SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 0000578 del 16/04/2026

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

STRUTTURA PROPONENTE:
UOSD AFFARI GENERALI

OGGETTO:
APPROVAZIONE INTEGRAZIONE AL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026/2028 ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 126 DEL 30.01.2026

L'estensore: Stefania Caiafa
Il Responsabile del Procedimento: Cristina Vio

Parere del Direttore Amministrativo: ***Dott. Angelo Scozzafava***

Parere DA: Favorevole

Parere del Direttore Sanitario: ***Dr. Antonio Bray***

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

Cristina Vio

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 0000553

Hash (SHA256): cfebcd0bd017785a2721cb5ac75180690c59f282e9c8e861edd16662b45bd2e1

Firme digitali apposte sulla proposta:
Cristina Vio,Cristina Vio

Il Responsabile del Procedimento: Cristina Vio
Il Dirigente: Cristina Vio
Il Direttore del Dipartimento: Filippo Coiro

Il Direttore Generale (*)

Dott.ssa Laura Figorilli

Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

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

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994 n. 18 avente ad oggetto: "Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";

VISTO l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 432 del 21.03.2025, approvato dalla Regione Lazio con Deliberazione n. 189 del 3.04.2025 e pubblicato sul BURL n. 28 dell'8.04.2025;

VISTA la Deliberazione n. 44 del 22.04.2025 avente ad oggetto: "Recepimento della Delibera n° 189 del 03/04/2025 della Regione Lazio di approvazione del nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3";

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00040 del 31.03.2025 avente ad oggetto: "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)";

VISTA la Deliberazione n. 1 del 01.04.2025 avente ad oggetto: "Insediamento della Dr.ssa Laura Figorilli in qualità di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3";

VISTE le Determinazioni n. 2 dell'11.03.2024 e n. 6 del 6.05.2024 con le quali sono stati nominati rispettivamente il Dr. Angelo Scozzafava quale Direttore Amministrativo e il Dr. Antonio Bray quale Direttore Sanitario;

PREMESSO che, ai sensi dell'articolo 6 del D. L. n. 80/2021, con deliberazione n. 126 del 30.01.2026 è stato approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026/2028;

VISTA la deliberazione n. 138 del 3.02.2026 con la quale è stata recepita la deliberazione n. 7 del 22.01.2026 della Regione Lazio di approvazione della modifica dell'Atto Aziendale della Asl Roma 3, modifica che ha comportato tra l'altro una parziale rivisitazione delle strutture e dei relativi negoziatori coinvolti nella performance organizzativa;

VISTO che nella Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19.02.2026 è stata pubblicata l'Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2025 così come deliberato con atto n. 19 del 28.01.2026;

CONSIDERATO che l'Organismo Indipendente di Valutazione della Asl Roma 3, alla luce degli atti sopra citati, ha chiesto di modificare parzialmente il PIAO approvato con deliberazione n. 126 del 30.01.2026 e, nel contempo, ha chiesto di inserire un ulteriore allegato al PIAO;

RITENUTO pertanto, di procedere all'adozione dell'integrazione al PIAO (***Allegato n. 1***) 2026-2028 approvato con deliberazione n. 126 del 30.01.2026 e di pubblicare la presente deliberazione sul sito web della ASL Roma 3, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente", oltreché sul portale PIAO del Dipartimento di Funzione Pubblica;

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;

PRECISATO che il presente provvedimento non necessita di rilevazioni contabili da annotare al bilancio di esercizio aziendale;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 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, come modificata dalla legge 15/2005;

PROPONE

per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati:

- di approvare l'integrazione al *Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026/2028*, adottato con deliberazione n. 126 del 30.01.2026 (***allegato 1***);
- di pubblicare la presente integrazione al PIAO 2026/2028 sul sito web dell'ASL Roma 3 nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" oltreché sul portale PIAO del Dipartimento del Funzione Pubblica.

IL DIRIGENTE
U.O.S.D. AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Cristina Vio)

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994 n. 18;

VISTO l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 432 del 21.03.2025, approvato dalla Regione Lazio con Deliberazione n. 189 del 3.04.2025 e pubblicato sul BURL n. 28 dell'8.04.2025;

VISTA la deliberazione n. 44 del 22.04.2025 avente ad oggetto: "Recepimento della Delibera n° 189 del 03/04/2025 della Regione Lazio di approvazione del nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3";

VISTO l'art. 3 comma 6 del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 8 comma 7 della L.R. del Lazio n. 18/94;

IN VIRTU' dei poteri di cui alla Deliberazione della Asl Roma 3 n. 1 del 01.04.2025 inerente l'insediamento del Direttore Generale Dr.ssa Laura Figorilli;

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 e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della L. 20/1994 e s.m.i., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90, come modificata dalla legge 15/2005;

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

D E L I B E R A

di adottare la proposta di deliberazione con oggetto: "*Approvazione Integrazione al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026/2028 adottato con deliberazione n. 126 del 30.01.2026"*, composta di n. 4 pagine e di n. 1 allegati nei termini indicati.

Il presente atto 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
(Dott.ssa Laura Figorilli)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

PIAO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

ASL ROMA 3 2026/2028

SOMMARIO

Introduzione ***pag. 5***

Scheda anagrafica dell'organizzazione ***pag. 6***

Legenda: Distretti Asl Roma 3 ***pag. 7***

Valore pubblico, performance, anticorruzione - La Produzione Interna ***da pag. 8 a pag. 11***
Programmazione finanziaria

Assistenza ospedaliera ***da pag. 12 a pag. 15***
Regime ordinario
Regime diurno
Totale ricoveri

Accessi Pronto soccorso ospedale GB. Grassi Ostia ***da pag. 16 a pag. 20***
Dati SIES
Numero accessi periodo gennaio-dicembre 2025
Dati ACP Ambufest 2025

Assistenza territoriale ***da pag. 21 a pag. 27***
Volumi prestazioni ambulatoriali e relativa valorizzazione economica per punto di erogazione
Prestazioni Dialisi
Prestazioni SIAS rese in regime di convenzione SSN nelle strutture pubbliche per totali di branca specialistica nel periodo Gennaio -Novembre 2024-2025.
Prestazioni SIAS rese in regime di convenzione SSN nelle strutture pubbliche per Valorizzazione Teorica del totale di branca specialistica nel periodo Gennaio -Novembre 2024-2023.

Assistenza domiciliare ***da pag. 28 a pag. 31***
Dati Assistenza domiciliare erogata nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2025

Salute Mentale ***da pag. 32 a pag. 33***
Salute mentale adulti
Attività residenziale dipartimentale
Attività ospedaliera dipartimentale
Salute mentale Età evolutiva

Sgreening oncologici ***da pag. 34 a pag. 38***
Dati screening mammografico
Dati screening citologico
Dati screening del colon retto
Dati immunoprofilassi

SOMMARIO

Ufficio Relazioni con il Pubblico ***da pag. 39 a pag. 47***
Sito web per tutti
Obiettivi di semplificazione e digitalizzazione
Obiettivi di valore pubblico ed incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale

Performace **dal pag. 48 a pag. 76**
Punti di forza della gestione dell'anno 2025
Mission aziendale e obiettivi strategici
Processo di budgeting
Approvazione del PIAO
Procedura di negoziazione
Sottoscrizione e notifica degli obiettivi negoziati
Processo di monitoraggio e di valutazione
Verifica dei risultati di fine anno
Criteri delle verifiche
Risorse

I Negoziatori ***da pag. 77 a pag. 96***
I Negoziatori
Il processo di budget e la definizione degli obiettivi
Valutazione e verifica dei risultati
Criteri e tempistica delle verifiche
Performance, Semplificazione, Digitalizzazione e Accessibilità
Obiettivi di semplificazione
Obiettivi di digitalizzazione
Obiettivi e strumenti per la realizzazione della piena accessibilità dell'Amministrazione

Rischi corruttivi e trasparenza **da pag. 97 a pag. 127**
Valutazione dell'impatto del contesto esterno
Sistemi e tecnologie
Gestione delle utenze ed accessi da remoto
Procedimenti disciplinari avviati e conclusi negli anni 2024 e 2025
Mappatura dei processi per l'individuazione di rischi corruttivi
Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi
Specifiche del Processo – Descrizione – Possibili eventi rischiosi
Valutazione dell'impatto
Progettazione delle misure organizzative per il trattamento dei rischi corruttivi
Settore affidamento di lavori, servizi e forniture
Settore contratti
Settore controlli sulla Committenza
Settore rilevazione presenze
Piano Nazionale Anticorruzione
Monitoraggio richieste accesso civico semplice e generalizzato pervenute
Monitoraggio misure organizzative
Monitoraggio sulla trasparenza
Il Pantouflage
Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici

SOMMARIO

Organizzazione e capitale umano ***da pag. 128 a pag. 142***
Struttura organizzativa
Riferimenti normativi
Discipline e misure organizzative
Presupposti e condizioni per lo svolgimento dell'attività in modalità agile
Smart-Working per i lavoratori fragili
Accesso al lavoro agile
Adozione strumenti tecnologici per garantire la diffusione e l'utilizzo di forme di lavoro agile
Piano triennale dei fabbisogni del personale
Piano delle azioni positive e Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la lavorazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni - CUG.

Piano delle azioni positive ***da pag. 143 a pag. 173***
Premessa
Quadro normativo di riferimento
Situazione del personale aziendale Relazione CUG del 2023 dati del 2022*
Personale aziendale per ruoli e sesso
Linee generali di intervento
Promozione del benessere individuale e promozione di stili di vita salutari
Promozione del benessere lavorativo e alfabetizzazione digitale
Sportello d'ascolto e dialogo dei lavoratori
Azioni di conciliazione tra tempi di lavoro professionale ed esigenze di vita privata
Monitoraggio relativo all'accessibilità dei cittadini
Monitoraggio relativo alle performance
Verifica dei risultati
Criteri delle verifiche
Monitoraggio relativo all'anticorruzione - monitoraggio e misure organizzative
Monitoraggio sulla trasparenza
Monitoraggio integrato delle sezioni del PIAO
Monitoraggio relativo al lavoro agile
Elenco allegati

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.**

Il PIAO ha durata triennale e deve essere aggiornato annualmente.

