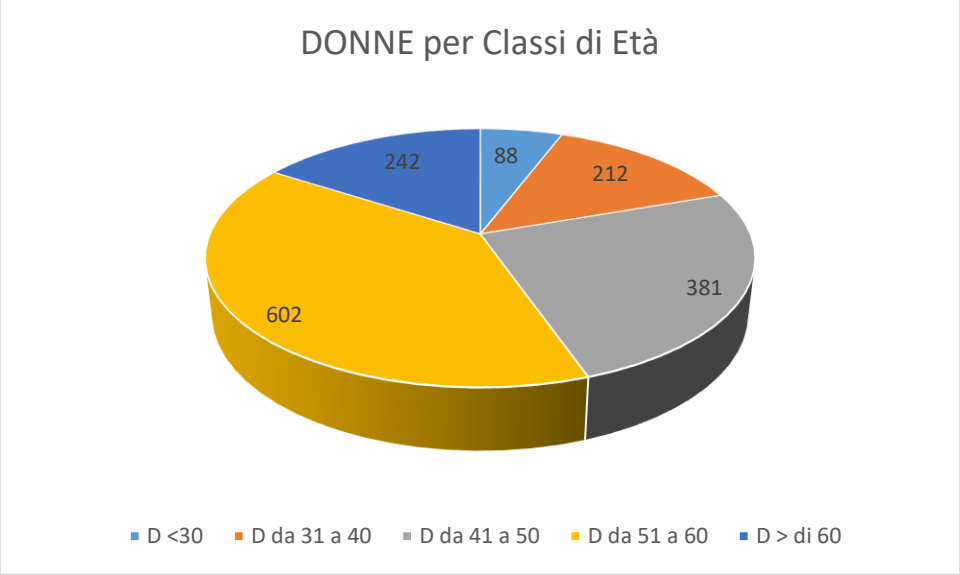
PERSONALE PER RAPPORTO DI LAVORO DETERMINATO/INDETERMINATO			
		INDETERMINATO	**DETERMINATO**
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	253	3
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	0
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	1142	31
COMPARTO	RUOLO TECNICO	208	54
TOTALE COMPARTO		**1603**	**88**
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	353	15
DIRIGENZA SANITARIA	RUOLO SANITARIO	79	18
DIRIGENZA PTA	RUOLO PROFESSIONALE	5	0
DIRIGENZA PTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	11	0
DIRIGENZA PTA	RUOLO TECNICO	4	0
TOTALE DIRIGENZA		**452**	**33**

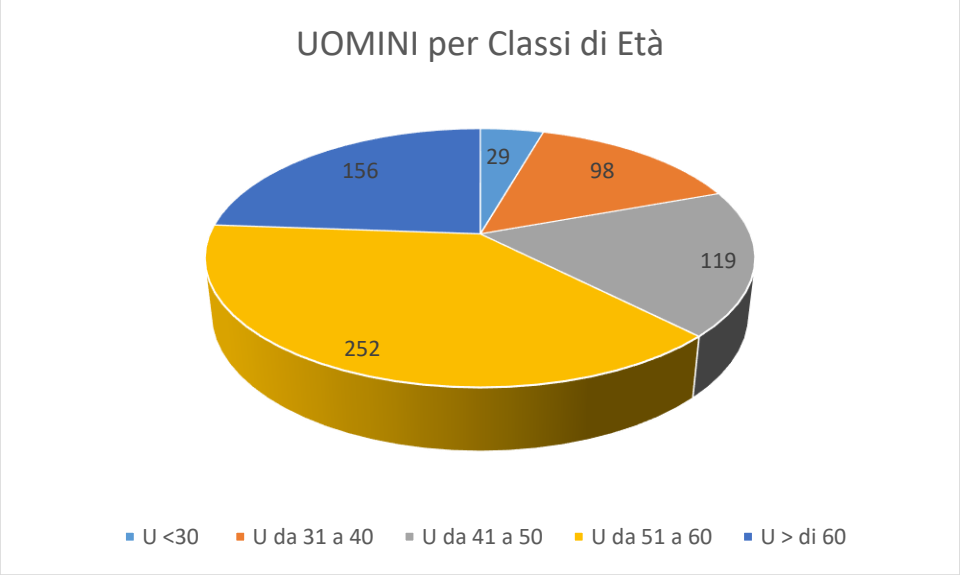
SITUAZIONE PERSONALE PER GENERE			
		F	**M**
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	184	72
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	0
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	898	275
COMPARTO	RUOLO TECNICO	156	106
TOTALE COMPARTO		**1238**	**453**
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	203	165
DIRIGENZA SANITARIA	RUOLO SANITARIO	71	26
DIRIGENZA PTA	RUOLO PROFESSIONALE	3	2
DIRIGENZA PTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	6	5
DIRIGENZA PTA	RUOLO TECNICO	1	3
TOTALE DIRIGENZA		**284**	**201**



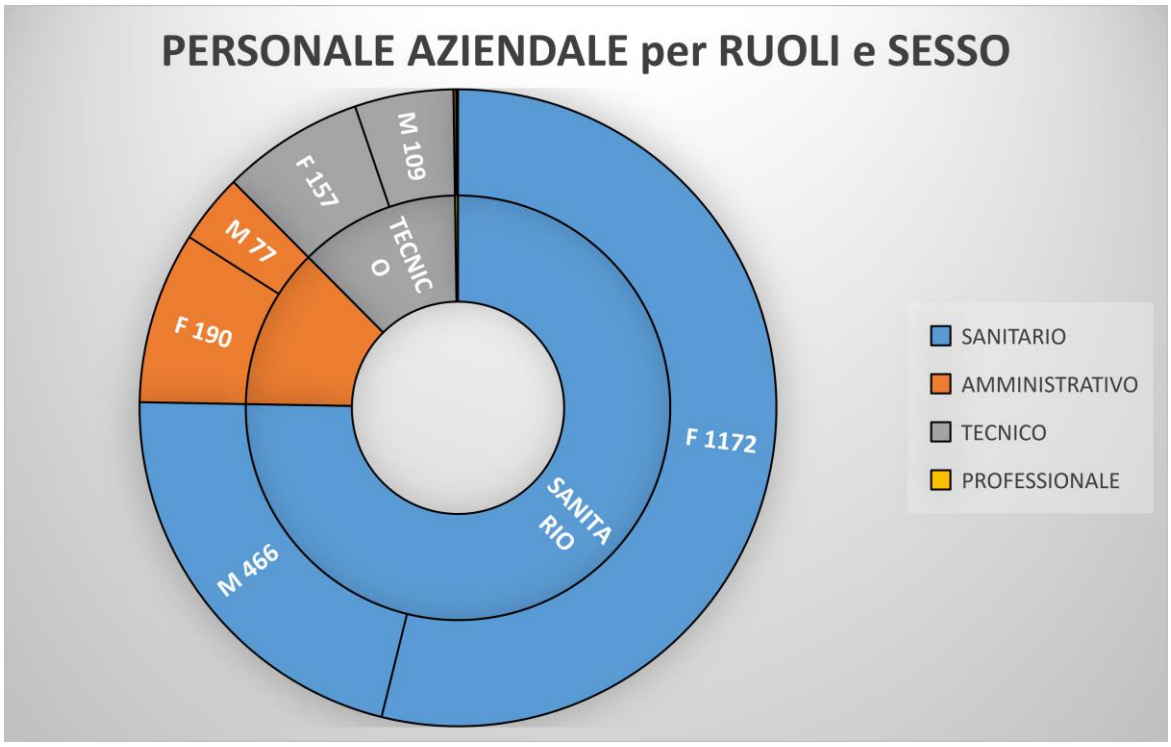
PERSONALE AZIENDALE	
RUOLI	ETA' MEDIA
SANITARIO	49
AMMINISTRATIVO	50
TECNICO	49
PROFESSIONALE	48