Scheda anagrafica dell'organizzazione

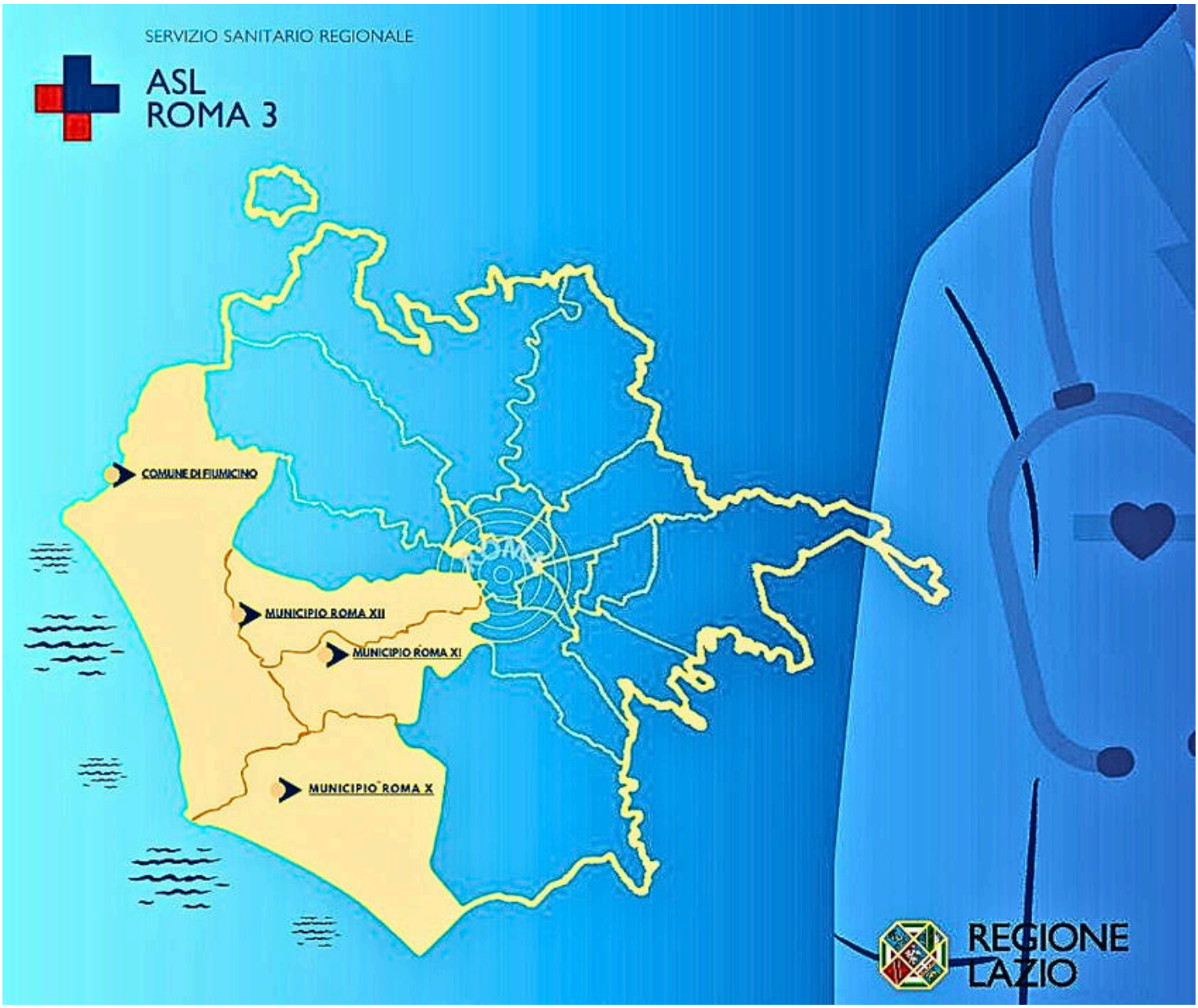
L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, costituita con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 8 dell'8/08/1994, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma1-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale e rappresenta un polo erogante prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza per tutti cittadini. 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, CAP. 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:

SERVIZIO 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 e s.m.i., 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 libri contabili, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.
L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del 2° comma, art. 5 D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.
L'Azienda ha un ambito territoriale di 517 kmq. che corrisponde ai Municipi X – XI – XII del Comune di Roma e al territorio del Comune di Fiumicino. Ha un bacino d'utenza di 603.865 abitanti suddiviso in quattro Distretti, coincidenti con i citati Municipi del Comune di Roma e con il territorio del Comune di Fiumicino.

DISTRETTI ASL ROMA 3
LEGENDA

- Municipi/Distretti X, XI, XII
- Comune/Distretto Fiumicino



VALORE PUBBLICO,PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

LA PRODUZIONE INTERNA

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, del preconsuntivo 2025 e del bilancio di previsione 2026.

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Bilancio di Esercizio Anno 2022	Bilancio di Esercizio 2023	Bilancio di Esercizio 2024	CE IV Trim. 2025	Previsione 2026
A-Valore della produzione	1.149.132	1.186.010	1.283.375	1.257.141	1.235.216
B-Costi della produzione	1.144.961	1.187.963	1.278.495	1.261.587	1.222.873
Differenza tra valore e costi della produzione	-4.17	1.952	4.88	4.445	12.343
C-Proventi e oneri finanziari	-3.829	-403	-332	-152	-1.6
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	9.286	81.772	4.947	14.963	0
X-Risultato prima delle imposte	9.627	81.772	10.161	10.365	10.743
Y-Imposte e tasse	9.627	9.787	10.161	10.365	10.743
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	0	71.984	0	0	0

Il Conto Economico si chiude con un utile provvisorio di 12,8 milioni di euro.
Il Bilancio di previsione 2026 si chiude con la proposta di pareggio di bilancio
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.
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. Nell'albero della performance vengono delineati in dettaglio gli obiettivi di performance che mirano alla creazione di Valore Pubblico, sia in ambito esterno finalizzato ad avere un impatto sui cittadini che interno quale condizione necessaria per il corretto raggiungimento degli obiettivi a favore dell'utenza. 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 2025 evidenzia un recupero della produzione.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

REGIME ORDINARIO

Numero dei dimessi

TIPOLOGIA	ISTITUTO	2025 (GEN-NOV)	2024 (GEN-NOV)	DIFFERENZA ASSOLUTA	DIFFERENZA %
Acuti	GB Grassi Ostia	6801	6393	408	6,4
Riabilitazione	CPO	114	107	7	6,5
Unità Spinale	CPO	78	72	6	8,3

Valore economico

TIPOLOGIA	ISTITUTO	2025 (GEN-NOV)	2024 (GEN-NOV)	DIFFERENZA ASSOLUTA	DIFFERENZA %
Acuti	GB Grassi Ostia	23.963.010,09	21.2280.290,47	2.682.719,62	12,6
Riabilitazione	CPO	1.001.585,00	896.795,00	104.790,00	11,7
Unità Spinale	CPO	2.291.391,00	1.865.088,00	426.303,00	22,9

REGIME DIURNO

Numero dei dimessi

TIPOLOGIA	ISTITUTO	2025 (GEN-NOV)	2024 (GEN-NOV)	DIFFERENZA ASSOLUTA	DIFFERENZA %
Acuti	GB Grassi Ostia	1322	1318	4	0,3
Riabilitazione	CPO	18	12	6	50,0
Unità Spinale	CPO	30	23	7	30,4

Valore economico

TIPOLOGIA	ISTITUTO	2025 (GEN-NOV)	2024 (GEN-NOV)	DIFFERENZA ASSOLUTA	DIFFERENZA %
Acuti	GB Grassi Ostia	1.537.733,22	1.443.942,77	93.790,45	6,5
Riabilitazione	CPO	70.815,00	46.091,00	24.724,00	53,6
Unità Spinale	CPO	132.772,00	92.227,00	40.545,00	44,0

TOTALE RICOVERI

Numero dei dimessi

TIPOLOGIA	ISTITUTO	2025 (GEN-NOV)	2024 (GEN-NOV)	DIFFERENZA ASSOLUTA	DIFFERENZA %
Acuti	GB Grassi Ostia	8.123	7.711	412	5,3
Riabilitazione	CPO	132	119	13	10,9
Unità Spinale	CPO	108	95	13	13,7
TOTALE RICOVERI		8.363	7.925	438	5,5

Valore economico

TIPOLOGIA	ISTITUTO	2025 (GEN-NOV)	2024 (GEN-NOV)	DIFFERENZA ASSOLUTA	DIFFERENZA %
Acuti	GB Grassi Ostia	25.500.743,31	22.724.233,24	2.776.510,07	12,2
Riabilitazione	CPO	1.072.400,00	942.886,00	129.514,00	13,7
Unità Spinale	CPO	2.424.163,00	1.957.315,00	466.848,00	23,9
TOTALE RICOVERI		28.997306,31	25.624.434,24	3.372.872,07	13,2

ACCESSI PRONTO SOCCORSO OSPEDALE GB. GRASSI DI OSTIA

DATI SIES

Di Seguito si riporta il numero delle prestazioni effettuate a seguito di accesso al Pronto Soccorso, e ai Nuclei di Cure Primarie aziendali.

EROGATORE	ALTRA DIAGNOSTICA STRUMENTALE	ANALISI	CD ESAMI	COLLOQUIO/ VISITA/ CONSULTO	DOPPLER	ECG	ECOGRAFIE	EEG	RMN	RX	TAC	TERAPIE/ TRATTAMENTI	TOTALE
PRONTO SOCCORSO OSTIA	19.192	10.568		49.545	34	21.01	276	372				8.698	109.695
PS OSTETRICO/GINECOLOGICO - OSTIA	839						350						1.189
ANESTESIA E RIANIMAZIONE - OSTIA				1.195									1.195
ANGIOLOGIA - OSTIA				29	335								364
ASSISTENTE SOCIALE - OSTIA				189									189
CARDIOLOGIA - OSTIA				3.216									3.216
CHIRURGIA GENERALE - OSTIA				1.701									1.701
D. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - OSTIA				539									539
GASTROENTEROLOGIA - OSTIA	56			132									188
LABORATORIO - OSTIA		475.788											475.788
LABORATORIO CATENA DI CUSTODIA - OSTIA		517											517
MEDICINA - OSTIA				8									8
NEFROLOGIA - OSTIA				560									560
NEUROLOGIA - OSTIA				1.811									1.811
OCULISTICA - OSTIA				287									287
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - OSTIA				3.163									3.163
PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI - OSTIA				1.009									1.009
PEDIATRIA - OSTIA				869									869

EROGATORE	ALTRA DIAGNOSTICA STRUMENTALE	ANALISI	CD ESAMI	COLLOQUIO VISITA CONSULTO	DOPPLER	ECG	ECOGRAFIE	EEG	RMN	RX	TAC	TERAPIE / TRATTAMENTI	TOTALE
RADIOLOGIA ECO - OSTIA			26			863	6.678						7.567
RADIOLOGIA ENDOSCOPIA - OSTIA	10												10
RADIOLOGIA RM - OSTIA			12						187				199
RADIOLOGIA RX - OSTIA			504							45.69			46.194
RADIOLOGIA TAC - OSTIA			4.824								40.112		44.936
SPDC - OSTIA				2.543									2.543
NCP FIUMICINO	1.576	307		10.57		832						1.211	14.496
NCP FREGENE	1.786	70		5.836		429						878	8.999
BAMBINO GESU NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA				1									1
BAMBINO GESU PEDIATRIA CHIRURGICA				6									6
EUROPEAN HOSPITAL CARDIOCHIRURGICA				2									2
S. CAMILLO F. PERINATALE				1									1
S. CAMILLO FORLANINI CARDIOCHIRURGICA				13									13
S. CAMILLO FORLANINI EMERGENZA				498									498
S. CAMILLO FORLANINI ICTUS				89									89
S. CAMILLO FORLANINI TRAUMA				74									74
SPALLANZANI MALATTIE INFETTIVE				183									183
TOTALE	23.459	487.25	5.366	84.069	369	23.134	7.304	372	187	45.69	40.112	10.787	728.099

Periodo di riferimento: gennaio – dicembre 2025

DESCRIZIONE	CODICE ROSSO	CODICE ARANCIONE	CODICE AZZURRO	CODICE VERDE	CODICE BIANCO	NON VALORIZZATO	ANNO 2025 (GEN-DIC)
A domicilio	746	4.991	13.215	15.512	383	1	34.848
Deceduto in P.S.	105	29	11				145
Dimissioni a struttura ambulatoriale	17	124	178	333	4		656
Giunto cadavere	5						5
Inserito per errore	4	10	8	32	18	44	116
Non risponde a chiamata	3	63	496	725	104		1.391
Paziente si allontana spontaneamente	140	276	1.053	843	79	7	2.398
Ricoverato	1.012	2.112	1.953	560	3		5.64
Rifiuta ricovero	149	612	1.061	328	5		2.155
Trasferito	501	1.148	1.398	119	2		3.168
Trasferito a Ospedale di Comunità				1			1
Trasferito al PS Richiedente		2		1			3
TOTALE ANNO 2025	2.682	9.367	19.373	18.454	598	52	50.526

Dati SIES

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).

DATI ACP AMBUFEST 2025

Di seguito sono riepilogati gli accessi e le prestazioni erogate nelle strutture Ambufest, aperte in orario diurno il sabato e la domenica:

Accessi

	POL. CASAL BERNOCCHI	CASA SALUTE OSTIA	CASA SALUTE OSTIA (PEDIATRIA)	PONTE GALERIA DISTRETTO XI	TOTALE
ACCESSI TOTALI	3.785	11.155	14.436	4.165	26.254

Tipologia di intervento

Certificazioni	1.839	5.068	246	1.975	7.889
Prescrizioni (in urgenza e in continuità terapeutica)	1.770	5.533	10.646	3.918	15.418
Prestazioni infermieristiche	1.541	6.583	9.736	456	10.369
Invio in PS Chiamata al 118	174	335	323	64	401
PRESTAZIONI TOTALI	5.322	17.319	20.958	6.412	34.077

Anno 2025

Nel corso del 2026 verranno attivate le Case di Comunità con un incremento delle ore e delle sedi di apertura al pubblico.

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'attività Specialistica Ambulatoriale viene erogata nei diciassette presidi territoriali. Nella tabella di seguito sono messe a confronto le prestazioni degli Esercizi 2024 e 2025.
Il dato 2025, 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 periodo gennaio-novembre 2025:

Volumi prestazioni ambulatoriali e relativa valorizzazione economica per punto di erogazione						
Distretto 1	PresPrinc	Nome	N. Prestazioni	N. Prestazioni	Valorizzazione teorica	Valorizzazione teorica
	901	Poliambulatorio Fregene	45.863	57.353	172.680,31 €	229.763,62 €
	1001	Casa Salute Palidoro	49.982	51.519	206.536,66 €	215.415,58 €
	1501	Poliambulatorio Fiumicino	239.897	250.954	1.310.919,93 €	1.407.082,77 €
1 TOTALE			335.742	359.826	1.690.136,90 €	1.852.261,97 €
Distretto 2	401	Poliambulatorio Paolini	24.669	22.777	508.906,48 €	397.619,10 €
	501	Casa Salute di Ostia	209.373	231.316	874.388,23 €	1.051.210,05 €
	701	Poliambulatorio Acilia	228.023	276.631	1.301.499,91 €	1.436.804,04 €
	1701	Poliambulatorio Ostia Antica	153.028	172.486	658.286,15 €	766.993,25 €
2 TOTALE			615.093	703.21	3.343.080,77 €	3.652.626,44 €

Volumi prestazioni ambulatoriali e relativa valorizzazione economica per punto di erogazione							
			GEN-NOV 2025	GEN-NOV 2024		GEN-NOV 2025	GEN-NOV 2024
Distretto 3	910301	Poliambulatorio Ponte Galeria	7.549	31.334		242.841,81 €	311.747,64 €
	930600	Poliambulatorio Corviale	3.946	3.769		88.477,08 €	67.381,46 €
	930800	Poliambulatorio Vaiano	125.193	131.527		740.314,85 €	848.220,83 €
3 TOTALE			136.688	166.63		1.071.633,74 €	1.227.349,93 €

Volumi prestazioni ambulatoriali e relativa valorizzazione economica per punto di erogazione							
			GEN-NOV 2025	GEN-NOV 2024		GEN-NOV 2025	GEN-NOV 2024
Distretto 4	70200	Poliambulatorio Ramazzini	136.936	106.487		1.175.710,61 €	942.300,51 €
	70601	Poliambulatorio Massimina	19.134	16.845		59.941,17 €	58.208,39 €
	71002	Poliambulatorio Consolata	54.186	54.743		200.287,73 €	204.165,76 €
	72001	Poliambulatorio Colle Massimo	51.113	56.403		169.284,50 €	212.303,29 €
4 TOTALE			261.369	234.478		1.605.224,01 €	1.416.977,95 €
PPOO	101	Poliambulatorio G.B. Grassi	347.933	338.693		5.380.696,56 €	5.531.153,55 €
	201	Poliambulatorio C.P.O.	15.462	11.737		315.744,01 €	210.767,41 €
PPOO Totale			363.395	350.43		5.696.440,57 €	5.741.920,96 €
5 TOTALE			1.712.287	1.814.574		13.406.515,99 €	13.891.137,25 €

Fonte: UOC ESIS

Prestazioni Dialisi

Prestazioni dialisi								
			N. Prestazioni	N. Prestazioni			Valorizzazione Economica	Valorizzazione Economica
PPOO	101	Poliambulatorio G.B. Grassi	21.559	23.513	-83		1.885.181,90 €	1.883.180,24 €
	201	Poliambulatorio Cpo	1.119	373	2,000		108.760,50 €	29.986,17 €
PPOO Totale			22.678	23.886	-51		1.993.942,40 €	1.913.166,41 €

Fonte: UOC ESIS

Prestazioni SIAS rese in regime di convenzione SSN nelle strutture pubbliche per totali di branca specialistica nel periodo Gennaio -Novembre 2024-2025						
Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	Dialisi	Totale gen-nov 2025	Totale gen-nov 2024
0	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	1.477.692			1.477.692	1.582.719
5	Chirurgia Vascolare – Angiologia	11.506			11.506	9.347
8	Cardiologia	21.577	10		21.587	26.221
9	Chirurgia generale	3.193	154		3.347	2.12
12	Chirurgia Plastica	1.025			1.025	882
15	Medicina dello Sport		970		970	3.564
19	Endocrinologia	17.773	32		17.805	17.747
29	Nefrologia	2.576	14.931	22.678	40.185	40.529
30	Neurochirurgia		5			
32	Neurologia	7.685			7.685	8.802
34	Oculistica	16.655	3.777		20.432	22.786
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	9.443			9.443	7.56
36	Ortopedia e Traumatologia	10.779			10.779	10.03
37	Ostetricia e Ginecologia	8.096			8.096	5.325
38	Otorinolaringoiatria	15.034			15.034	12.461
40	Psichiatria	14.744			14.744	18.15
43	Urologia	4.101	6		4.107	3.543
52	Dermosifilopatia	5.832	10		5.842	4.035
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	7.858			7.858	7.191

Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	Dialisi	Totale gen-nov 2025	Totale gen-nov 2024	Var %
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	6.369			6.369	3.531	804
64	Oncologia	2.795			2.795	2.918	-42
68	Pneumologia	7.209			7.209	8.061	-106
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	15.353			15.353	20.419	-248
79	Risonanza Magnetica	119			119	478	-751
82	Anestesia	2.68			2.68	2.418	108
99	Altro	18.039	4.259		22.298	17.623	265
TOTALE		1.688.133	24.154	22.678	1.734.965	1.838.460	-56

Fonte: ESIS

Prestazioni SIAS rese in regime di convenzione SSN nelle strutture pubbliche per Valorizzazione Teorica del totale di branca specialistica nel periodo Gennaio -Novembre 2024-2023							
Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	dialisi	Totale GEN-NOV 2025	Totale GEN-NOV 2024	Var %
0	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	5.084.603,43 €			5.084.603,43 €	5.938.720,11 €	-144
5	Chirurgia Vascolare – Angiologia	501.767,03 €			501.767,03 €	403.182,88 €	245
8	Cardiologia	661.158,61 €	346,94 €		661.505,55 €	724.560,21 €	-87
9	Chirurgia generale	87.368,91 €	75.329,00 €		162.697,91 €	53.212,70 €	2,058
12	Chirurgia Plastica	36.087,50 €			36.087,50 €	20.821,08 €	733
15	Medicina dello Sport		6.287,89 €		6.287,89 €	23.085,96 €	-728
19	Endocrinologia	322.695,75 €	165,07 €		322.860,82 €	271.910,22 €	187
29	Nefrologia	44.971,53 €	102.059,95 €	1.993.942,40 €	2.140.973,88 €	2.059.598,16 €	40
30	Neurochirurgia		3.270,00 €				
32	Neurologia	205.449,38 €			205.449,38 €	140.948,93 €	458
34	Oculistica	351.874,46 €	2.623.590,55 €		2.975.465,01 €	3.419.264,79 €	-130
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	219.884,78 €			219.884,78 €	155.134,83 €	417

Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	dialisi	Totale GEN-NOV 2025	Totale GEN-NOV 2024	Var %
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	219.884,78 €			219.884,78 €	155.134,83 €	417
36	Ortopedia e Traumatologia	247.832,33 €			247.832,33 €	208.259,31 €	190
37	Ostetricia e Ginecologia	247.844,44 €			247.844,44 €	124.186,14 €	996
38	Otorinolaringoiatria	358.372,57 €			358.372,57 €	213.788,16 €	676
40	Psichiatria	298.781,09 €			298.781,09 €	279.427,21 €	69
43	Urologia	94.850,35 €	774,60 €		95.624,95 €	66.442,64 €	439
52	Dermosifilopatia	134.459,61 €	2.850,00 €		137.309,61 €	102.102,31 €	345
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	140.439,04 €			140.439,04 €	87.621,25 €	603
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	381.863,45 €			381.863,45 €	182.939,07 €	1,087
64	Oncologia	47.115,61 €			47.115,61 €	39.916,11 €	180
68	Pneumologia	149.334,84 €			149.334,84 €	152.939,82 €	-24
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	681.568,99 €			681.568,99 €	851.792,55 €	-200
79	Risonanza Magnetica	20.406,54 €			20.406,54 €	77.348,15 €	-736
82	Anestesia	55.540,79 €			55.540,79 €	42.471,37 €	308
99	Altro	190.564,73 €	27.006,23 €		217.570,96 €	164.629,70 €	322
TOTALE		10.564.835,76 €	2.841.680,23 €	1.993.942,40 €	15.400.458,39 €	15.804.303,66 €	-26

ASSISTENZA DOMICILIARE

Di seguito sono riportati i dati dell'assistenza domiciliare:

Con riferimento agli obiettivi anno 2025 si forniscono di seguito i dati relativi all'attività di Assistenza Domiciliare Integrata erogata nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2025, così come estratti dal flusso SIAT.