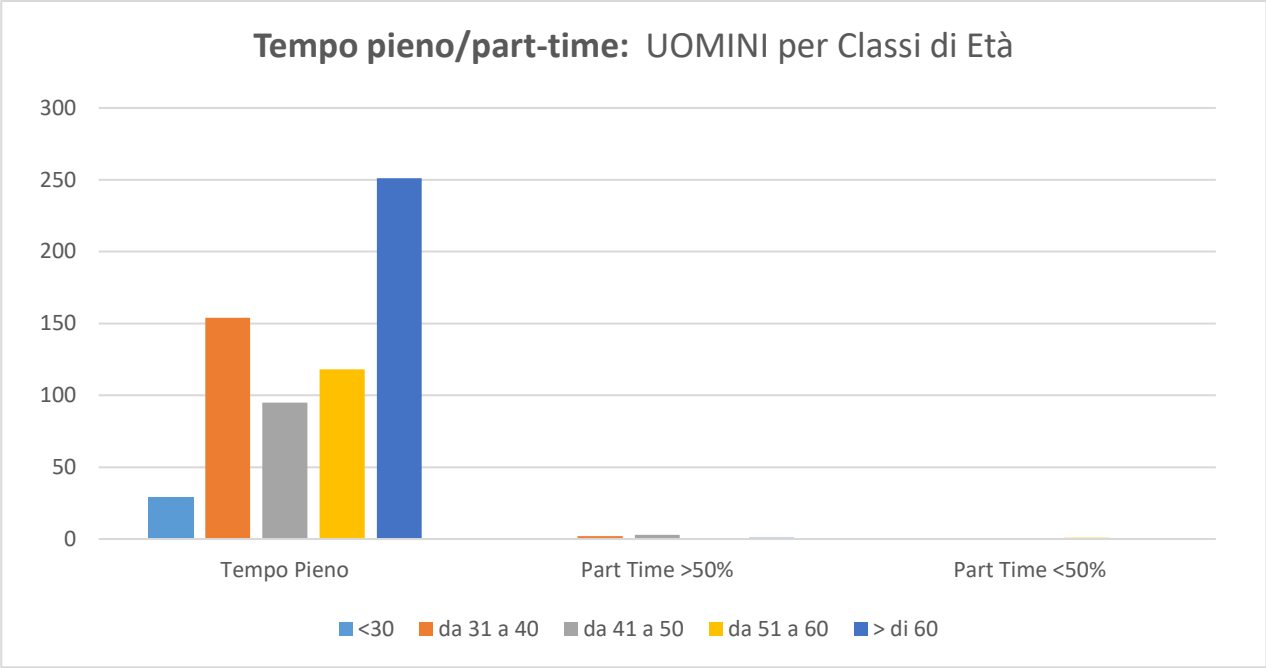

PERSONALE PER SESSO
654
1525
UOMINI
DONNE

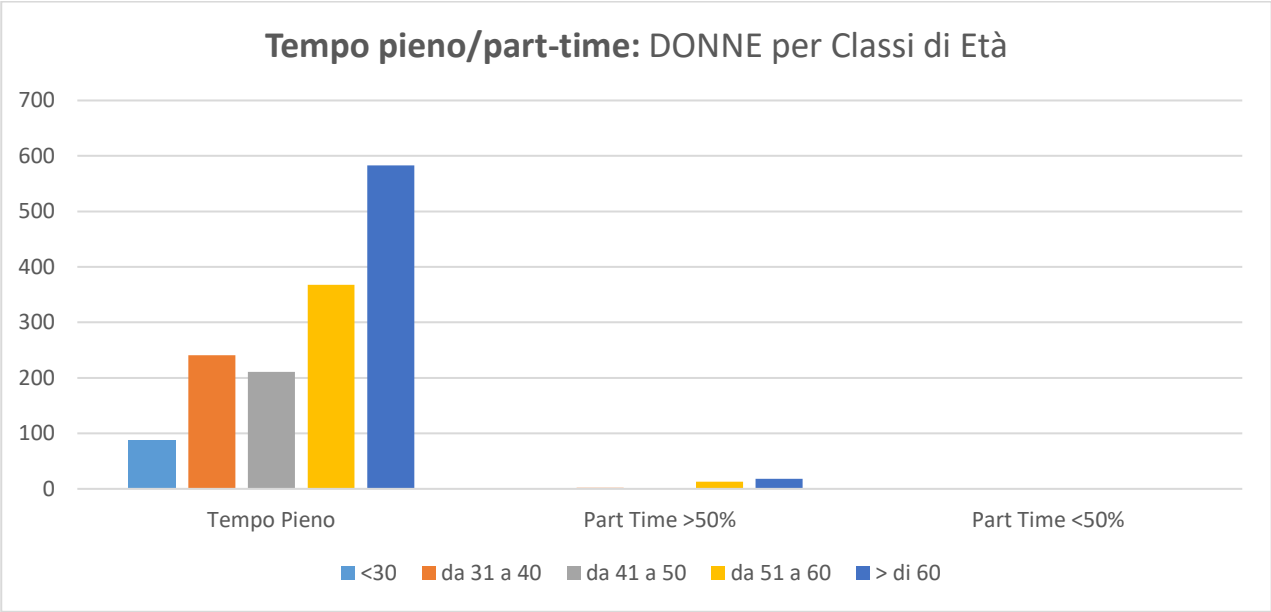

DONNE per Classi di Età
242
88
212
381
602
D <30
D da 31 a 40
D da 41 a 50
D da 51 a 60
D > di 60


UOMINI per Classi di Età
156
29
98
119
252
U <30
U da 31 a 40
U da 41 a 50
U da 51 a 60
U > di 60

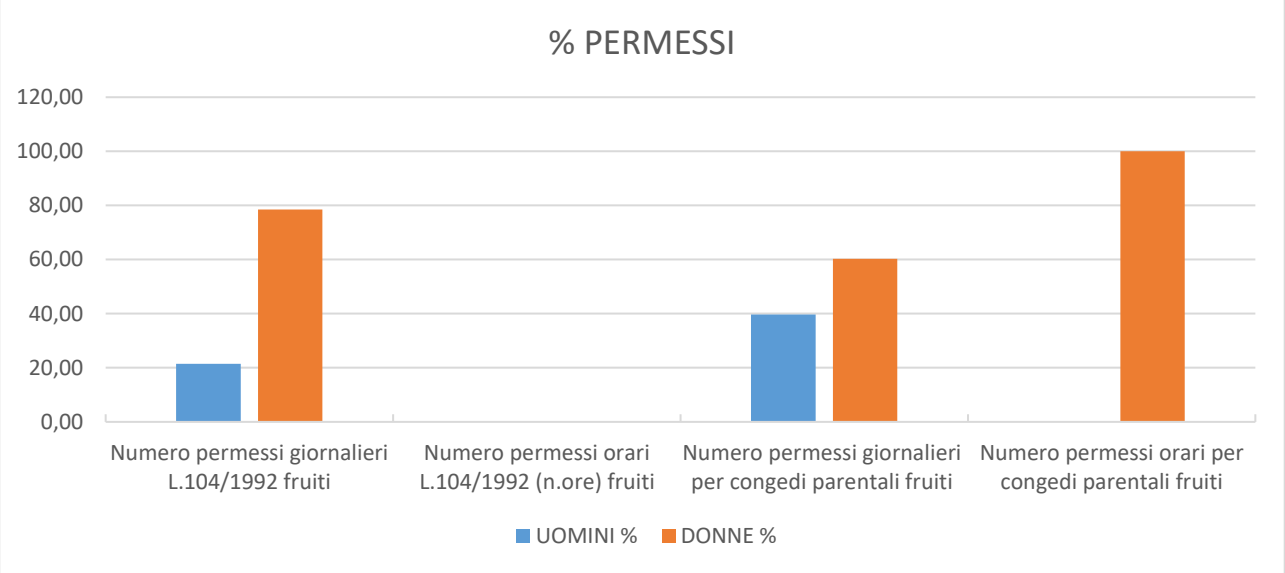
PERSONALE AZIENDALE		
RUOLI	SESSO	TOTALE
SANITARIO	F	1172
SANITARIO	M	466
AMMINISTRATIVO	F	190
AMMINISTRATIVO	M	77
TECNICO	F	157
TECNICO	M	109
PROFESSIONALE	F	3
PROFESSIONALE	M	2




Tempo pieno/part-time: UOMINI per Classi di Età
300
250
200
150
100
50
0
Tempo Pieno
Part Time >50%
Part Time <50%
<30
da 31 a 40
da 41 a 50
da 51 a 60
> di 60

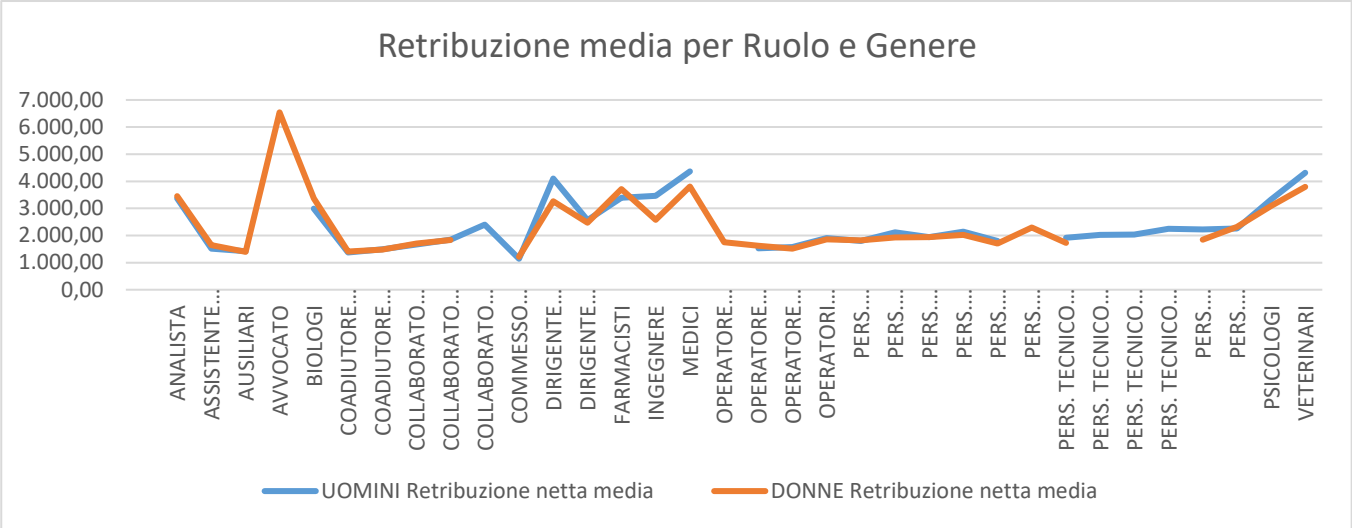

Tempo pieno/part-time: DONNE per Classi di Età
700
600
500
400
300
200
100
0
Tempo Pieno
Part Time >50%
Part Time <50%
<30
da 31 a 40
da 41 a 50
da 51 a 60
> di 60

	UOMINI %	DONNE %	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	21,50	78,50	11.535,00	100,00
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	0,00	0,00	0,00	0,00
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	39,70	60,30	6.246,50	100,00
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	0,00	100,00	7,00	100,00



Inquadramento	**UOMINI**	**DONNE**
	Retribuzione netta media	Retribuzione netta media
ANALISTA	**3.370,65**	**3.447,32**
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO CAT C	**1.517,05**	**1.642,53**
AUSILIARI	**1.420,05**	**1.398,56**
AVVOCATO		**6.542,62**
BIOLOGI	**2.994,75**	**3.367,12**
COADIUTORE AMMINISTRATIVO CAT B	**1.368,86**	**1.409,06**

COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR CAT BS	**1.489,51**	**1.482,10**
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO CAT D	**1.670,38**	**1.698,29**
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO CAT DS	**1.847,15**	**1.832,59**
COLLABORATORE TECNICO PROF. SENIOR CAT DS	**2.397,24**	
COMMESSO CAT A	**1.142,16**	**1.214,92**
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	**4.103,75**	**3.259,24**
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	**2.569,15**	**2.472,19**
FARMACISTI	**3.389,75**	**3.709,39**
INGEGNERE	**3.464,87**	**2.574,13**
MEDICI	**4.364,11**	**3.811,15**
OPERATORE PROFESSIONALE II CATEGORIA CAT BS		**1.754,73**
OPERATORE TECNICO CAT B	**1.524,19**	**1.626,81**
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO CAT BS	**1.577,25**	**1.515,73**
OPERATORI TECNICI	**1.909,63**	**1.861,67**
PERS. DELL'ASSISTENZA SOCIALE CAT D	**1.797,18**	**1.817,32**
PERS. DELL'ASSISTENZA SOCIALE CAT DS	**2.116,05**	**1.933,93**
PERS. INFERMIERISTICO CAT D	**1.942,54**	**1.938,08**
PERS. INFERMIERISTICO CAT DS	**2.139,86**	**2.018,28**
PERS. RIABILITAZIONE CAT D	**1.800,56**	**1.706,25**
PERS. RIABILITAZIONE CAT DS		**2.291,34**
PERS. TECNICO CAT C	**1.917,25**	**1.724,27**
PERS. TECNICO CAT D	**2.028,27**	
PERS. TECNICO SANITARIO CAT D	**2.039,05**	**1.867,23**
PERS. TECNICO SANITARIO CAT DS	**2.248,15**	
PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE CAT D	**2.218,05**	**1.850,25**
PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE CAT DS	**2.259,13**	**2.313,61**
PSICOLOGI	**3.324,26**	**3.088,59**
VETERINARI	**4.316,69**	**3.793,57**



*Fonte UOC Risorse Umane marzo 2023

4. LINEE GENERALI DI INTERVENTO

Al fine di assicurare la coerenza con gli obiettivi strategici e operativi previsti dalla normativa vigente, si delineano di seguito gli obiettivi generali che il presente Piano intende perseguire:

a) *Valorizzazione* delle risorse umane, garantendo l'accrescimento professionale dei lavoratori, assicurando iniziative formative coerenti tra le evidenziate necessità e le aspettative personali delle lavoratrici e dei lavoratori nel contesto professionale e nella vita privata extra-lavorativa.

b) *Promuovere* un miglioramento continuo dell'organizzazione del lavoro e del conseguente auspicato benessere organizzativo che, ferma restando la priorità di garantire la funzionalità degli uffici, persegua contemporaneamente il raggiungimento dell'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata.

c) *Assicurare*, con modalità condivise, la garanzia della trasparenza dell'azione amministrativa, con il fine espresso di promuovere in tutto il personale, la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione.

d) *Assicurare* una particolare attenzione alla formazione degli operatori, volta alla gestione di situazioni conflittuali con l'utenza che potrebbero esitare in episodi di violenza

e) *Implementare* i servizi psicologici volti alla comunicazione con fasce di utenza in condizioni di particolari fragilità

f) *Porre attenzione* alle dinamiche relazionali che si possono creare all'interno dei servizi tra le diverse figure professionali orientando le azioni verso la cura dei contesti.

g) *Implementare* l'armonizzazione del contesto amministrativo sanitario.