POPOLAZIONE ASL ROMA 3, ANNO 2024	
DISTRETTO FIUMICINO	87.272
DISTRETTO X	226.842
DISTRETTO XI	151.057
DISTRETTO XII	138.694
ASL ROMA 3	603.865

Fonte: dati popolazione - Anagrafe al 31. 12. 2024

POPOLAZIONE ASL ROMA 3 > 65 – 2024	
DISTRETTO FIUMICINO	15.699
DISTRETTO X	50.497
DISTRETTO XI	35.738
DISTRETTO XII	36.239
ASL ROMA 3	138.173

Fonte: dati popolazione - Anagrafe al 31. 12. 2023
In fase di consolidamento. Ultimi dati disponibili

Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale ADI

Indicatore: raggiungere il 10% della popolazione di età > 65 aa: n. 13.818

- Obiettivo per Distretto: n. Pazienti over 65 da prendere in carico anno 2025*
- Distretto Fiumicino: n. 1.570
- Distretto X: n. 5.050
- Distretto XI: n. 3.574
- Distretto XII: n. 3.624

Distretto sanitario	PIC 31/12/2025	Dati %	Target da raggiungere
Fiumicino (D1)	1.636	10.42	1.570
10 (D2)	5.134	10.17	5.050
11 (D3)	3.576	10.01	3.574
12 (D4)	3.628	10.01	3.624
ASL Roma 3	13.974	10.11	13.818

Periodo di rilevazione su Flusso informativo SIAT al 31 dicembre 2025
Fonte dati Istat al 31.12.2023. Ultimi dati disponibili

Tasso di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) - Indicatore D22Z NSG

Indicatore: 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%)

Obiettivo per Indicatore: Copertura PIC per livello CIA (Coefficiente d'Intensità Assistenziale)
Livello I (CIA 1): > 4,00 ‰: n. 2.421
Livello II (CIA 2): > 2,50 ‰: n. 1.513
Livello III (CIA 3): > 2,00 ‰: n. 1.211

PIC CIA	ASL Roma 3	‰
CIA 1 (≥0.14 – ≤0.30): 4 ‰	3096	5,11
CIA 2 (>0.30 – ≤0.50): 2,5 ‰	6234	10,30
CIA 3 (>0.50): 2 ‰	1213	2,00
PIC CIA	Fiumicino	‰
CIA 1 (≥0.14 – ≤0.30): 4 ‰	631	7,28
CIA 2 (>0.30 – ≤0.50): 2,5 ‰	602	6,94
CIA 3 (>0.50): 2 ‰	88	1,01
PIC CIA	Distretto X	‰
CIA 1 (≥0.14 – ≤0.30): 4 ‰	896	3,94
CIA 2 (>0.30 – ≤0.50): 2,5 ‰	1334	5,87
CIA 3 (>0.50): 2 ‰	179	0,79
PIC CIA	Distretto XI	‰
CIA 1 (≥0.14 – ≤0.30): 4 ‰	692	4,57
CIA 2 (>0.30 – ≤0.50): 2,5 ‰	2155	14,23
CIA 3 (>0.50): 2 ‰	347	2,29
PIC CIA	Distretto XII	‰
CIA 1 (≥0.14 – ≤0.30): 4 ‰	877	6,28
CIA 2 (>0.30 – ≤0.50): 2,5 ‰	2.143	15,33
CIA 3 (>0.50): 2 ‰	599	4,29

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"			
"Day-Center" Catacombe di Generosa			
Attività Residenziale h/24 Dipartimentale	**PP. LL.**	**2024**	**2025**
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**	**2024**	**2024**
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

		2024	2025
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Adulti			
	Prestazioni	75.221	72.439
	Utenti Trattati	6.191	6.759
Attività Ambulatoriale SM Minori/Adulti DCA Casa di Alice			
	Prestazioni	3.239	3.170
	Utenti Trattati	192	197
Attività Semi-Residenziale SM Adulti			
	Accessi	11.944	12.480
	Utenti Inseriti	342	318
Attività Residenziale SM Adulti (Gestione Diretta)			
	Accessi	9.259	9.815
	Utenti Inseriti	37	34
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Età Evolutiva TSMREE			
	Prestazioni	45.662	57.450
	Utenti Trattati	7.210	7.739
Attività Ospedaliera			
	Ricoveri Ordinari SPDC Grassi	390	467
	Ricoveri DH SPDC Grassi	76	106
	Ricoveri Ordinari SPDC San Camillo	383	390
	Ricoveri DH SPDC San Camillo	37	33

Fonte Dati Sistema DISAMWEB a cura di Assistenza Outcomeresearch

SCREENING ONCOLOGICI

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

Screening mammografico

ANNO	2024	2025
Popolazione target annua	47.910	48.805
Donne invitate totali (grezze +spontanee)	59.497	58.595
Donne coinvolte (al netto delle escluse)	43.835	47.559
Estensione****	117,38%	120%
Donne rispondenti totali:	19.982	21.664
Adesione*****	45,6%	45,6%
Donne inviate al 2° livello	2.168	2.509

Screening citologico

ANNO	2024	2025
Popolazione target annua	35.000	34.870
Totale invitate (coinvolte)	36.375	34.995
Donne coinvolte (al netto delle escluse)	30.905	29.301
Estensione ****	103,9%	100,3%
Donne rispondenti totali di cui:	9.528	9.498
Adesione *****	30,82%	32,4%
Pap test totali + HPV test	9.528	9.498
Pap test inadeguati	94	131
Donne inviate al 2° livello	2.459	2.804

Screening del colon retto

ANNO	2024	2025
Popolazione target annua	105.561	107.336
Popolazione maschile grezza	49.619	50.538
Popolazione femminile grezza	55.942	56.798
Totale invitati (coinvolti)	124.707	119.088
Coinvolti***	91.372	103.000
Estensione****	118,13%	110,1%
Rispondenti totali:	24.306	25.313
Adesione*****	26,6%	24,6%
Inviati al 2° livello	1.229	1.438

LINEE DI ATTIVITÀ	UOC SISP_UOS IMMUNOPROFILASSI										
Prestazione	Descrizione prestazione	Fiumicino		Municipio X		Municipio XI		Municipio XII		Totale	
Anno di riferimento		2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	Numero utenti vaccinati	8.907	7.057	20.573	16.313	14.27	11.205	4.786	3.265	48.536	37.84
	Numero dosi somministrate	20.473	22.937	44.459	46.83	29.272	33.351	10.756	11.056	104.96	114.174
	Di cui dosi di vaccino MPR-MPRV	1.634	1.637	3.186	3.096	2.407	2.474	869	767	8.096	7.964
	Di cui dosi vaccino HPV	2.524	2.867	5.809	6.433	5.24	5.635	1.644	1.761	15.217	16.696
Campagna antiinfluenzale	Numero dei vaccinati nei centri vaccinali	1.072	1.150	2.48	2.378	1.284	1.446	106	129	4.942	5.103
Campagna antipneumococcica	Vaccinazioni antipneumococco 13-15-20-23	2.502	2.683	4.507	4.843	2.997	3.611	1.317	1.138	11.323	12.275
Campagna anti Covid	Vaccinazioni Covid	211	246	634	441	185	337	4	6	1.034	1.030
Interventi sanitari su comunità chiuse	Numero dosi somministrate	0	0	0	225	0	0	0	32	0	257
Intradermoreazione di Mantoux	somministrati	0	0	1	0	1	0	3	0	5	0
Registrazioni vaccinazioni da altre regioni	Numero vaccinazioni registrate	116	167	180	258	104	120	47	49	447	594

Tabella relativa ai dati dell'Immunoprofilassi.

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

ACCESSIBILITÀ ALLE AMMINISTRAZIONI PER I CITTADINI ULTRA 65ENNI E PER CITTADINI CON DISABILITÀ

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

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

Nello specifico, il cittadino può rivolgersi all'URP per ogni esigenza informativa, ma anche per essere ascoltato, presentare e formalizzare segnalazioni, reclami ed encomi. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in sintesi, è l'intermediario e mediatore privilegiato nel dialogo con i cittadini; il suo compito è quello di aiutare le persone nel rappresentare le inefficienze che incidono sulla qualità dell'assistenza e di agevolare le conseguenti azioni correttive da parte dei Servizi. L'accoglienza dei cittadini è in presenza, via telematica e via telefono con numeri dedicati del servizio 800018972 (da rete fissa nazionale) e 06/56488302 (da telefono cellulare).

L'Asl Roma 3 al fine di permettere l'accesso delle informazioni e di agevolare i percorsi, in particolare, ai cittadini ultrasessantacinquenni e agli utenti con disabilità, prevede delle forme di comunicazione diversificate rispetto a quelle principali rappresentate dal Sito aziendale e dai numeri telefonici dedicati; in particolare presso gli sportelli CUP viene adottato il Regolamento di cortesia, che permette un accesso dedicato a queste due categorie e ad altri utenti fragili, nonché adotta forme di comunicazione più vicine alla popolazione ultrasessantacinquenne, come la messa a disposizione nei presidi della Asl Roma 3 della Carta dei Servizi in formato cartaceo che fornisce tutte le notizie sulle attività e servizi sanitari.

L'Asl Roma 3 al fine di informare ulteriormente la popolazione e in particolare gli utenti più fragili e più raggiungibili per età anagrafica da un tipo di comunicazione diretta, si è dotata, in alcune sale di attesa dei propri Presidi, di monitor, dove vengono veicolate informazioni sui servizi dedicati all'utenza.

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 èadoperata 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 dellapagina in modo che legge ad alta voce ciò che è sullo schermo. Ciò consente agli utenti non vedenti di navigare nel sito in modo accurato. Menu a discesa, moduli, popup, icone e pulsanti sono tutti inclusi nel processo. Inoltre, utilizza la visione artificiale per fornire descrizioni accurate per le immagini.

Disturbi visivi

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

Disturbi cognitivi

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

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

Disturbi motori

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

Sordità

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

Obiettivi di semplificazione 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 i processi identificati di interesse legati al raggiungimento degli obiettivi di semplificazione e digitalizzazione, oltre al migliore governo e controllo dei processi stessi, di seguito vengono richiamate alcune progettualità su di un perimetro tecnico-amministrativo e sanitario:

· A livello infrastrutturale:

- Estensione e consolidamento delle infrastruttura di rete wi-fi nelle varie strutture territoriali non oggetto di revisione negli anni 2024-2025 con l'obiettivo di copertura totale;
- Incremento nell'utilizzo di tecnologie IVR (Interactive Voice Response) legate al contatto dei pazienti sul fronte territoriale tramite survey e contatto telefonico automatico organizzato per fasce di necessità, epidemiologia, screening;
- 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 dei documenti, compresi i fascicoli ed il processo di firma per tramite di FEA (Firma Elettronica Avanzata);
- Estensione del perimetro di digitalizzazione documentale di ambito amministrativo, adottando strumenti adeguati quali software Gateway di firma per permettere una gestione unificata del processo di firma;

Investimenti ed estensione del numero delle firme digitali con progetto di distribuzione in ambiti ove ad oggi è presente una alta percentuale di cartaceo circolante (ciclo passivo, micro e macro logistica farmaceutica, assistenza domiciliare);

- Estensione della possibilità di firma tramite tablet con possibilità di gestione della firma grafometrica e CIE;
- Avvio a regime dei processi identificati rilevanti all'interno del progetto di Digitalizzazione dei pagamenti tramite PAGO PA erogate dal Dipartimento di Prevenzione e relative ad ambiti rispetto recupero crediti e gestione dei pagamenti all'interno della piattaforma (PAGOPA /MY PAY);
- Consolidamento e progettazione in qualità e compliance rispetto ISO 27001/ NIS2 della gestione dei servizi definiti da ACN "critici" al Polo Strategico Nazionale post migrazione completa;
- Gestione delle informazioni correlate agli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente tramite avvio e consolidamento del portale Whistleblowing aziendale.

E' obiettivo di periodo 2026-2028 consolidare, avviare definitivamente e governare i sistemi oggetto di rilevanti investimenti legati alle linee di finanziamento PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA relativi al periodo 2025 – 2026. Seppur la struttura DEA Grassi abbia ottenuto la certificazione di livello 1 legata al modello INFRAM/EMRAM, il basso livello di adozione iniziale rilevato, nonostante il DEA Grassi abbia raggiunto l'innalzamento di un livello, richiede l'organizzazione di una forte spinta implementativa e di adozione dei sistemi informatici di area Clinica Diagnostica quali: Enterprise Imaging, Blocco Operatorio, Prescrizione dei Farmaci, Clinical Data Repository, Order Management; argomento altrettanto rilevante per raggiungere una adeguata digitalizzazione è la gestione della firma elettronica digitale. Sul fronte operativo, lo sforzo di change management sarà organizzato con un già rafforzato presidio presso la struttura DEA con 4 unità, tuttavia dovrà essere accompagnato da una partecipazione collegiale ad una fase di governo e controllo della adozione dei sistemi, effettuata anche tramite una nuova implementazione del datawarehouse aziendale che possa partire dai flussi prelevati dai processi per permettere di ricavarne evidenze di processo in ottica Process Mining.
Le attività di periodo 2026-2028 sono già state ipotizzate nella progettualità iniziale PNRR e già presenti nei progetti esecutivi relativi alle integrazioni tra i sistemi ed al modello dei nomenclatori aziendali e si adeguano alla linee strategiche rispetto governo dei costi, della produzione e del debito informativo verso gli enti Istituzionali e Regionali.

Sul fronte degli adempimenti alla normativa NIS 2 (recepita in Italia dal D.Lgs. 138/2024), in applicazione del principio del "miglioramento continuo" ed in adempimento alle indicazioni Regionali/Nazionali l'Azienda prevede:

- La chiusura della migrazione al Polo Strategico Nazionale nel primo trimestre 2026 ed il collaudo completo delle piattaforme progettate per ottenere continuità di servizio e robustezza;
- L'avvio di un SOC (Security Operation Center) alimentato da un SIEM che permetta di raccogliere tutti gli eventi e tutti i sistemi legati ad un unico service desk con metodologie standard internazionali legate alla gestione quali ITIL e ISO27001 per raggiungere qualità e crescita strutturata nei processi di monitoraggio degli attacchi e di gestione delle risposte insieme alle azioni di rimedio in ottica NIST/NIS2;
- La programmazione di specifici corsi di formazione agli attori apicali con obiettivo di ampliare le competenze professionali del personale aziendale sul piano informatico e delle Sicurezza Digitale sia nel processi di approvvigionamento di sistemi connessi che di gestione e controllo degli stessi,
- Ulteriore potenziamento dell'infrastruttura di sicurezza informatica (ossia dell'insieme dei mezzi, delle tecnologie e delle procedure tese alla protezione dei sistemi informatici) e revisione delle procedure di gestione dei processi operativi legati a:

Gestione degli Incidenti e Notifica: Procedura di Incident Response, Notifica di Incidente

- Gestione della Sicurezza della Catena di Approvvigionamento: Procedura di alimentazione del archivio unico asset aziendale (CMDB), Modello documentale approvvigionamento IT;
- Misure di Sicurezza Tecniche di Base: Politiche di Access Control (IAM), Istruzioni Operative per la Crittografia;
- Governance e Formazione: Modello di analisi del rischio IT circolare sulla pianificazione degli investimenti IT, Piano di Formazione Cybersecurity, Linee guida Aziendali su approvvigionamenti e modelli organizzativi
- L'accrescimento dell'utilizzo di tecnologie IVR (meglio dettagliata nella sez Performance – Obiettivi di Semplificazione);
- L'attivazione di ulteriori strumenti quali la richiesta informatizzata delle prestazioni la cartella clinica Elettronica Regionale (meglio dettagliata nella sez Performance - Obiettivi di Digitalizzazione) ovvero il consolidamento e l'avvio alcune Cartelle Cliniche dipartimentali;
- L'avvio di strumenti di Telemedicina tramite i sistemi Regionali (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 anche in ottica NIS2 nella istituzione del Punto Unico di contatto;

- 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;
- Dopo aver terminato come da programmazione la installazione della connettività Wi-Fi, presso l'Ospedale Grassi e la sede di Casal Bernocchi nel primo trimestre 2024 saranno estese le attività alle sedi territoriali sia in termini di implementazione del Wi-Fi che in termini di cablatura delle stesse. Conclusione delle attività di sostituzione delle obsolescenze tecnologiche di rete ed installazione delle ridondanze nelle principali sedi territoriali per garantire servizi.

Obiettivi di valore pubblico ed incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale

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 anche per l'anno 2025.

Nel complesso, la gestione straordinaria 2025 si caratterizza per un rafforzamento della capacità di governo dell'Azienda, che ha saputo coniugare controllo, qualità, sostenibilità economica e innovazione, garantendo il presidio dei livelli essenziali di assistenza anche in contesti di elevata complessità organizzativa.

PERFORMANCE

Punti di forza della gestione dell'anno 2025

I punti di forza della gestione dell'anno 2025 sono stati rappresentati da:

- Un rafforzamento complessivo della capacità di governo aziendale, con particolare riferimento al presidio dei processi organizzativi, alla sostenibilità economico-finanziaria e al miglioramento continuo della qualità, dell'appropriatezza e dell'accessibilità delle prestazioni sanitarie;
- Consolidamento il sistema di monitoraggio e controllo direzionale, attraverso una strutturata attività di rendicontazione periodica (trimestrale, semestrale e bimestrale) indirizzata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione. Tale assetto ha consentito di garantire un presidio costante degli obiettivi assegnati, favorendo l'individuazione tempestiva di eventuali scostamenti e l'adozione di azioni correttive condivise con le strutture interessate.
- È stata rafforzata l'attività di verifica, vigilanza e controllo sulle strutture accreditate, assicurando il completamento dei programmi di verifica avviati negli anni precedenti, la trasmissione puntuale delle relazioni e il rispetto delle tempistiche previste per le verifiche di conformità. Tali attività hanno contribuito al miglioramento della qualità complessiva dell'offerta sanitaria, sia in ambito territoriale che ospedaliero.
- La ASL ha garantito il rispetto delle tempistiche regionali relative all'approvazione e alla trasmissione degli atti programmatori e di rendicontazione, nonché dei flussi informativi sanitari ed economici, assicurando la piena coerenza con la programmazione regionale e nazionale e il corretto allineamento con gli adempimenti previsti dalla normativa vigente.
- È proseguita l'attività di razionalizzazione e controllo della spesa, con particolare attenzione al rispetto dei budget assegnati, al monitoraggio dei costi del personale e dei dispositivi medici e al contenimento degli scostamenti tra produzione e risorse economiche disponibili. È stato inoltre rafforzato il presidio dei tempi di liquidazione delle fatture e la riduzione dello stock di debito, con un miglioramento complessivo dell'efficienza amministrativo-contabile.
- Nel corso dell'anno è stata assicurata la corretta e tempestiva trasmissione dei flussi informativi, con un miglioramento della qualità dei dati e una riduzione degli scarti, a supporto delle attività di programmazione, controllo e valutazione da parte dei livelli aziendali e regionali.
- Particolare rilievo ha assunto il miglioramento della qualità clinica, dell'appropriatezza e degli esiti assistenziali, attraverso il monitoraggio sistematico degli indicatori di processo ed esito, il controllo dei ricoveri potenzialmente inappropriati, la verifica delle cartelle cliniche e l'adozione di azioni correttive condivise con le strutture operative. Sono stati inoltre rafforzati i processi di gestione del rischio clinico e degli alert, con una restituzione strutturata degli esiti ai reparti e alle direzioni competenti.

- Sono state attuate numerose azioni finalizzate al miglioramento dei percorsi di emergenza-urgenza, con una riduzione dei tempi di ricovero, trasferimento e permanenza in Pronto Soccorso, un incremento delle dimissioni nei giorni festivi e prefestivi e un miglioramento dei tempi di presa in carico e trattamento dei pazienti, anche attraverso una maggiore integrazione organizzativa tra Pronto Soccorso e reparti di degenza.
- È proseguito il rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio, con particolare attenzione alla gestione delle dimissioni difficili, alla continuità assistenziale e alla presa in carico dei pazienti fragili e cronici. Sono stati monitorati i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), le prese in carico domiciliari e i coefficienti di intensità assistenziale, favorendo una maggiore appropriatezza dei setting di cura e una riduzione della pressione sull'ospedale. Tali linee di attività verranno incrementate nel 2026.
- Con riferimento agli interventi finanziati nell'ambito del PNRR – Missione 6 Salute, nel corso del 2025 è stato garantito il presidio delle attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione, assicurando il rispetto dei cronoprogrammi, delle procedure amministrative e delle tempistiche previste dalla normativa nazionale e regionale e dalle specifiche convenzioni di finanziamento.
- In tale contesto, le Centrali Operative Territoriali (COT) hanno svolto un ruolo centrale quale snodo di coordinamento tra i servizi ospedalieri, territoriali e domiciliari, contribuendo al monitoraggio dei pazienti presi in carico, delle transizioni di setting assistenziale e dei tempi intercorrenti tra la richiesta di dimissione e la dimissione effettiva. Le attività delle COT hanno favorito il miglioramento della continuità assistenziale, in particolare nei confronti dei pazienti complessi e fragili, rafforzando l'integrazione tra i diversi livelli di cura.
- Le azioni connesse agli investimenti PNRR hanno inoltre contribuito al potenziamento dei servizi territoriali, allo sviluppo di modelli organizzativi innovativi e all'incremento dell'utilizzo di strumenti di telemedicina, in coerenza con gli obiettivi di rafforzamento dell'assistenza di prossimità e di miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari.
- E' stato ulteriormente sviluppato l'utilizzo di strumenti di innovazione digitale e organizzativa, con una progressiva riduzione dell'uso del ricettario cartaceo, il rafforzamento delle piattaforme informatiche aziendali, la razionalizzazione delle dotazioni tecnologiche e dei consumabili e l'attuazione di specifici percorsi formativi rivolti al personale.
- È stata rafforzata l'attività di formazione e sviluppo delle competenze, mediante la realizzazione di eventi formativi programmati, l'aggiornamento del Piano Formativo Aziendale e il monitoraggio della partecipazione del personale, con particolare attenzione ai temi della sicurezza delle cure, della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e del benessere organizzativo.

- E' proseguita l'attuazione delle politiche di promozione della prevenzione e della salute, con il potenziamento delle attività di screening oncologico, il rispetto dei target di copertura previsti e l'incremento delle iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione, anche nei confronti dei soggetti fragili.