5. INIZIATIVE

5.1 Obiettivo: PROMOZIONE DEL BENESSERE INDIVIDUALE

Promozione di stili di vita salutari

- Iniziativa 1.1.1: Corso ECM - Come migliorare Salute e Benessere con Sport, Esercizio Fisico e Buona Alimentazione. Corso residenziale in 3 edizioni annuali, organizzato dalla UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, destinato a tutti i lavoratori della ASL Roma 3, incentrato sul benessere lavorativo, corretta alimentazione e promozione dell'esercizio fisico.

- Iniziativa 1.1.2: Se sali le scale sale la salute. Produzione e diffusione di materiale informativo formato poster con descrizione degli effetti salutari ottenuti nell'evitare l'utilizzo dell'ascensore, e realizzazione di giornate promozionali.

- Iniziativa 1.1.3: Gruppo di cammino. Corso di presentazione delle opportunità offerte di stimolo e di aggregazione salutista, nel programmare delle uscite in gruppo dove percorrere insieme strade ricche di stimoli visivi e culturali in ogni stagione dell'anno, con colleghi di lavoro ed eventualmente anche con i rispettivi familiari.

5.2 Obiettivo: PROMOZIONE DEL BENESSERE LAVORATIVO E ALFABETIZZAZIONE DIGITALE

- Iniziativa 1.2.1: Corso ECM: Insieme per il benessere comune e prevenzione del mobbing. Corso residenziale in XX edizioni annuali, organizzato dalla UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale in collaborazione con la UOC Qualità e Rischio Clinico, Risk Manager, destinato a tutti i lavoratori della ASL Roma 3, con l'obiettivo di implementare le azioni di miglioramento del benessere lavorativo all'interno di tutte le unità aziendali, strategie di comunicazione efficace con l'utenza, intelligenza emotiva, contrasto alle discriminazioni sul luogo di lavoro.

- Iniziativa 1.2.2: Formazione personalizzata per i responsabili di struttura: coaching individuale di 5 ore su team working e le modalità di gestione dei gruppi di lavoro, gestione delle priorità;

- Iniziativa 1.2.3: Adozione della procedura aziendale "Procedura per la Valutazione del Disagio Lavorativo e del Benessere Organizzativo Aziendale" rif. Delibera n. 1081 del 02/10/2023.

- Iniziativa 1.2.4: Attivazione dello Sportello di ascolto e dialogo per i lavoratori. Servizio di ascolto psicologico per la prevenzione del disagio lavorativo per tutti i lavoratori della ASL Roma 3.

- Iniziativa 1.2.5: Formazione digitale degli operatori. Iniziative di formazione residenziale e da remoto, in collaborazione con la UOC Sistemi ICT e la UOS Formazione, sincrone e asincrone, per l'utilizzo dei sistemi digitali aziendali e di telemedicina.

ASL ROMA 3 SPORTELLO ASCOLTO E DIALOGO DEI LAVORATORI

Il benessere organizzativo è dato dalla capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere dei lavoratori in ogni tipo di occupazione.
I principali sintomi fisici del disagio lavorativo sono:

1. Sentirsi stanco e svuotato per la maggior parte del tempo
2. Avere basse difese immunitarie che causano malattie frequenti
3. Lamentare frequenti mal di testa o dolori muscolari
4. Insonnia e alterazione del comportamento

L'ambulatorio è rivolto a tutto il personale dell'ASL ROMA 3

PER APPUNTAMENTO
CONTATTARE IL NUMERO 333 6107847

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

5.3 Obiettivo: AZIONI DI CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI VITA PRIVATA

- Iniziativa 1.3.1. Adozione della Delibera n. 997 del 14/09/2023. "Avviso per la manifestazione di interesse per l'inserimento nell'elenco delle convenzioni non onerose a favore del personale in servizio presso la ASL ROMA 3. Implementazione di convenzioni con realtà territoriali, per l'offerta scontata (riservata al personale e familiari) del costo offerto al pubblico di beni e/o prestazioni-erogazioni di servizi, come forma di supporto psichico e fisico alla "persona" e relativi familiari:
- - Prestazioni private professionali/artigianali
- - Banche e Finanziarie
- - Noleggio
- - Negozi
- - Viaggi
- - Hotel
- - Ristoranti
- - Università/Scuole/Asili/Nidi d'infanzia
- - Corsi di lingue straniere
- - Circoli sportivi
- - Centri Estivi (per minori ed anziani)
- - Stabilimenti balneari

- Iniziativa 1.3.2. Implementazione del lavoro agile per le attività di televisita. In linea con la procedura aziendale di Telemedicina (rif. Delibera n. 782 del 2022 e con il regolamento aziendale per lo smart work, è stata estesa la possibilità di erogazione di televisite specialistiche ambulatoriali, oltre alla modalità in presenza, anche in modalità di smart work, agli specialisti ambulatoriali convenzionati.

5.4 Obiettivo: PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO

Nella prevenzione dei rischi trasversali e nell'interesse di promuovere la diffusione del principio di protezione della salute individuale e collettiva anche sui luoghi di lavoro, attenzione viene posta ai rischi di arresto cardiaco improvviso:

- Iniziativa 1.4.1. Promozione di iniziative di formazione, rivolte ai dipendenti, su tecniche di rianimazione cardiopolmonare e conseguente idoneità all'uso del defibrillatore semiautomatico.
- Iniziativa 1.4.2. Fornitura progressiva di materiali e procedure per l'attivazione del primo soccorso.

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
1.1 PROMOZIONE DEL BEN-ESSERE INDIVIDUALE	1.1.1	Corso ECM: Come migliorare Salute e Benessere con Sport, Esercizio Fisico e Buona Alimentazione	UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale Dipartimento di Prevenzione	X	X	X
	1.1.2	**"Se sali le scale sale la salute"** (Produzione e diffusione di materiale informativo formato poster con descrizione degli effetti salutari ottenuti nell'evitare l'utilizzo dell'ascensore, e realizzazione di giornate promozionali).	Servizio di Prevenzione e Protezione Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	-	X	X
	1.1.5	**"Gruppo di cammino"** (Corso di presentazione delle opportunità offerte di stimolo e di aggregazione salutista, nel	Servizio di Prevenzione e Protezione	-	X	X

		programmare delle uscite in gruppo dove percorrere insieme strade ricche di stimoli visivi e culturali in ogni stagione dell'anno, con colleghi di lavoro ed eventualmente anche con i rispettivi familiari)	Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro			

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
1.2 PROMOZIONE DEL BENESSERE LAVORATIVO E ALFABETIZZAZIONE DIGITALE	1.2.1	Corso ECM: Insieme per il benessere comune e prevenzione del mobbing	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale Qualità e rischio clinico Risk Manager Servizio di Prevenzione e Protezione		X	X
	1.2.2	Formazione personalizzata per i responsabili di struttura	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale		X	X
	1.2.3	Adozione della procedura aziendale "Procedura per la Valutazione del Disagio Lavorativo e del Benessere Organizzativo Aziendale"	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale	X	X	X
	1.2.4	Attivazione dello Sportello di ascolto e dialogo per i lavoratori.	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale	X	X	X
	1.2.5	Formazione digitale degli operatori.	Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale Sistemi ICT Formazione		X	X

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
1.3 AZIONI DI CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI VITA PRIVATA	1.3.1	Avviso per la manifestazione di interesse per l'inserimento nell'elenco delle convenzioni non onerose a favore del personale in servizio presso la ASL ROMA 3	Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale Affari Generali	X	X	X
	1.3.2					

		Implementazione del lavoro agile per le attività di televisita	Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale Risorse Umane	X	X	X

OBIETTIVO	AZIONE	INIZIATIVA	Attori	2023	2024	2025
1.4 PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO	1.4.1 .	. Promozione di iniziative di formazione, rivolte ai dipendenti, su tecniche di rianimazione cardiopolmonare e conseguente idoneità all'uso del defibrillatore semiautomatico.	Servizio di Prevenzione e Protezione Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale	-	X	X
	1.4.2	Fornitura progressiva di materiali e procedure per l'attivazione del primo soccorso.	Servizio di Prevenzione e Protezione	-	X	X

SEZIONE 4: 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 negoziatori assegnatari di budget (delibera n°8 del 13/01/2022) ed eventuali successive modificazioni.

c) MONITORAGGIO RELATIVO ALL'ANTICORRUZIONE

MONITORAGGIO MISURE ORGANIZZATIVE

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. Il presente piano tende a rafforzare l'impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato.
L'attività di monitoraggio vedrà coinvolti anche i Referenti dell'anticorruzione; in una prima fase l'attività di monitoraggio sarà effettuata su un campione pari al 30% dei dati pubblicati a partire dai dati segnalati dall'ANAC come da verificare.
Il monitoraggio sarà effettuato quadrimestralmente/trimestralmente.
Il monitoraggio non riguarderà esclusivamente la trasparenza amministrativa ma il controllo sul se e come le misure di trattamento del rischio vengono attuate dando anche una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contestare.
L'attività di monitoraggio può avere ad oggetto anche attività non preventivamente pianificate ma emerse a seguito di segnalazioni pervenute tramite il canale del whistleblowing.
Strumenti operativi utili per una buona attuazione dell'attività di monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure sono:

- predisporre una check-list;
- realizzare incontri periodici con i responsabili delle misure;
- utilizzare strumenti informatici volti a facilitare l'attività di monitoraggio.

MONITORAGGIO SULLA TRASPARENZA

Il monitoraggio sulla trasparenza è volto a verificare se l'amministrazione ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente; se siano stati individuati i responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.
Il monitoraggio è, altresì, volto a verificare la corretta attuazione della disciplina dell'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la capacità dell'Azienda di censire le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi.
Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione è un controllo successivo, si riferisce a tutti i dati pubblicati su Amministrazione Trasparente.
Spetta all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni fornite annualmente dall'ANAC. L'OIV attesta, oltre alla presenza/assenza del dato o documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi sulla completezza del dato.
Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione dell'OIV a all'invio ad ANAC, assume le iniziative finalizzate all'implementazione delle misure di trasparenza e/o ne adotta ulteriori.
Strumento operativo utile alla corretta pubblicazione dei dati è il ricorso all'utilizzo di strumenti informatici.
Altro possibile strumento è quello di predisporre report – anche attraverso griglie excel di compilazione) specifici da parte dei responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati; tale strumento realizza un controllo e un monitoraggio continuo.
Il RPCT comunica all'Ufficio Disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione segnalandone i nominativi anche al vertice dell'Azienda e all'OIV.