Nel complesso, la gestione dell'anno 2025 si caratterizza per un rafforzamento della capacità di governo dell'Azienda, che ha saputo coniugare sostenibilità economica, qualità dell'assistenza, rispetto delle tempistiche e innovazione organizzativa, garantendo il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza anche in un contesto di elevata complessità operativa.
Con riferimento alla programmazione ordinaria, la ASL Roma 3, in coerenza con i punti di forza consolidati nel corso della gestione 2025, intende proseguire e rafforzare le seguenti linee di intervento:

- Consolidare il governo dei processi aziendali, attraverso il mantenimento di un sistema strutturato di monitoraggio, rendicontazione e controllo direzionale, finalizzato al presidio continuo degli obiettivi strategici, operativi ed economico-finanziari;
- Rafforzare l'integrazione ospedale–territorio, anche attraverso il pieno utilizzo delle Centrali Operative Territoriali, la gestione strutturata delle dimissioni difficili e il monitoraggio delle transizioni di setting, al fine di garantire la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti fragili e cronici;
- Migliorare l'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, promuovendo l'utilizzo dei setting assistenziali più idonei, il contenimento dei ricoveri potenzialmente inappropriati e il rafforzamento dei controlli sui percorsi diagnostico-terapeutici;
- Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, in coerenza con il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, anche attraverso il monitoraggio delle agende, l'ottimizzazione dell'offerta anche mediante una mirata azione sulla committenza e l'utilizzo di strumenti di flessibilità organizzativa;
- Proseguire il miglioramento della qualità e degli esiti dell'assistenza, con particolare riferimento agli indicatori dell'area dell'emergenza-urgenza, dell'area chirurgica, ostetrico-ginecologica e cardiovascolare, nonché alla sicurezza delle cure e alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- Sostenere lo sviluppo dei servizi territoriali e domiciliari, incrementando le prese in carico, l'adeguatezza dei coefficienti di intensità assistenziale e l'utilizzo della telemedicina, in coerenza con gli obiettivi di rafforzamento dell'assistenza di prossimità;
- Consolidare l'area economico-finanziaria, garantendo il rispetto dei budget assegnati, il controllo della spesa, la riduzione degli scostamenti e il miglioramento dei tempi di liquidazione, nel rispetto dei vincoli di sostenibilità;
- Rafforzare la digitalizzazione dei processi aziendali, promuovendo l'utilizzo dei sistemi informativi, la dematerializzazione documentale e la sicurezza informatica, anche attraverso specifici interventi formativi e organizzativi;

- Investire nello sviluppo delle competenze del personale, mediante l'attuazione del Piano Formativo Aziendale, il rafforzamento della cultura della qualità, della sicurezza e della responsabilità nell'utilizzo delle risorse;
- Promuovere le attività di prevenzione e promozione della salute, assicurando il rispetto dei target di copertura dei programmi di screening e l'attuazione del Piano Aziendale della Prevenzione, in coerenza con la programmazione regionale;
- Assicurare il rispetto delle tempistiche di programmazione, approvvigionamento e progettazione delle gare, nonché l'allineamento continuo dei sistemi informativi e delle anagrafiche aziendali a quelle regionali;
- Avviare il modello di presa in carico territoriale, di cui al DM 77/2022 attraverso l'apertura delle Case di Comunità i cui interventi strutturali sono in via di conclusione;
- Incrementare la presa in carico dei pazienti cronici attraverso la reingegnerizzazione dei PDTA Diabete, BPCO e Scompenso cardiaco.
- Aprire e mettere in esercizio l'Ospedale di Comunità di via Morelli ad Acilia, a conclusione degli investimenti PNRR
- Continuare il piano di apertura dei posti letto nell'Ospedale Grassi, in attuazione del cronoprogramma concordato nell'ambito della programmazione regionale
- Promuovere la medicina dello sport e l'attività fisica in coerenza con la nuova struttura recentemente istituita;
- Attuare più in generale il programma di riorganizzazione aziendale secondo le linee guida tracciate dall'Atto di autonomia aziendale, con particolare attenzione alla rete oncologica e delle cure palliative.

Albero della performance della 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 le relative Aree/ambiti:

- **1 Integrità, Trasparenza, Responsabilità**
- **2 Motivazione risorse umane**
- **3 Performance Assistenziale**
- **4 Programmazione, PAC e Controllo del budget**
- **5 Promozione miglioramento Continuo**
- **6 Utilizzo strumenti di sanità digitale**

Gli obiettivi sono altresì riclassificati secondo i seguenti Ambiti strategici:

- **A Amministrativo**
- **I Integrità**
- **O Assistenza Ospedaliera**
- **P Prevenzione**
- **T Assistenza Territoriale**

Gli obiettivi specifici per il triennio individuani 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:

Integrità, Trasparenza, Responsabilità

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Integrità, Trasparenza, Responsabilità	Integrità	Relazioni semestrali a DG e CDG in ordine alle attività svolte nel periodo di riferimento , che contenga l'elenco degli adempimenti richiesti alle strutture ed eseguiti;	predisposizione 2 relazioni semestrali DG e CDG
Integrità, Trasparenza, Responsabilità	Integrità	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, nonchè dare seguito alle richieste di informazioni per la predisposizione o aggiornamento della Carta dei servizi - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)
Integrità, Trasparenza, Responsabilità	Integrità	Adempimenti in tema di attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo	invio Report RPCT a CDG, DG, DA, alle scadenze di monitoraggio
Integrità, Trasparenza, Responsabilità	Integrità	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di Anticorruzione, Privacy, Performance individuale. Gli adempimenti previsti nel PIAO si intendono notificati con l'approvazione della delibera.	Dirigente RPCT e Dirigente Privacy istituiscono registo adempimenti e monitorano gli stessi alle scadenze di monitoraggio
Integrità, Trasparenza, Responsabilità	Integrità	Governo delle linee guida aziendali relative alla performance individuale	Fornire le indicazioni ai negoziatori per l'assegnazione degli obiettivi di performance individuale entro il 28/02 e per la valutazione 2025 entro il 31/03. Fornire le indicazioni per la negoziazione di secondo livello entro il 31/03 e controllo delle schede di negoziazione entro il 30/04

Motivazione Risorse Umane

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Aggiornamento Piano Formativo Aziendale in corso di vigenza	Aggiornamento del PFA relativamente alle nuove esigenze manifestate, previa validazione della Direzione strategica e del Comitato scientifico. Due relazioni semestrali al 30/05 e al 30/09.
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Analisi trimestrale sulle cause delle cessazioni / trasferimenti / comandi in uscita (esclusi pensionamenti)	predisporre 4 report trimestrali da trasmettere alla Direzione Strategica (al 31/03; 30/06; 30/09; 31/12) sulle cause delle cessazioni (gruppo Risorse umane + Competence)
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Approvazione / Aggiornamento dei Contratti Integrativi dei CCNL e degli ACN	Indicatore in scheda di negoziazione
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Attuazione Piano Azioni Positive e Piano Attuazione Equità attraverso il monitoraggio dell'efficacia delle attività aziendali finalizzate al contenimento della violenza di genere	2 relazioni al 30/06 e ala 30/10 con proposte di azioni integrative da trasmettere a CDG e Direzione Strategica
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Attuazione Piano Azioni Positive e Piano Attuazione Equità mediante evento formativo per il contrasto alle discriminazioni di genere nei luoghi di lavoro.	realizzare almeno 3 eventi per il contrasto delle discriminazioni nei luoghi di lavoro

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Corretta gestione del corso di formazione triennale per Medici di medicina generale	Relazionare trimestralmente in ordine alla gestione didattica, logistica e economico finanziaria del Corso di formazione triennale per MMG.
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Implementazione delle competenze professionali	Adozione delle misure previste dal Progetto Mappature Rischio Sanitario Adozione delle misure dell'aggregato A2
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Monitoraggio del benessere e del corretto inserimento lavorativo dei nuovi assunti, attraverso un processo formativo e di orientamento	Predisporre 4 report trimestrali (al 31/03; 30/06; 30/09; 31/12) da inviare a DG DA DS CDG UOC Risorse Umane, ove si rilevino criticità relazionarsi con i Dirigenti dei servizi e il Diprosan se trattasi di professioni sanitarie. Corsi bimestrali a tutti i nuovi assunti sulla Mission dell'Azienda.
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Monitoraggio sull'attuazione del Piano formativo con indicazione di numero corsi / numero frequentanti / numero docenti interni ed esterni / costi sostenuti	predisporre due relazioni al 30/05 e al 30/09 e relazione finale.
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Progetto Syllabus - acquisizione da parte del personale amministrativo di categoria D e C di almeno 8 badge	Risponde alla formula = 100-personale inquadrato fte /corsi effettuati. Se è presente personale che non ha conseguito almeno 3 badge il risultato non è raggiunto. (si esclude personale in lunga assenza) In alternativa allo strumento Syllabus è possibile adempiere alla formazione interna o esterna con target 40 ore di formazione annuale.
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Promozione di corsi sul benessere del personale.	realizzare almeno 4 eventi formativi
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Relazioni trimestrali sui tempi di reclutamento, distinti per concorso aziendale, e utilizzo graduatorie.	predisporre 4 Relazioni trimestrali con report (al 31/03; 30/06; 30/09; 31/12) da trasmettere a CDG e Direzione Strategica
Motivazione risorse umane	Amministrativo	Supporto alle strutture per l'abilitazione del personale alla piattaforma Syllabus e monitoraggio trimestrale relativo al raggiungimento dell'obiettivo da parte delle strutture interessate	Supporta le strutture, garantendo tempestive abilitazioni e monitora il raggiungimento dell'obiettivo con due relazioni al 30/05 e al 30/09 e relazione finale.

Performance Assistenziale

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Performance Assistenziale	Amministrativo	Organizzazione di incontri di approfondimento relativi all'analisi dei dati di produzione	Incontri anche in modalità a distanza finalizzati al monitoraggio della produzione, dell'appropriatezza, degli esiti, dei processi
Performance Assistenziale	Ospedaliero	% di colecistectomia laparoscopica con degenza post - operatoria entro 3 gg (1 giornata data intervento). (percentuale target in scheda di negoziazione)	Percentuale di colecistectomia Laparoscopica con degenza inferiore a 3 gg >85%
Performance Assistenziale	Ospedaliero	% di pazienti con urgenza codice 2 che accedono al trattamento entro 15 minuti;	n. pazienti trattati entro 15 minuti / n. pazienti totali > 60% (dato 2024 48,11%)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono al trattamento entro 60 minuti	n. pazienti trattati entro 60 minuti / n. pazienti totali > 68% (dato 2024 52,64%)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 20% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)	% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 15% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Aggiornamento Check list di controllo della cartella clinica in ordine alla completezza e tempestività di chiusura della stessa, predisposizione analisi relative alla cooretta codifica delle diagnosi relative alle infezioni del sito chirurgico	Trasmissione trimestrali degli esiti delle check list di controllo ai reparti, alla Direzione Sanitaria e al Ccica
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Analisi consumo antibiotici per singole strutture organizzative di linea(UOC Farmacia Territoriale- UOC Farmacia Ospedaliera)	Trasmissione trimestrale del consumo e valutazioni di appropriatezza
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Apertura percorso See & Treat presso l'Ospedale Grassi	Predisposizione linee guida ambulatorio See & treat entro 30/06 e avvio entro 30/09
Performance Assistenziale	Ospedaliero	consumo delle soluzioni idroalcoliche	Analisi dei consumi mensili (da parte Risk Manger) in base ai gg di degenza (dato caricato sulla piattaforma NOMOS mensilmente da DMPOU) e trasmissione rapporto ai reparti alla Direzione Medica POU e al CdG
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Dimissioni sabato e domenica (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Esecuzione delle prestazioni per i pazienti ricoverati entro le 48 ore	n°prestazioni eseguite entro 48 ore / numero prestazioni richieste (a partire dal 01/08/2025)

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Fratture del femore pazienti over 65 anni di età:> 60 % entro 48 h dall'accesso al PS	N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore; =>0,6 (60%)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Frequenza di infezioni post-chirurgiche	Corretta codifica delle diagnosi rispetto ai codici presenti nel NSG ob. H16s
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Garantire gli esami istologici e citologici richiesti dai reparti di degenza al fine di contenere i tempi di degenza	Eseguire gli esami istologici e citologici entro 5 gg (Media dei giorni di esecuzione per singolo esame)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Garantire l'indice di occupazione del Posto letto pari o superiore al 97%	Indice di occupazione dei posti letto CATACOMBE DI GENEROSA e MAZZACURATI => 97%
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Garantire la disponibilità di sangue necessaria alle attività di ricovero del Presidio Ospedaliero	Raccogliere _____ sacche di sangue (3.750 nel 2025)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Garantire supporto tempestivo nella gestione del paziente con sospetto Ictus ischemico o emmorragico	Eseguire Tac entro 60' dalla richiesta del medico di PS per iperacuti che si presentano a meno di 4,5h dalla comparsa dei sintomi. Tempo esecuzione TAC entro 60 Codici da 430 434 (esclusi i peggiori 10 esami)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	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.
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Monitoraggio dei ricoveri ripetuti presso SPDC o accessi al PS	PREDISPORRE 4 RELAZIONI trimestrali alla Direzione Strategica e CDG in riferimento ai pazienti in carico al CSM che abbiano nel biennio ricoveri ripetuti presso spdc
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Monitoraggio microrganismi ALERT e attuazione delle azioni mirate alla prevenzione delle ICA	Attuazione processi di gestione degli ALERT secondo procedura specifica (Del. 429/22). La Direzione Medica di POU relaziona trimestralmente a DS Rischio Clinico e CdG in ordine al rispetto delle procedure.
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Organizzazione della raccolta di sangue in ambito extraospedaliero	Organizzare almeno ___ giornate di donazione in ambito extra ospedaliero

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Pazienti che accedono nuovamente al PS dopo 24 e 72 ore dalla dimissione i OBI	(Numero di accessi con rientro in PS < 24H dalla dimissione da OBI+Numero di accessi con rientro in PS < 24H dalla dimissione da OBI) / Totale accessi in OBI < 10% (anno 2024 3,79+5,98 pari a 9,77)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Percentuale di parto vaginale in donne con pregresso parto cesareo	(n° di parti vaginali in donne con pregrsso parto cesareo / n° donne con pregresso parto cesareo) > 6% - si utilizza il protocollo operativo Prevale
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	risponde alla formula =1-N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza /(totale ricoveri - N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza) (si escludono ricoveri di un giorno)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Peso medio DRG	Il valore del Peso medio deve essere maggiore di _____ (DA NEGOZIARE)
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità obiettivo con < 1000 parti massimo 15% di cesarei.	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (500 s vol <1.000) < 15%
Performance Assistenziale	Ospedaliero	PTCA entro 90' dall'accesso al PS > del 70%	nr PTCA entro 90 dall'accesso al PS > 70 %
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Riduzione delle ICA	Riduazione delle ICA rilevate nell'anno 2025, in relazione ai giorni di degenza
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Riduzione percentuale abbandoni e non risponde a chiamata inferiore al 9%	abbandona e non risponde a chiamata < 9%
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Rispetto degli indicatori nazionali relativi ai re ricoveri presso SPDC tra 8 e 30 giorni	Adeguare alla Media nazionale (Anno 2023- media a 30gg=14,8% e a 7 gg = 8,4%) le percentuali di riammissione dei ricoveri ordinari non programmati a 30 gg e a 7 gg dalla Dimissione.
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Rispetto dei tempi di attesa per le liste di attesa chirurgiche	n° prestazioni per Classe A e B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A e B.

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Rispetto del tempo di attesa di 24 ore massime di attesa per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore al ____ percentuale da negoziare
Performance Assistenziale	Ospedaliero	Tempo di permanenza in OBI oltre le 44 ore e inferiore alle 6 ore	n. pazienti in OBI oltre le 44 ore + pazienti dimessi entro 6 ore/pazienti in obi < 25% (Anno 2024 tot 3.368 +6-44 tot. su Accessi 4937)
Performance Assistenziale	Prevenzione	Colon retto: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 60 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. >90%	Esami eseguiti entro 60 gg > 90%
Performance Assistenziale	Prevenzione	Copertura delle principali attività riferita al controllo delle anagrafi animali da reddito e della somministrazione di farmaci.	Garantire le attività previste dalla Scheda Indicatore P10Z del Ministero della salute con soglia minima attesa: aziende bovine controllate per anagrafe: 90% aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90% capi ovicaprini controllati per anagrafe: 90% aziende suine controllate per anagrafe: 90% aziende equine controllate per anagrafe: 60% allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70% esecuzione del PNAA: 90% controlli di farmacosorveglianza veterinaria: nessuna. 4 relazioni trimestrali da inviare a Direttore Dipartimento di Prevenzione, DS e CdG
Performance Assistenziale	Prevenzione	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei tredicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione).	Numero vaccinazioni da negoziare
Performance Assistenziale	Prevenzione	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatte B, pertosse, Hib) - >95%	>95% DELLA COORTE OSSERVATA
Performance Assistenziale	Prevenzione	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - >95%	>95% DELLA COORTE OSSERVATA
Performance Assistenziale	Prevenzione	Esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ))	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obbiettivo)
Performance Assistenziale	Prevenzione	Esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ))	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obbiettivo)
Performance Assistenziale	Prevenzione	esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ))	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obbiettivo)

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Performance Assistenziale	Prevenzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello - COLPOSCOPIE	eseguire n. 1.831 prestazioni
Performance Assistenziale	Prevenzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - ESAME SANGUE OCCULTO	ESEGUIRE N°26.000 Prestazioni
Performance Assistenziale	Prevenzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - MAMMOGRAFIE	ESEGUIRE N° _____ Prestazioni
Performance Assistenziale	Prevenzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - PAP TEST	ESEGUIRE N° 12.210 Prestazioni
Performance Assistenziale	Prevenzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello.	ESEGUIRE N°1030 Prestazioni biopsie per colon retto e 500 esami istologici per la cervice uterina entro 10 gg
Performance Assistenziale	Prevenzione	Mammella: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. > 50%	ESEGUIRE N°20.000 Prestazioni entro 28gg
Performance Assistenziale	Prevenzione	Mammella: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. > 90%	eseguire il 90% entro 28 gg
Performance Assistenziale	Prevenzione	Predisposizione di una reportistica trimestrale che riporti la coorte, il target raggiunto, i tempi di erogazione e la % di appropriatezza dei secondi livelli	INVIO N° 3 REPORT A CDG -DS- ESIS e strutture erogatrici delle prestazioni
Performance Assistenziale	Prevenzione	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina. >25%	>25%
Performance Assistenziale	Prevenzione	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto. >50%	>50%

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Performance Assistenziale	Prevenzione	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella. >35%	>35%
Performance Assistenziale	Prevenzione	Svolgere controlli di vigilanza proattiva programmata relativi al mantenimento dei requisiti autorizzativi delle strutture sanitarie	Eseguite sei controlli a semestre, tre in una struttura di ricovero e tre in una struttura territoriale
Performance Assistenziale	Prevenzione	Tempo di attesa tra erogazione Mammografia di I livello e refertazione della stessa	Garantire almeno il 65% delle refertazioni entro 15 gg (regione lazio 2024 64,16) (minimo 51 oggi 39,55)
Performance Assistenziale	Prevenzione	valutazione delle attività svolte in relazione alla % di cani sterilizzabili presenti in canile	4 relazioni trimestrali da trasmettere a DS - CDG - Direttore Dipartimento di Prevenzione
Performance Assistenziale	Territoriale	Apertura diurna nelle Case di Comunità	Numero Case di Comunità distrettuali aperte H 12 in orario diurno (valutazione obiettivo dal 01/07)
Performance Assistenziale	Territoriale	Apertura notturna nelle Case di Comunità	Numero Case di Comunità distrettuali aperte H 12 in orario notturno (valutazione obiettivo dal 01/07)
Performance Assistenziale	Territoriale	Avvio del servizio di radiologia domiciliare entro il 01/06/2026 e raggiungimento della produzione ottimale entro il 01/10/2026	Il risultato è raggiunto al 50% in caso di avvio entro il 01/06/2026, il restante 50% è raggiunto se nell'anno 2026 vengono raggiunte _____ esami
Performance Assistenziale	Territoriale	avvio della possibilità di prenotare l'orario di accesso agli sportelli cup	avvio delle attività in due presidi entro 31/03 e completamento progressivo entro 30/06 - relazioni alle scadenze di monitaggio
Performance Assistenziale	Territoriale	Avvio PTDA Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco	Numero pazienti presi in carico al 31/12/2026 (da negoziare)
Performance Assistenziale	Territoriale	Gestione delle liste uniche di attesa gestite dalle COT A, relative alle RSA e Hospice	relazionare alle scadenze di monitoraggio le modalità ed esiti della gestione
Performance Assistenziale	Territoriale	Governo delle Liste di attesa delle strutture accreditate	Indicazioni alle strutture accreditare in relazione alle classi di priorità necessarie a soddisfare il fabbisogno assstenziale
Performance Assistenziale	Territoriale	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA .	Monitoraggio dei PDTA attivi, dei pazienti presi in carico, delle prestazioni eseguite. Relazioni trimestrali con Report da inviare in sede di monitoraggio
Performance Assistenziale	Territoriale	Incremento delle prestazioni di telemedicina	Erogare _____ Prestazioni
Performance Assistenziale	Territoriale	Linee di attività Case di Comunità	Dare attuazione alle linee prioritarie di attività per l'anno 2026 Case della Comunità
Performance Assistenziale	Territoriale	Mantenimento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Mantenere il 10 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]
Performance Assistenziale	Territoriale	Miglioramento dell'individuazione dei percorsi di cura dei pazienti trattati nei CSM, differenziati per livelli di intensità assistenziale disamweb	Monitoraggio trimestrale della presa in carico/cura/consulenza in equipe o individuale secondo i parametri PANMS (DCA U00287/2014)
Performance Assistenziale	Territoriale	Migliorare il rapporto produzione specialistica/costo personale medico e Terapisti della riabilitazione	n. prestazioni / costo personale medico (esclusa esclusivita'+risultato+oneri)+costo tecnici della riabilitazione (esclusi oneri e risultato) 2026<2025 (ESCLUSO PERSONALE SU CDC LUNGA ASSENZA)
Performance Assistenziale	Territoriale	Monitoraggio del rispetto del budget con riferimento alla produzione erogata	Report trimestrale a DG, DS, DCP e CDG sul rispettodel budget rispetto alla produzione
Performance Assistenziale	Territoriale	Monitoraggio della produzione della Specialistica ambulatoriale	Rapporto costo personale medico e dirigente e convenzionato che eroga prestazioni di specialistica ambulatoriale / valore della produzione - > 2025
Performance Assistenziale	Territoriale	Prosecuzione e rendicontazione trimestrale a Direttore Sanitario e CdG dei progetti finanziati.	Valutazione appropriatezza invii CSM al Centro Casa di Alice - n. pazienti presi in trattamento/totale degli invii effettuati dai CSM