MONITORAGGIO INTEGRATO DELLE SEZIONI DEL PIAO

Oltre alle attività di monitoraggio sopra specificate, il legislatore ha introdotto il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO.
Monitoraggio integrato:

Fattispecie	Criticità	Ruolo pro-attivo del RPCT
Mancata programmazione da parte del responsabile delle Risorse Umane di assunzioni di personale qualificato idoneo a ricoprire i posti da ruotare	Difficoltà di attuare la misura della rotazione ordinaria del personale	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle Risorse Umane per capire le ragioni/cause di tale difficoltà per poi disporre le necessarie iniziative in materia di Risorse Umane volte anche a consentire di attuare la rotazione
Mancata previsione in bilancio di adeguate risorse finanziarie per procedere alla informatizzazione della strategia di prevenzione della corruzione	Impossibilità dell'Azienda di adeguare i sistemi informatici per una migliore programmazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione	Il RPCT si coordina e avvia un confronto con il responsabile delle risorse finanziarie/Sistemi informativi per capire le ragioni/cause della mancata previsione di risorse in bilancio affinché vengano intraprese le necessarie iniziative

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.

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 COMPORTAMENTALE

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

ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITA'

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

ALLEGATO 10 - PIANO FORMAZIONE AZIENDALE 2023-2024

Allegato 1

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI
U.O.C. SISTEMI I.C.T.
,,
Via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma
Tel. 0656487349
informatica@aslroma3.it
informatica@pec.aslroma3.it

Disciplinare per il Corretto Utilizzo degli Strumenti Informatici e Telematici, Internet e Posta elettronica

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

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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.

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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.

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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.

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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.

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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-lt (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.

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

macchine client (Postazione di lavoo) 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 posizioni 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);

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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. Istallare 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;

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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,

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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. 24S). In particolare, è vietato il download di materiale soggetto a copyright (software, testi, immagini, musica, filmati, file in genere).

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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 istiistituzionali;+
- 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

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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 necessitino 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.

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

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)

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

- 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

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

Direzione Aziendale.

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.

Sede legale: via Casal Bernocchi, 73 – 00125 Roma – C.F. - P.IVA 04733491007

Allegato 2

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 Casaletto, 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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE

ASL ROMA 3

CURA DI:

DR.SSA CRISTINA VIO

DR.SSA ANGELA DI SALVATORE

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

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" così come modificato dal D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023 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.

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

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.

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

3.1 Onestà

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

2. 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.

3. 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.

4. 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

1. 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.

2. 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

1. 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.

2. 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.

3. 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

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma
C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

sorveglianza,

- in collaborazione con studi di consulenza e professionisti che abbiano o meno rapporti di lavoro in corso con l'Azienda.

3.4 Imparzialità

1. 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

1. 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.

2. 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.

3. 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)

1. L'Azienda ha approvato il "Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblower)".

2. 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.

3. La segnalazione (whistleblowing) può essere inoltrata al responsabile dell'anticorruzione all'indirizzo di posta elettronica: *amministrazione.trasparente@aslroma3.it*.

4. 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.

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

5. 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

1. 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.

2. 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:

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

b) 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;

c) 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;

d) riconoscere il diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della persona;

e) non sottoporre nessuno a trattamenti degradanti;

f) 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;

g) mantenere la riservatezza e la confidenzialità delle informazioni delle persone al fine di tutelarle da interferenze arbitrarie nella loro vita privata;

h) rispettare gli standard qualitativi relativi alle prestazioni tecniche, di confort e di relazioni umane nel rispetto degli standard di qualità fissati dall'Azienda e dalle comunità scientifiche di riferimento;

i) 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;

j) tutelare il diritto della persona di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia;

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

k) attivare ogni utile iniziativa, anche investendo istituzioni esterne all'uopo preposte, atta a tutelare la persona che presenti fragilità sociali e/o familiari;

l) tiene una condotta rispettosa delle fragilità, sensibilità e necessità dei pazienti fragili nonché della dignità della persona;

m) accettare le responsabilità derivanti dalle azioni e dalle scelte operate;

n) esercitare la funzione di advocacy al fine di promuovere e sostenere attivamente i diritti della persona;

o) promuovere l'immagine dell'Azienda attraverso l'adozione di comportamenti, azioni ed appropriate modalità di comunicazione verbale e non verbale.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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 nocumento 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.

9. Il destinatario non diffonde informazioni relative alle questioni interne dell'Azienda né comunica a terzi eventuali criticità e problematiche interne.

10. 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.

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

4.2 Utilizzo delle tecnologie informatiche.

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

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

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

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

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

4.3 Utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media.

1. Nell'utilizzo dei propri account di social media, il destinatario utilizza ogni cautela affinchè le proprie opinioni o i propri giudizi su eventi, cose o persone, non siano in alcun modo attribuibili direttamente all'Azienda.

2. In ogni caso il destinatario è tenuto ad astenersi da qualsiasi intervento o commento che possa nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'Azienda.

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

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

4. L'Azienda si doterà di una "social media policy" per ciascuna tipologia di piattaforma digitale, al fine di adeguare alle proprie specificità le disposizioni di cui all'art. 11 ter del DPR 62/2013. In particolare, la "social media policy" individuerà, graduandole in base al livello gerarchico e di responsabilità del destinatario, le condotte che possono danneggiare la reputazione dell'Azienda.

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

4.4 Regali, compensi e altre utilità

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

2. 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.

3. 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.

4. 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.

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

6. 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.

7. Il destinatario non abusa della propria posizione o funzione per ottenere un vantaggio di natura economica o non economica e/o un corrispettivo di qualsiasi natura da colleghi, utenti o terzi neanche al di fuori dello svolgimento di attività inerenti il proprio ufficio.

4.5 Partecipazioni ad associazioni e organizzazioni

1. Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il destinatario comunica tempestivamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza la propria adesione o

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

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.

2. 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

1. 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:

a) 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;

b) 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.

2. 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.

4.6 Obbligo di astensione

1. Il destinatario si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi finanziari e non finanziari 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.

4.7 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.

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

4.8 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.

4.9 Trasparenza e tracciabilità

1. 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.

2. 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.

4.10 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.

4.11 Comportamento in servizio

1. 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.

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

3. 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.

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

a) 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;

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

b) comunicare la variazione del domicilio/residenza;

c) programmare le assenze di cui alla L. 104/92;

d) registrare le assenze dovute al servizio esterno;

e) consumare il pasto durante la pausa pranzo negli orari stabiliti;

f) attestare le entrate e le uscite dalla struttura tramite lettore badge;

g) regolarizzare tempestivamente il proprio cartellino presenze.

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

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

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

8. 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.

9. 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.

10. 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.

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

a) bussare sempre prima di entrare in ufficio se la porta è chiusa ed aspettare di essere invitati ad entrare prima di aprirla;

b) salutare qualsiasi persona nuova che entra nel proprio ufficio e invitarla ad accomodarsi;

c) cercare di tenere buoni rapporti con tutti e accogliere con gentilezza e considerazione nuovi colleghi e utenti;

d) offrire spontaneamente il proprio aiuto ai colleghi che ne hanno bisogno e ringraziare per l'aiuto ricevuto;

e) se si ricevono telefonate di non competenza, mostrarsi disponibili a indirizzare l'interlocutore verso l'utenza corretta;

f) evitare di usare espressioni crude e volgari;

g) evitare i pettegolezzi, l'arroganza, le minacce e il sarcasmo;

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

h) utilizzare un abbigliamento consono al posto di lavoro;

i) rispettare l'osservanza delle norme di prevenzione e igiene della persona;

j) se si ascolta musica nel proprio ambiente di lavoro, mantenere un volume basso;

k) spegnere le luci, le attrezzature informatiche e chiudere le finestre, prima di lasciare l'ufficio, al termine della giornata di lavoro;

l) lasciare i servizi sanitari puliti dopo l'uso.

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

1. 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.

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

a) rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito;

b) collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe;

c) mantiene, anche in situazioni disagevoli, un comportamento cordiale e riguardoso dello stato di fragilità del paziente/degente.

4.11.2 Disposizioni particolari per i Dirigenti

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

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.

5. Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare, in termini di integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza; è 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.

6. Il dirigente cura la crescita professionale dei collaboratori, favorendo le occasioni di formazione e promuovendo opportunità di sviluppo interne ed esterne alla struttura di cui è responsabile.

7. Il dirigente non abusa mai della propria posizione e/o funzione per ottenere utilità e/o prestazioni di qualsiasi natura, lavorativa e non lavorativa, finanziaria e non finanziaria dai propri collaboratori, da colleghi, utenti e terzi; parimenti si astiene dall'adottare comportamenti che possano essere lesivi per la dignità della persona abusando della propria posizione gerarchica e/o funzione nei confronti di utenti, colleghi e terzi.

8. 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, nonché di relazioni, interne ed esterne alla struttura, basate su una leale collaborazione e su una reciproca fiducia e assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali.

9. 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.

10. Il dirigente attua la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni e i tempi prescritti misurando il raggiungimento dei risultati ed il comportamento organizzativo.

11. 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 3.6 del presente codice.

12. 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

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

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.

13. Il dirigente deve vigilare sulla corretta presenza in servizio da parte dei propri dipendenti, segnalando tempestivamente all'U.P.D. le eventuali infrazioni, trattandosi di comportamenti di rilevante gravità.

14. Il dirigente vigila sulla corretta applicazione di quanto previsto nel punto 4.4 del presente codice (Regali, compensi e altre utilità).

15. 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.

4.12 Rapporti con il pubblico

1. 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.

2. 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 e, in ogni caso, orientando il proprio comportamento alla soddisfazione dell'utente. Qualora non sia competente per posizione rivestita o per materia, indirizza l'interessato al funzionario o ufficio competente.

3. 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.

4. 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.

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

6. 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 o che possano nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'Azienda stessa e della pubblica amministrazione in generale.

7. 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.

8. 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

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

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.

9. 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.

10. 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.

11. 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

1. 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.

2. 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.

3. 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 i iscritto il Dirigente dell'ufficio.

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

4. 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.

5. 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

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

2. 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

1. I dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e l'U.P.D. vigilano sull'applicazione del presente codice.

2. 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.

3. 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.

4. 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 e s.m.i.. 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

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

presente articolo, l'U.P.D. opera in raccordo con il responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione.

5. 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.

6. Ai destinatari sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano agli stessi di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti.

7. Le attività di cui al comma 6 includono anche cicli formativi sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico, da svolgersi obbligatoriamente, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità.

8. RESPONSABILITA' CONSEGUENTE ALLA VIOLAZIONE DEI DOVERI DEL CODICE

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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:

a) intenzionalità del comportamento;
b) grado di negligenza dimostrata, tenuto anche conto della prevedibilità dell'evento;
c) rilevanza dell'infrazione e dell'inosservanza degli obblighi e delle disposizioni violate;
d) responsabilità connesse con l'incarico dirigenziale ricoperto, nonché con la gravità della lesione del prestigio dell'Azienda;
e) entità del danno provocato a cose o a persone, ivi compresi gli utenti;

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma
C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

f) eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al comportamento tenuto complessivamente dal dirigente o al concorso nella violazione di più persone.

5. Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

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

7. Chiunque venga a conoscenza di inadempienze al presente codice è tenuto a segnalarlo al Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza.

8. 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.

9. 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.

10. Il mancato perseguimento dell'infrazione segnalata da parte del Dirigente Responsabile ricade nella fattispecie di cui ai CC.CC.NN.LL. e AA.CC.NN. vigenti.

11. 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.

ASL Roma 3
Sede Legale:
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

C.F.-P.IVA 04733491007
www.aslroma3.it
e-mail: affari.generali@aslroma3.it

Allegato 4

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

ASL Roma3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007
Tel.06 56487524- 7416
Fax 06 56487545
e-mail amministrazione.trasparente@aslroma3.it
Pec: protocollo@pec.aslroma3.it

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

ASL Roma3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007
Tel.06 56487524- 7416
Fax 06 56487545
e-mail amministrazione.trasparente@aslroma3.it
Pec: protocollo@pec.aslroma3.it

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 ritenuto 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.

ASL Roma3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007
Tel.06 56487524- 7416
Fax 06 56487545
e-mail amministrazione.trasparente@aslroma3.it
Pec: protocollo@pec.aslroma3.it

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,

ASL Roma3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007
Tel.06 56487524- 7416
Fax 06 56487545
e-mail amministrazione.trasparente@aslroma3.it
Pec: protocollo@pec.aslroma3.it

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 whisteblower 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:

ASL Roma3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007
Tel.06 56487524- 7416
Fax 06 56487545
e-mail amministrazione.trasparente@aslroma3.it
Pec: protocollo@pec.aslroma3.it

- 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 verifichino 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.

ASL Roma3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007
Tel.06 56487524- 7416
Fax 06 56487545
e-mail amministrazione.trasparente@aslroma3.it
Pec: protocollo@pec.aslroma3.it

6. RESPONSABILITÁ 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

ASL Roma3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007
Tel.06 56487524- 7416
Fax 06 56487545
e-mail amministrazione.trasparente@aslroma3.it
Pec: protocollo@pec.aslroma3.it

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

ASL Roma3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007
Tel.06 56487524- 7416
Fax 06 56487545
e-mail amministrazione.trasparente@aslroma3.it
Pec: protocollo@pec.aslroma3.it

Allegato 5

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)

Allegato 6

REGIONE LAZIO

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

MODULO DI RICHIESTA PER L'AUTORIZZAZIONE SMART-WORKING

Prot. n._____del _____

Al Direttore UOSD/UOC

_____

ll/La Sottoscritto/a Cognome_____Nome_____

Luogo e data di nascita _____

Matricola_____Qualifica_____

in servizio presso _____

a □ tempo indeterminato □ tempo determinato

a □ tempo pieno □ tempo parziale

Indirizzo di residenza_____

Indirizzo di domicilio_____

e-mail personale/aziendale_____

CHIEDE

ai sensi degli artt. 76,77,78,79, ed 80 del C.C.N.L. Comparto Sanità del 02.11.2022 nonché degli artt. 18 e ss. della legge 81 del 2017:

- di poter svolgere la prestazione lavorativa in modalità Agile (Smart-Working):

  dal___/___/_____ al ___/___/_____

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:

DICHIARA

a) di poter svolgere l'attività lavorativa in modalità agile nelle seguenti giornate:

   □ Lunedì □ Martedì □ Mercoledì □ Giovedì □ Venerdì □ Sabato

   di svolgere l'attività lavorativa nella sede abituale di lavoro:

   □ Lunedì □ Martedì □ Mercoledì □ Giovedì □ Venerdì □ Sabato

b) che la prestazione lavorativa in modalità agile, ove necessario per la tipologia di attività svolta e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, sarà svolta presso il seguente indirizzo:

   _____;

c) di indicare la fascia di contattabilità dalle ore ___:___ alle ore ___:___ telefonicamente, via mail o con altre modalità similari;

d) di essere in possesso dei seguenti strumenti informatici:

□ personal computer □ connessione internet □ stampante □ telefono □ altro _____

e) di dare tempestiva informazione al proprio dirigente o responsabile in caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa distanza sia impedito o sensibilmente rallentato.

Dichiara inoltre:

1. di assumere l'impegno di acquisire presso il Servizio di Prevenzione e Protezione le informazioni di cui all'art. 36 del D.Lgs n. 8l/2008 e ss.mm.ii., dopo l'autorizzazione all'accesso allo smart working e prima dell'inizio dello stesso;

2. di trovarsi eventualmente in una delle seguenti situazioni:

□ lavoratore in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge n.104 del 5 febbraio 1992;

□ lavoratore in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n.104 del 5 febbraio 1992;

□ altro (specificare) _____

II/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del RegolamentoUE 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.

Roma, lì ___/___/_____ Il richiedente

Allegato 7

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

Direzione Generale
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma

ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE

(Art. 18 e ss., L n. 81/2017 e artt. 76 e ss., CCNL Comparto Sanità, Triennio 2019-2021)

TRA

Il/ La sottoscritto/a _____ dirigente/ responsabile della struttura _____ (indicare il nome della struttura)_____ di seguito denominato/a dirigente/responsabile

E

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ - C.F. _____ residente in_____alla via_____n.___, con sede di lavoro_____;
di seguito anche "Dipendente",
congiuntamente definite anche come "Parti" e singolarmente come "Parte";

PREMESSO

a) che, a norma degli art. 18 e ss., della Legge n. 81/2017, allo scopo di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, viene disciplinato il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro;
b) che il CCNL del Comparto Sanità, triennio 2019-2021, sottoscritto in data 02.11.2022, ha integrato la precedente disciplina relativa allo svolgimento del lavoro agile;
b) che il suddetto Contratto prevede specificamente all'art. 78, comma 1, che l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda deve essere formalizzata attraverso un apposito accordo individuale;
c) che con deliberazione n. _____ è stato adottato il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) avente ad oggetto la disciplina aziendale relativa alla regolamentazione e l'esecuzione dello *smart-working*;
d) che con istanza prot n._____ del_____ il/la dipendente ha chiesto di essere autorizzato/a a svolgere parte della propria prestazione lavorativa in modalità agile;

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1
(Modalità di svolgimento)

1) Il/la dipendente_____svolgerà parte della sua attività in modalità di lavoro agile, fermo restando il criterio della prevalenza della modalità in presenza

- A decorrere dal_____fino al_____

2) le giornate di lavoro agile sono stabilite nel n._____ a settimana/mese e, segnatamente_____ e sono concordate con il dirigente/responsabile della struttura di assegnazione tenuto conto delle esigenze di servizio.
Le rimanenti giornate lavorative stabilite nel n._____ a settimana/mese e, segnatamente_____saranno svolte in presenza presso gli uffici aziendali;

3) la fascia di contattabilità nelle giornate di lavoro agile è quella corrispondente all'orario generalmente svolto dal lavoratore. Il dipendente può essere contattato, al di fuori della predetta fascia, per motivi urgenti, fatta salva la fascia di disconnesione di cui al punto 4 mediante una delle seguenti modalità: (barrare casella);

- o recapito telefonico:_____
- o deviazione della propria utenza del numero telefonico interno:_____.

La contattabilità si esplica anche tramite la consultazione o riscontro delle comunicazioni trasmesse per mezzo di posta elettronica o di messaggistica istantanea, ove concordata, nonché mediante la partecipazione alle videoconferenze programmate.
Nella fascia di contattabilità il lavoratore può richiedere, ove ne sussistano i presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge e durante la fruizione di tali permessi è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.
Nelle giornate in cui viene svolta attività di *smart-working* non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di richio;

4) la fascia di disconnessione è stabilita dalle ore 13.30 alle ore 14.00 o dalle ore 14.00 alle ore 14.30 (pausa pranzo), per chi ne ha diritto, e dalle ore 19.30 alle ore 7.30 (da lunedì a venerdì) e nei giorni di sabato, di domenica e festivi;

5) lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile avviene attraverso l'utilizzo della seguente dotazione: (barrare casella)

- o dotazione informatica di proprietà/nella disponibilità del dipendente (indicare genericamente la strumentazione occorrente):
  _____
  _____
- o dotazione informatica fornita dall'amministrazione:
  _____
  _____

6) nello svolgimento della prestazione di lavoro agile, il/ la dipendente:

a) conforma la propria condotta agli obblighi di comportamento previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali;

b) è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali e dalle direttive e indicazioni all'uopo impartite dalle competenti strutture dell'amministrazione. Lo stesso è, altresì, personalmente responsabile della sicurezza dei dati trattati;

ARTICOLO 2
(Recesso)

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso non inferiore a 30 giorni.
Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 199, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di garantire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro nel rispetto delle esigenze di vita e di cura del lavoratore.
In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso.
Fatte salve ulteriori ipotesi, costituiscono giustificato motivo di recesso unilaterale:

- l'assegnazione a diversa unità organizzativa, la variazione delle mansioni, sopravvenute ed oggettive esigenze organizzative e produttive, esigenze personali del lavoratore, problemi di sicurezza informatica;
- il notevole inadempimento degli obblighi contrattuali del prestatore di lavoro;
- le ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro e al regolare funzionamento di essa.

ARTICOLO 3
(Potere direttivo, di controllo e disciplinare)

Nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1979, n. 300 e s.m.i., il/la dirigente responsabile esercita il potere direttivo e di controllo nei confronti del dipendente mediante:

a) l'assegnazione - fermi restando gli obiettivi, le modalità e i criteri di valutazione della performance complessiva (organizzativa e individuale), stabiliti dal sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dalla ASL Roma 3 - di obiettivi specifici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile comprensiva degli indicatori di misurazione;

b) la verifica entro il 31 dicembre del raggiungimento del/degli obiettivo/i di lavoro agile assegnato/i, a tal fine, il dipendente e il/ la dirigente/responsabile della struttura di assegnazione concordano, ciascuno per quanto di rispettiva spettanza, la predisposizione di un report delle attività svolte nel periodo di riferimento oggetto di valutazione in termini di risultati raggiunti;

Il mancato rispetto degli obblighi derivanti dal presente contratto, dai regolamenti e dalle disposizioni interne di servizio, dà luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, in conformità alla disciplina contrattuale e legale in materia.

ARTICOLO 4
(Informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile)

Il/ La dipendente dichiara:

a) di aver preso visione del disciplinare, dell'informativa in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro e del documento contenente le prescrizioni in materia di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali, dei quali la sottoscrizione del presente accordo costituisce piena accettazione;

b) aver ricevuto la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione in modalità agile (nel caso di dotazione da parte dell'Azienda).

ARTICOLO 5
(Riservatezza, privacy e security)

Il lavoratore è tenuto a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni di cui proceda al trattamento, persistendo il divieto di farne uso e/o comunicazione al di fuori delle proprie mansioni.
Il presente accordo viene redatto in duplice originale, uno dei quali custodito agli atti della struttura di assegnazione che provvede all'inserimento di una copia dello stesso nel fascicolo personale del dipendente e l'altro consegnato al medesimo.

ARTICOLO 6
(Rinvio)

Il presente contratto costituisce integrazione del contratto individuale di lavoro.
Per tutto quanto non previsto trovano applicazione i contratti collettivi applicati dall'Amministrazione, i regolamenti e le disposizioni di servizio interni, le norme di legge in materia di lavoro agile.

Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, _____
Il/la dipendente _____

IL Dirigente UOC/Struttura_____
Dott./Dott.ssa_____

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile il contraente dichiara di aver preso attenta ed integrale visione del presente contratto individuale di lavoro e di accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 1 e 2.

Roma _____

Il/la dipendente _____

IL Dirigente UOC/Struttura_____
Dott./Dott.ssa_____

Allegato 8

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

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 Smark 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. 8 1/2008 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*.

COMPORTAMENTI 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 srnart 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 meteoclimatiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;

- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente manutenute 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 manutenuti;

- 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 ostacolino 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 manutenuti; 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 poggiapiedi 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 minimi77are 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 combusti;

- 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 Carrozzi

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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	

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA			
	STRUTTURA COMPLESSA	**STRUTTURA SEMPLICE**	**STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE**
	U.O.C. QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO		
		U.O.S. Formazione ed aggiornamento del personale	
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E SIS	U.O.S. Flussi sanitari istituzionali	
	UOC ACCREDITAMENTO, VIGILANZA E CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE	UOS controlli prestazioni rese e cartelle	
	U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	UOS Governo cartelle cliniche e verifica SDO	
		U.O.S. Igiene e tecnica ospedaliera C.P.O.	

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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.C. FARMACIA OSPEDALIERA	UOS Logistica	
		U.O.S. Laboratorio Galenico	
	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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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 DEGLIA AMBIENTI DI LAVORO	U.O.S. Prevenzione e formazione alla sicurezza negli ambienti di lavoro	
			U.O.S.D. CANILE SOVRAZONALE 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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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		

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Declinazione delle strutture semplici aziendali **Atto Aziendale**

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

	UOC			UOSD	UOS
	(A) uoc ospedaliere	(B) uoc territoriali	(A+B) uoc complessive		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	0	4	4	3	5
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	1	4	5	2	7
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	0	6	6	1	11
DIPARTIMENTO DI MEDICINA	5	0	5	3	7
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	4	1	5	3	8
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	3	1	4	1	5
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	2	1	3	2	3
FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA	1	3	4	0	5
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	0	5	5	1	2
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)	2	0	2	1	5
FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	0	1	1	0	4
AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE	1	2	3	0	2
totali	19	28	**47**	**17**	**64**

TOT. **81**

Allegato 10

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

Deliberazione Direttore Generale n. 1138 del 02/12/2022

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

STRUTTURA PROPONENTE: UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale

OGGETTO: Piano Formativo Aziendale Biennio 2023/2024 - Importo complessivo: € 300.000,00

L' Estensore: Girolama Maria Rosaria Castiello

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 **necessita** di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale.

Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente
Gerardo Bruno Antonio Corea

Il Dirigente addetto al controllo di budget con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 2466 attesta:

Sottoconto: 502020301-502020302
Comporta scostamenti rispetto al budget: BUDGET NON PRESENTE
Responsabile UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE: Davide Buoncristiani

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 2466

Hash .pdf (SHA256): 2d96f38b9c7bfc626e4eebb5220b677274fc5dcde4888dfc978107f917dbd62e
Hash .p7m (SHA256): fbd8584bbcff2401e237b4da7ec77336cfff17de24af54ae5a7b37ac63ea8c34
Firme digitali apposte sulla proposta: COREA GERARDO BRUNO ANTONIO,Merli Francesca,BUONCRISTIANI DAVIDE,SGROI DANIELA

Il Responsabile del Procedimento: Girolama Maria Rosaria Castiello

Il Dirigente: Gerardo Bruno Antonio Corea

Il Direttore del Dipartimento:

ASL ROMA 3

Deliberazione

REGIONE LAZIO

IL DIRETTORE U.O.C. SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE

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. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i. e, in particolare, l'art. 16 ter che istituisce la Commissione nazionale per la formazione continua in medicina;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 17 aprile 2019 con cui è stata ricostituita, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per la formazione continua per l'espletamento dei compiti previsti dal 2 comma dell'art. 16 ter del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i.

VISTO che con l'Accordo del 2 febbraio 2017 il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento "La formazione continua nel settore Salute" unitamente all'allegato "criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" che costituisce parte integrante dello stesso;

VISTO il Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua nel corso della riunione del 25.10.2018 ed entrato in vigore a far data dal 10.01.2019;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 28.11.2019, n. U00485 ad Oggetto "Indirizzi per la formazione del personale Aziendale del SSR (triennio 2019-2021);

PREMESSO che con deliberazione n. 136 del 12/04/2021 è stata approvata la costituzione del comitato Scientifico preposto alla validazione del Piano formativo a livello scientifico ed *andragogico*;

che con deliberazione n. 290 del 31/05/2021 è stato adottato il Regolamento Aziendale per le attività di formazione ed aggiornamento del personale dipendente dell'Asl Roma 3;

DATO ATTO che con nota prot. n. 17407 del 12.03.2021 il Direttore Generale, preso atto della cessazione del Dirigente dell'UOS Formazione e aggiornamento del personale, ha assegnato al Direttore UOC Sviluppo Organizzativo e della "*competence*" individuale l'incarico di sostituzione provvisoria;

CONSIDERATO che il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il documento annuale, o pluriennale, di programmazione delle attività di formazione e aggiornamento aziendali e si configura come il risultato di un percorso articolato che coinvolge una pluralità di attori istituzionali;

altresì che il Piano Formativo Aziendale rappresenta uno strumento per raggiungere gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, del piano Sanitario Regionale, degli obiettivi strategici aziendali, del Piano per la Prevenzione, degli obiettivi dettati da normativa di legge, degli obiettivi per il miglioramento della Qualità dei servizi e degli obiettivi emersi dall'analisi del fabbisogno formativo dei singoli professionisti;

ATTESA la necessità di procedere alla formulazione ed approvazione del Piano Formativo aziendale Biennio 2023- 2024 sulla base:

- delle linee di indirizzo della Direzione strategica aziendale;
- delle esigenze specifiche di formazione dei dipartimenti e macrostrutture aziendali;
- dell'obbligatorietà dell'acquisizione dei crediti formativi ECM degli operatori sanitari;
- delle indicazioni fornite dal citato DCA ed in linea con le strategie aziendali.

PRESO ATTO che il Comitato Scientifico, di cui alla deliberazione n. 136/2021 citata, nelle riunioni intervenute dalla data di costituzione ha analizzato i bisogni formativi ed ha approvato nelle sedute del 15/03/2022 e del 28/09/2022 le proposte formulate dalla Direzione Aziendale e dai Dipartimenti/Aree;

CONSIDERATO che all'esito delle attività istruttorie il Dirigente della U.O.S. Formazione e Aggiornamento del Personale ha elaborato il Piano Formativo Aziendale Biennio 2023-2024 parte integrante del presente documento (allegato 1);

CONSIDERATO che sarà cura della U.O.S. Formazione e Aggiornamento del personale notificare ai Dirigenti Negoziatori di Budget la presente deliberazione e, tramite pubblicazione sul portale intranet aziendale, nella sezione dedicata al Manuale della Qualità e nella sezione dedicata alla Formazione, renderla accessibile e consultabile a tutti gli operatori;

ATTESO che il Piano Formativo Aziendale sarà aggiornato ciclicamente, ogni anno, al fine di apportare eventuali modifiche ed integrazioni che potranno rendersi necessarie per ottemperare a disposti normativi nazionali o regionali, o qualunque altra motivata esigenza aziendale;

CONSIDERATO che la qualità dell'assistenza del SSR è strettamente legata alla qualità delle conoscenze e delle competenze degli operatori. Conoscenze e competenze che sono sia specifiche di ciascuna figura professionale e/o disciplina, che trasversali alle varie figure professionali, competenze relazionali e manageriali, sia in ambito tecnico che sanitario e amministrativo.

ATTESO che è sorta la necessità di uniformare il piano formativo per tutte le figure professionali che operano all'interno dell'Asl Roma 3;

VISTO che, con nota prot. n. 70765 del 10/11/2022 il Coordinatore del Comitato scientifico ha comunicato di adottare il fondo di finanziamento del Piano Formativo Aziendale Biennio 2023/2024 per l'importo totale di € 300.000,00;

DATO ATTO che il finanziamento del Piano Formativo Aziendale 2023/2024 è pari ad € 300.000,00 così suddivisi:

- conto 502020301, formazione da pubblico € 100.000,00, di cui € 50.000,00 per il 2023 ed € 50.000, per il 2024;
- conto 502020302, formazione da privati € 200.000,00, di cui € 100.000,00 per il 2023 ed € 100.000,000 per il 2024;

RITENUTO pertanto opportuno e necessario adottare il "Piano Formativo Aziendale Biennio 2023/2024" redatto secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale per le attività di formazione ed aggiornamento del personale dipendente della Asl Roma 3;

Deliberazione

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 a 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 esposti in narrativa, che si intendono integralmente riportati nel presente dispositivo:

- di adottare il "Piano Formativo Aziendale Biennio 2023-2024 - Importo complessivo: € 300.000,00" in allegato e parte integrante del presente provvedimento;
- di disporre che il Piano sarà messo a disposizione sul sito intranet aziendale e sul sito internet nelle sezioni rispettivamente dedicate;
- di dare mandato al Responsabile della UOS Formazione e Aggiornamento del personale di notificare il presente provvedimento agli interessati;
- di dare mandato alla U.O.C. Risorse Economico Finanziarie di assumere la sub-autorizzazione N. 1700 sul conto 502020301, formazione da pubblico € 100.000,00, di cui € 50.000,00 per il 2023 ed € 50.000, per il 2024;
- e sul conto 502020302, formazione da privati € 200.000,00, di cui € 100.000,00 per il 2023 ed € 100.000,000 per il 2024.

Il Direttore
U.O.C. Sviluppo Organizzativo e
della "*competence*" individuale
(Dr. Gerardo Bruno Antonio Corea)

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: "insediamento 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 comma, L.241/90;

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

DELIBERA

- di adottare la proposta di deliberazione con oggetto: "Adozione del Piano Formativo Aziendale Biennio 2023-2024 – Importo complessivo: € 300.000,00", composta di n. 5 pagine e n. 1 allegato, nei termini indicati.

Il presente atto sarà affisso 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)

ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

PIANO FORMATIVO AZIENDALE

BIENNIO 2023 -2024

INDICE

1.0 PREMESSA.....3
2.0 SCOPO.....3
3.0 LA DIMENSIONE PROFESSIONALE E OBBLIGO ECM.....4
4.0 OBIETTIVI DEL SISTEMA FORMATIVO..... 4
4.1 LE MACRO AREE FORMATIVE..... 4
5.0 LA VALUTAZIONE.....6
6.0 PROGETTI FORMATIVI 2023/2024.....8
7.0 DIFFUSIONE.....14
8.0 CONCLUSIONI.....15

1.0 PREMESSA

Il presente Piano Formativo Aziendale è stato redatto tenendo conto di quanto indicato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00485 del 28 novembre 2019, avente ad Oggetto "Indirizzi per la formazione del personale Aziendale del SSR".

Gli indirizzi proposti nel documento regionale del Piano hanno l'obiettivo di orientare gli investimenti formativi delle Aziende del SSR, declinandoli in aree formative e linee di intervento, con un'attenzione crescente non solo alla validità dei contenuti, ma all'intero processo formativo dall'analisi della domanda, alla progettazione degli apprendimenti, alla valutazione delle ricadute ed anche alla scelta delle metodologie.

Pertanto è fondamentale stimolare la ricerca di metodologie didattiche che meglio rispondono alle esigenze di contesto (*blended*), utilizzando, accanto a didattiche tradizionali, metodologie relazionali quali le comunità di pratica, attraverso cui le persone sviluppano le *skills*, le competenze trasversali e di lavoro in equipe, ma anche la formazione a distanza (FAD).

Basata proprio sullo scioglimento del vincolo spazio-temporale, la FAD può essere utile a garantire in modo sostenibile la formazione continua del personale e, pur se utilizzata come metodo integrativo, può risultare di elevata rilevanza strategica per lo sviluppo di una rete di condivisione di esperienze e conoscenze in un'ottica di crescita dei sistemi.

2.0 SCOPO

Il documento delinea la programmazione delle attività di formazione che si intendono realizzare nel prossimo biennio ed ha carattere di indirizzo ed orientamento su strategie volte a supportare l'Azienda in questa fase di profonda innovazione.

L'elaborazione del documento si basa sull'analisi dei crescenti bisogni formativi da parte del Comitato Scientifico, istituito con la deliberazione n. 136 del 12/04/2021 e preposto alla stesura del piano formativo e dei progetti formativi.

La predetta stesura sarà condivisa con la Direzione Strategica.

L'Azienda ha previsto nel presente piano formativo, seguendo le indicazioni regionali, una sezione dedicata allo sviluppo degli obiettivi di formazione regionale attraverso la realizzazione di eventi formativi aziendali.
Il presente Piano per il biennio 2023-2024 sarà aggiornato annualmente in relazione ai nuovi fabbisogni formativi.

3.0 LA DIMENSIONE PROFESSIONALE E OBBLIGO ECM

Nel presente Piano Formativo Aziendale sono delineati gli indirizzi formativi regionali di programmazione.
Gli specifici progetti formativi potranno essere articolati in eventi ECM ed in eventi di formazione continua da destinare a tutto il personale aziendale: amministrativo, tecnico e sanitario.
La formazione è essenziale per rinnovare, aggiornare o incrementare il proprio bagaglio di competenze teoriche e pratiche.
Sono stati inseriti nel Piano Formativo Aziendale progetti formativi rispondenti agli obblighi previsti dalla normativa vigente.

4.0 OBIETTIVI DEL SISTEMA FORMATIVO

4.1 LE MACRO AREE FORMATIVE

La classificazione delle macro aree formative è coerente con gli indirizzi nazionali e regionali declinati secondo tre dimensioni:

- Strategica nazionale;
- Sviluppo del SSR;
- Sviluppo Professionale.

DIMENSIONE STRATEGICA NAZIONALE

In riferimento all'art. 28, comma 3, "Obiettivi formativi", dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – La formazione continua nel settore "Salute", la Commissione nazionale individua, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani Sanitari Regionali e delle Linee Guida di cui all'art. 3 del D.L. n. 158/2012, convertito dalla Legge 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macro aree:

- **obiettivi formativi tecnico-professionali**, che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza;
- **obiettivi formativi di processo**, che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione;
- **obiettivi formativi di sistema**, che individuano lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

DIMENSIONE DELLO SVILUPPO DEL SSR

La qualità dell'assistenza del SSR è strettamente legata alla qualità delle conoscenze e delle competenze degli operatori. Conoscenze e competenze che sono sia specifiche di ciascuna figura professionale e/o disciplina (*hard skills*), che trasversali alle varie figure professionali, competenze relazionali e manageriali (*soft skills*).

L'attribuzione di priorità nell'attuazione delle tematiche individuate è legata al peso che sarà conferito agli specifici obiettivi del processo di adeguamento alle Direttive Regionali, pur rispettando, coerentemente con quanto stabilito nell'ultimo piano formativo regionale, il limite minimo di almeno un intervento formativo annuo per Area Strategica.

Di seguito sono riportate le Aree Strategiche Formative, che tracciano i riferimenti e gli ambiti su cui implementare la formazione, di cui al Decreto del Commissario ad Acta 28 del 28 novembre 2019, n. U00485 predetto.

Partendo dall'analisi del bisogno formativo vengono evidenziate Aree Formative Strategiche a supporto di processi di cambiamento con ricadute organizzative e clinico/assistenziali:

- Promozione della Salute e Prevenzione;
- Rete integrata del Territorio;
- Rete Ospedaliera e Specialistica;
- Contenzioso, Affari Legali e Generali;
- Patrimonio e Tecnologie;
- Risorse Umane;
- Medicina di genere;
- Appropriatezza Prescrittiva;
- *Middle Management.*

DIMENSIONE DELLO SVILUPPO PROFESSIONALE

E' declinato per singola professione ed obiettivi generali di sviluppo professionale secondo i rispettivi quadri sinottici, come in tabella 2 allegata al DCA 28 novembre 2019, n. U00485.

5.0 LA VALUTAZIONE

La valutazione deve, dunque, essere orientata alla rendicontazione trasparente dei risultati e dei costi e alla verifica dei processi, all'interno di un ciclo continuo di miglioramento della qualità.

Tenuto conto delle diverse esigenze alle quali la formazione dovrebbe rispondere è importante che siano individuati indicatori specifici utili a valutarne le ricadute in termini di efficacia ed efficienza, considerando quindi la fase di valutazione dei percorsi di formazione come fase importante del processo.

Gli strumenti ed i processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa sono strumenti indispensabili per garantire che gli investimenti risultino coerenti ed efficaci nel favorire il raggiungimento sia degli obiettivi del sistema formativo che di quelli del sistema aziendale.

Monitorare la qualità dell'offerta significa entrare nel merito del rapporto tra bisogni espressi nella domanda formativa ed i risultati rappresentati dalle ricadute professionali organizzative osservabili e misurabili nel post-formazione.

Nell'ottica di un miglioramento continuo della Qualità della formazione del SSR e dei Piani Formativi elaborati ed implementati dai Provider Regionali, si è provveduto a programmare iniziative aziendali dirette ai Responsabili Scientifici dei corsi ECM, Docenti e Tutor, Responsabili delle Segreterie Organizzative e di Aula dei Corsi ECM, Responsabili della qualità ed a tutto il personale afferente alle strutture di formazione.

In particolare eventi formativi su:

- La struttura del Sistema ECM;
- Progettazione, gestione ed impatto dei piani formativi aziendali;
- Le valutazioni della qualità di un provider e dei progetti formativi;
- Buone pratiche e nuove linee emergenti nella didattica rivolta agli operatori sanitari.

Per lo sviluppo e l'implementazione di progetti finanziati da programmi europei è stato previsto un percorso formativo iniziale di introduzione alla progettazione europea, al fine di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare finalizzato alla partecipazione dell'Asl Roma 3 a progetti finanziati dai programmi europei.

Tale gruppo di lavoro ha il compito di esaminare i bandi ritenuti di interesse per l'Asl Roma 3, partecipare alla stesura di proposte progettuali, nonché collaborare alla eventuale gestione e realizzazione dei progetti approvati.

6.0 PROGETTI FORMATIVI 2023/2024

	DIPARTIMENTO	STRUTTURA PROPONENTE	CORSO	RESPONSABILE SCIENTIFICO	SEGRETERIA	EDIZIONI	DESTINATARI	COSTO totale	NOTE
1	servizi	TRASFUSIONALE	il processo trasfusionale	barbara ceccanti	daniela felice	12 (sei per anno)	medici infermieri	3.600,00	
2	salute mentale	TSMREE	vittimizzazione secondaria e violenza nei contesti istituzionali	norma sardella	fabrizio brauzzi	1	psicologi psichiatri neuropsichiatri infantili terapisti della riabilitazione assistenti sociali infermieri	705,00	
3		DSM	conoscere i servizi pubblici della salute mentale:pratica clinica e integrazione multidisciplinare delle competenze attraverso gli strumenti della supervisione e dell'intervisione nei gruppi di lavoro	simona de simone norma sardella	maria concetta oliviero	1	psicologi psichiatri neuropsichiatri infantili terapisti della riabilitazione assistenti sociali infermieri	600,00	
4		UOSD prevenzione e interventi precoci in salute mentale	disturbi dello spettro autistico nei giovani adulti	renato maria menichincheri	renato maria menichincheri	1	medici psicologi infermieri assistenti sociali logopedisti terapisti della neuromotricità	360,00	
5		SPDC	de-scalation e eventi aggressivi in reparto	piero petrini	marco sparvoli roberto igliozzi	4	Medici Psichiatri, psicologi, infermieri e assistenti sociali	720,00	
			il complesso border line	piero petrini	marco sparvoli roberto igliozzi	1	infermieri psichiatri psicologo assistente sociale	405,00	pervenuto dopo comitato
			non legare: nuovi progetti per la salute mentale	piero petrini	marco sparvoli roberto igliozzi	1	infermieri psichiatri psicologo assistente sociale	1.575,00	pervenuto dopo comitato
6		DSM	DBT corso avanzato II livello	de simone /lombardo	Lombardo	1	medico psichiatra psicologo e assistente sociale	450,00	pervenuto dopo comitato
7	cure primarie	UOS governo disagio giovanile	la salute emotiva e relazionale dell'adolescenza in epoca post-pandemica; le azioni del consultorio per il governo del disagio giovanile	anna maria adriatico	ilaria agnelli paola evangelisti	2	psicologi psichiatri neuropsichiatri ginecologi pediatri assistenti sociali infermieri ostetriche	1.200,00	
8		UOS governo disagio giovanile	valutazioni delle competenze genitoriali	monica vaillant	laura dominijanni	2	psicologi, neuropsichiatri infantili	2.100,00	
9		uoc cure primarie uos disagio giovanile	il sostegno delle funzioni genitoriali secondo il modello the circle of security	monica vaillant	tiziana sacchi	2	psicologi	2.980,00	
10		UO fragilità cure domiciliari e NAD	la NAD: organizzazione ed attività	antonio vivenzio	silvia ruggieri	1	medici infermieri dietiste fkt e farmacisti	175,00	pervenuto dopo comitato
11		UOS medicina d'urgenza	BLSD	flavio soleo	flavio soleo	9	tutte le professioni	4.000,00	

12	DEA	UOC diagnostica per immagini	corso teorico pratico di formazione per tecnici sanitari di radiologia medica che operano nelle screening mammografico della ASL roma3	oscar tommasini rossella rella	rossella rella	2	tecnici di radiologia medica	2.775,00	
13		UOC diagnostica per immagini	incontri clinico radiologici	oscar tommasini	giulia anello	2	medici radiologi	500	
14	UOS controllo di gestione	UOS controllo di gestione	la corretta gestione della contabilità analitica	andrea storri	giovanna arioli	5	direttori uoc, uosd e strutture negoziatrici e personale addetto alla gestione dei flussi	1000	
15		professioni sanitarie e sociali	violenza di genere: prevenzione e contrasto in sinergia con le reti territoriali	maria rosaria forte	paola saraceno	1	tutte le professioni	1160	
16			aspetti giuridici e sociosanitari nei trattamenti terapeutici alle persone con patologia da dipendenze e psichiatriche. Aggiornamento della normativa sulle misure alternative	danila maria luisa colombini	giulia vecchi	1	tutte le professioni	500	
17			ruolo del punto unico di accesso nell'integrazione socio-sanitaria: tecniche teorico-pratiche nella relazione di aiuto all'utenza	andrea sciarcon	paola saraceno	2	medico, infermiere, assistente sociale, amministrativo	610	
			l'equita nella salute e nei percorsi assistenziali	marina germano	andrea sciarcon	2	tutte	820	
18			l'amministratore di sostegno come misura di protezione delle persone fragili: fondamenti e principi normativi	marina marconi	paola saraceno	1	tutte	250	
19		riabilitazione	le scale di valutazione in riabilitazione: misurare gli esiti	loredana gigli	gloria giglioni	3	fkt, logopedisti. Terapisti occupazionali, tnpee, ortottisti	945	
20		ostetricia	il modello della saluto-fisiologia nell'assistenza ostetrica alla gravidanza	rita gentile	chiara pizzi	3	ostetriche	720	
21			promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno secondo il modello OMS/UNICEF (20 ore)	rita gentile	chiara pizzi	5	ostetriche, pediatri, infermieri, ginecologi pls	900	
22			la promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita	rita gentile	chiara pizzi	5	ostetriche, pediatri, infermieri, ginecologi psicologi, assistenti sociali pls	500	
23			la corretta gestione degli accessi vascolari	alessia del angelis	antonella riti	10	infermieri	2250	
24			linee guida, protocolli e buone pratiche nell'assistenza infermieristica	alessia del angelis	antonella riti	4	infermieri	120	

25	professioni sanitarie DIPROSAN	cure primarie	infermieristica legale per responsabilità professionale: aspetti e prospettive	alessia del angelis	antonella riti	6	infermieri, ostetriche	240	
26			nursing outcomes: esiti sensibili alle cure infermieristiche	alessia del angelis	antonella riti	6	infermieri	240	
27			corso di aggiornamento ASL3 POS 331 "prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione"	gaia di laurenzi	antonella riti	7	infermieri	1400	
28			il contrasto alle infezioni correlate all'assistenza:le buone pratiche, le misure di isolamento ed il corretto uso dei DPI	alessia del angelis	antonella riti	8	infermieri	1680	
29			percorso di riflessione e apprendimento sul lavorare in gruppo e di gruppo per fare salute nelle organizzazioni	alessia del angelis	antonella riti	2	infermieri dirigenti professioni sanitarie	1080	
30			perioperative clinical nursing: il percorso assistenziale perioperatorio presso il POU G.B.Grassi CPO	alessia del angelis	antonella riti	2	infermieri	60	
31			modelli organizzativi assistenziali nella programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77	alessia del angelis	antonella riti	2	infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia medica,assistenti sociali	80	
32			comportamenti organizzativi e Middle Management: leadership e strumenti nel management delle Professioni Sanitarie	alessia del angelis	antonella riti	3	posizioni organizzative, coordinatori, dirigenti delle professioni sanitarie	240	
33		professioni sanitarie tecniche	criticità nell'utilizzo delle apparecchiature di risonanza magnetica nucleare	vittorio santarelli	antonella giuli	4	medici radiologi tecnici di radiologia infermieri tecnici della prevenzione	1080	**pervenuto dopo comitato**
34			la radioprotezione degli operatori sanitari	vittorio santarelli	antonella giuli	4	medici tecnici di radiologia tecnici fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, esposti a rischio specifico infermieri, tecnici della prevenzione	1440	**pervenuto dopo comitato**
35		uoc amministrativa POU	corso operativo relativo all'assolvimento obblighi previsti dell'ANAC: CIG-smart CIG	pierfrancesco calzetta	raffaella pisano	1	funzionari e dirigenti amministrativi	420	
36			corso operativo per acquisti tramite mercato elettronico (MEPA)	pierfrancesco calzetta	raffaella pisano	1	assistenti, collaboratori e dirigenti amministrativi	420	

37	prevenzione	uoc sisp	screening nazionale eliminazione del virus dell'epatite C: corso di formazione per operatori sanitari	adele gentile	francesca leone	1	medici infermieri assistenti sanitari	150	
38			radioprotezione e medicina nucleare	fabrizio sperati	francesco pattaro	2	medici tecnico prevenzione tecnico radiologia	1540	
39		uoc sisp/uos immunoprofilassi	le buone pratiche assistenziali nella profilassi vaccinale: dalla scheda anamnestica alla gestione degli eventi avversi	patrizia grammatico francesca leone	paola pandolfi	3	medici infermieri assistenti sanitari personale amministrativo	750	
40		uoc sisp/uosd canile sanitario	uso appropriato degli antibiotici e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	livia malandrucco adele gentile	daria costanzo	2	medici, veterinari, farmacisti, MMG, infermieri	1540	
41		uoc siaoa	tecniche di programmazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare controperizia controversia e diffida	aldo benevelli	stefania casaccia	1	veterinari, medici igienisti, biologi, chimici, tecnici della prevenzione	487	
42			aggiornamenti in materia di malattie trasmesse da alimenti	alessandra signori	stefania casaccia	1	veterinari, medici igienisti, biologi, chimici, tecnici della prevenzione	487	
43		uosd screening oncologici, promozione della salute e stili di vita	gli screening oncologici, la promozone della salute e gli stili di vita nella asl roma 3	maria rita noviello	sabrina santini	4	tutte le professioni sanitarie e MMG	1300	
44		saiapz	nuovo reg.UE sulla sanità animale: regolamento CE 429/2016, relativo alle malattie trasmissibili e regolamenti applicativi	paolo zagaia	paola battisti	2	veterinari e tecnici della prevenzione	960	**pervenuto dopo comitato**
45		uosd sian	valutazione della gestione del rischio applicata al controllo degli infestanti nelle attività alimentari e nella ristorazione	paolo cesaroni	antonio mazzone	1	medici, veterinari, biologi, chimici tecnici della prevenzione dietiste infermieri	531	interni ed esterni
46			buona prassi nutrizionale	lucia messeri	marco garzone	1	medici, biologi, chimici, dietiste, tecnici prevenzione, infermieri, ostetriche	227,5	
47			emergenze in sicurezza alimentare e sistema di allerta rapido comunitario (RASFF)	alessandro santoro passarelli vaccaro	marco garzone	1	medici, veterinari, biologi, chimici tecnici della prevenzione dietiste	125	
48			integratori alimentari: funzione, produzione ed impiego	alessandro santoro passarelli vaccaro	marco garzone	1	medici, veterinari, biologi, chimici tecnici della prevenzione dietiste	125	
49		cardiologia	percorsi per la gestione clinica, la diagnosi e la terapia delle più comuni patologie cardivascolari	fabrizio ammirati emanuela bocchino	vinvenzo guido	1	medici cardiologi, infermieri, tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria	413	**pervenuto dopo comitato**

50	medicina	cardiologia	percorsi organizzativi ed assistenziali per personale infermieristico e tecnico all'interno della UOC cardiologia	fabrizio ammirati andriani cosimo	ida raffaella merlino	1	infermieri tecnici e medici	338	**pervenuto dopo comitato**
51		uoc nefrologia e dialisi	gestione clinica del paziente con malattia renale cronica	morosetti massimo	loredana fortunato	1	medici dietisti infermieri	325	
52		UOC REF	la cessione dei crediti dei fornitori di pubblica amministrazione e società pubbliche: comportamenti e gestione	davide buoncristiani	segreteria UOC	1	amministrativi	3800	**pervenuto dopo comitato**
53			l'ABC della P.C.C. corso base per responsabili e incaricati della piattaforma crediti commerciali	davide buoncristiani	segreteria UOC	1	amministrativi	4500	**pervenuto dopo comitato**
54	ufficio legale	ufficio legale	eipass progressive	dirigente ufficio legale	segreteria ufficio legale	8	assistenti, collaboratori amministrativi	1952	**pervenuto dopo comitato**
55	SPP	SPP	corso obbligatorio per RLS	maurizio carrozzi	roberta schietroma	1	tutte le professioni	800	**pervenuto dopo comitato**
56			la radioprotezione degli operatori (art.111 d.Lgs. N101/20)	maurizio carrozzi	antonella giuli	4	medici tecnici di radiologia infermieri esposti a rischio specifico	960	**pervenuto dopo comitato** stesso corso del diprosan
57			corso di formazione per preposto	maurizio carrozzi	roberta schietroma	3	tutte le professioni	600	**pervenuto dopo comitato**
58			addetti antincendio rischio medio	maurizio carrozzi	roberta schietroma	4	tutte le professioni	1200	**pervenuto dopo comitato**
59			addetti antincendio rischio alto	maurizio carrozzi	roberta schietroma	3	tutte le professioni	15144	**pervenuto dopo comitato**
60			addetti antincendio rischio alto aggiornamento	maurizio carrozzi	roberta schietroma	2	tutte le professioni	4434	**pervenuto dopo comitato**
61			corso di formazione per lavoratori art 36 e37 dlgs.81/08	maurizio carrozzi	roberta schietroma	4	tutte le professioni	1600	**pervenuto dopo comitato**
62	chirurgia	uoc ostetricia e ginecologia	management delle principali emergenze in sala parto	mario ciampelli	rita gentile	2	ostetriche e ginecologi	2000	**pervenuto dopo comitato**
63	direzione generale	URP	whistel blowing	gianni valeri	gianni valeri	1	tutte le professioni	375	**pervenuto dopo comitato**
64	direzione amministrativa aziendale		excel base			?	amministrativi	?	**pervenuto dopo comitato**
65			excel intermedio			?	amministrativi	?	**pervenuto dopo comitato**
66			excel avanzato			?	amministrativi	?	**pervenuto dopo comitato**
67			access			?	amministrativi	?	**pervenuto dopo comitato**
							totale parziale	86.963,50	

contributo ecm	40000	CONTRIBUTO CHE VARIA DA 15000 A 20000 EURO/ANNO secondo il numero di edizioni
TOTALE	**126.963,50**	**SONO ESCLUSI I COSTI DEI CORSI DI INFORMATICA**

7.0 DIFFUSIONE

La diffusione delle informazioni riguardanti l'attività formativa viene garantita attraverso la pubblicazione del piano stesso, dopo deliberazione della Direzione Generale, sul sito intranet aziendale nella sezione "Formazione ECM".

La U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del Personale assicura, in tal senso, adeguata informazione e trasmissione ai potenziali destinatari delle attività formative, nonché degli eventi/progetti aziendali, mediante l'uso dei canali istituzionali.

Sul sito aziendale su cui, per ogni singolo evento, come ogni anno, verranno riportati programma, finalità, data, luogo di svolgimento e destinatari in uno spazio appositamente destinato.

8.0 CONCLUSIONI

Il piano Formativo Aziendale Bienno 2023-2024, come ogni anno ed in coerenza con i processi in continua evoluzione, è caratterizzato da ampia flessibilità, in quanto potrà essere integrato da iniziative formative che si rendesse necessario avviare nel corso dell'anno in quanto legate ad esigenze aziendali sopravvenute e a nuovi indirizzi regionali e nazionali, non tralasciando la possibilità di frequentare momenti di formazione organizzati esternamente alla nostra Azienda.