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Performance Assistenziale	Territoriale	Redazione delle istruzioni operative dell'accoglienza, prima valutazione e della presa in carico condivisa all'interno delle strutture dipartimentali	Redazione delle istruzioni operative entro il 30/06 e formazione del personale entro il 30/09
Performance Assistenziale	Territoriale	relazioni trimestrali relative alla produzione svolta dai consultori	3 relazioni al 31/08 ; 30/10; 31/12/2025
Performance Assistenziale	Territoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni BREVI E PROGRAMMATE	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. % di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg E come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa risponde alla formula =1-(%b*50+%p*100)/2
Performance Assistenziale	Territoriale	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni non inserite in piattaforma recup	Trasmissione il primo giorno lavorativo di ogni mese a CDG, ALPI e Struttura di Governo delle Liste di attesa dei tempi di attesa per prestazione e struttura fisica erogatrice
Performance Assistenziale	Territoriale	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	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%)
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Analisi entro il 31/03/2026 dei crediti da aggredire e predisposizione cronoprogramma.	Predisposizione report alle scadenze di monitoraggio sull'andamento delle attività di recupero crediti e un cronoprogramma entro il 31/03/2026
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	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.	Riunioni con i negoziatori di budget con incremento di spesa evidenziata dai CE elaborati da UOC REF. Analisi dei CE di Reparto con incrementi anomali. Relazioni trimestrali congiunte UOC REF + CdG a DA e DG.
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Assegnazione Budget economico	Assegnazione dei budget economici alle strutture entro 30 gg dalla delibera aziendale di presa d'atto del concordamento regionale
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Attività di sollecito dei DEC dagli uffici liquidatori per quanto riguarda il rispetto dei tempi di trasmissione della congruità di competenza. (relazione trimestrali al Direttore Amministrativo e al CdG sugli inadempimenti)	realizzare 4 relazioni trimestrali da parte di Uffici liquidatori
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate	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

Programmazione, PAC e Controllo del budget

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Analisi entro il 31/03/2026 dei crediti da aggredire e predisposizione cronoprogramma.	Predisposizione report alle scadenze di monitoraggio sull'andamento delle attività di recupero crediti e un cronoprogramma entro il 31/03/2026
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	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.	Riunioni con i negoziatori di budget con incremento di spesa evidenziata dai CE elaborati da UOC REF. Analisi dei CE di Reparto con incrementi anomali. Relazioni trimestrali congiunte UOC REF + CdG a DA e DG.
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Assegnazione Budget economico	Assegnazione dei budget economici alle strutture entro 30 gg dalla delibera aziendale di presa d'atto del concordamento regionale
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Attività di sollecito dei DEC dagli uffici liquidatori per quanto riguarda il rispetto dei tempi di trasmissione della congruità di competenza. (relazione trimestrali al Direttore Amministrativo e al CdG sugli inadempimenti)	realizzare 4 relazioni trimestrali da parte di Uffici liquidatori
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate	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
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare Rispetto dei tempi di liquidazione	Risponde alla formula =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da liquidare	Rispetto dei tempi di liquidazione. =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da liquidare	Rispetto dei tempi di liquidazione. =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione.	Totale budget assestato a fine anno / budget assegnato se il budget è stato superato risponde alla formula =100-(incremento di budget/budget assegnato)*100. Valuta UOC REF
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	Rispetto del valore di spesa concordato a bilancio e mantenimento delle sopravvenienze passive entro i 500.000,00 euro	Risponde alla formula =(Valore B1 concordamento/B1 Ce IV Trim*100)-(importo sopravvenienze superiore a 500.000,00/500.000,00). Se le sopravvenienze del personale dipendente e specialista convenzionato non superano le 500.000,00 non vengono considerate in tale caso la percentuale del concordamento superiore a 100% produce 100.

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Amministrativo	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 riduce in percentualmente il risultato)	Trasmissione al CDG file stratto da SIGES, nei tempi previsti da Regione.(La somma dei giorni max di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 30 e riduce in percentuale il risultato)
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Territoriale	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice-DSM).	Attività di sollecito e monitoraggio in relazione al rispetto della committenza sulle strutture territoriali di rispettiva competenza. Quattro relazioni trimestrali da trasmettere a DS CdG e strutture responsabili della committenza.
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Territoriale	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice-DSM).	Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle struttura) le verifiche di conformità - valuta UOC Accreditamento mentre per ADI UOC Amm.va Cure Primarie
Programmazione, PAC e Controllo del budget	Territoriale	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice-DSM).	Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle struttura) le verifiche di conformità - Valuta UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	verifica dell' aggiornamento del sito Internet in ordine a: orari, sedi e modalità di accesso dei servizi, numeri di telefono, individuazione dirigenti e responsabili delle strutture . Valutazione dell'obiettivo 19.3.1	predisposizione 3 report a CDG e monitoraggio dell'obiettivo 19.3.1.

Promozione e miglioramento continuo

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	verifica dell' aggiornamento del sito Internet in ordine a: orari, sedi e modalità di accesso dei servizi, numeri di telefono, individuazione dirigenti e responsabili delle strutture . Valutazione dell'obiettivo 19.3.1	predisposizione 3 report a CDG e monitoraggio dell'obiettivo 19.3.1.
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali, nonché degli esiti	Redigere tre relazioni al 30/06 al 30/09 e a rendicontazione relativamente all'efficacia dei patrocini esterni, rispetto ai costi interni di funzionamento dell'Ufficio Legale
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Dare attuazione all'albo aziendale per l'individuazione di RUP e DEC	Rendere l'albo operativo entro il 30/06
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Effettuare la verifica di almeno 25 strutture accreditate. Report trimestrali	Verificare 25 strutture accreditate e trasmettere alla fine del trimestre relazione a DS e CdG (percentuale in relazione al numero di strutture controllate - il mancato invio delle relazioni determina il non raggiungimento dell'obiettivo)
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Elaborazione del Nuovo Regolamento ALPI alla luce delle nuove linee guida regionali	Delibera di approvazione entro 31/12/2026
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Evitare le delibere di proroga e il ritardo nel rinnovo degli affidamenti	1-((delibere proroga/delibere aggiudicazione) + (valore dp/valore da)) /2
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Formazione continua Peer to peer in piccoli gruppi per favorire le competenze gestionali relative allo svolgimento del ruolo di RUP e DEC	predisporre almeno 12 incontri RUP/DEC entro il 31/12/2026
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Mantenere aggiornata la segnaletica interna alle strutture e per l'accesso alle stesse.	predisporre un piano di aggiornamento triennale della segnaletica Aziendale interna entro il 31/03, validazione della direzione e attuazione nel 2026 secondo il cronoprogramma approvato
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	monitoraggio quadrimestrale sugli esiti delle richieste di interventi di manutenzione	Analisi dei ticket inviati e lavorati (trasmettere trimestralmente a DA - CDG
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Otto analisi per altrettante strutture sul grado di apprezzamento dell'offerta erogata	Svolgere analisi sul campo o telefoniche per misurare il grado di apprezzamento del servizio. Nella scelta delle strutture il 30% va scelto tra quelle per le quali pervengono un maggior numero di reclami. (3 analisi entro 30/06 - 3 analisi entro 31/10 - due analisi entro il 31/12)
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Piano di attuazione della digitalizzazione del ciclo di vita degli appalti	Predisporre entro 31/03 il piano delle azioni necessarie

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	PNRR - Allineamento mensile di tutti i dati dell'intervento (procedurali , fisici e finanziari) su piattaforma REGIS	Valore del disallineamento < 1%
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	PNRR - Rendicontazione su piattaforma REGIS e piattaforma regionale degli interventi	Documentazione caricata su piattaforma, per ogni singolo rendiconto, completa e corretta per almeno il 75%
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2026/27 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2026	approvazione della delibera entro il 31/10/26
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Processi di Audit & feedback - ambito tecnico amministrativo - DGR 6/2026	Eseguire processi di Audit & feedback su attività nell'ambito delle attività del Piano Audit 2026 (trasmettere esiti all'Auditor secondo tempistica indicata dallo stesso auditor)
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Processi di Audit & feedback - azioni correttive	Dare seguito all'attuazione del Piano azioni correttive, eventualmente elaborato.
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	processi di Audit & feedback con formazione sul campo certificata su 2 percorsi multidisciplinari (ECM aziendale)	Eseguire 2 processi di Audit & feedback su attività o funzioni specifiche della Struttura (trasmettere esiti al Risk Manager e al CDG)
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Recupero economico delle prenotazioni prenotate e non disdette	Report alle scadenze di monitoraggio distiniti per numero e importo di quanto avviato e incassato
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Redazione trasmissione GANT degli investimenti edili ad aggiudicazione gara e a collaudo	Trasmissione a CDG e Direzione Strategica del GANTT relativo ai lavori edili entro 30 gg. Dall'aggiudicazione ed entro 30 gg. dal collaudo (risponde alla formula = n. trasmissioni entro 30 gg /n. lavori avviati e collaudati * 100)
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Rispetto degli adempimenti regionali e aziendali relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati ex art.20 L. 67/88	Art 1 comma 436 legge 202/2017 e art 4 - quinquies, comma 1 del D.L. 18/04/2019 n°32: presentazione all'area competente del progetto da porre a base di gara e comunicazione dell'avvenuta aggiudicazione entro la data prevista dalla normativa vigente. Per gli altri fondi statali : suia rispettata la tempistica prevista nelle specifiche convenzioni stipulate dalla regione Lazio con gli Enti Finanziatori
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	4 relazioni trimestrali

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Rispetto delle scadenze utili alla difesa dell'azienda;	Relazionare DS in ordine alla attività consulenziale verso Rischio clinico E Ufficio Legale 30/06 - 31/12
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Rispetto delle scadenze utili alla difesa dell'azienda;	Relazionare per competenza a DS e DA e CDG in ordine alla collaborazione offerta dalla strutture interessate dalle richieste di istruttoria. 30/06 - 31/12
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Sottoscrizione tempestiva dei contratti a seguito aggiudicazione gare	Predisposizione tempestiva del contratto e trasmissione ai fornitori a seguito di aggiudicazione di gara sopra soglia. 4 relazioni con report tempistica (del. agg.ne - arrivo documentazione - trasmissione contratto a fornitore - ricevimento contratto sottoscritto) con le quali valuta anche tempestivo adempimento UOC Approvvigionamenti.
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Sottoscrizione tempestiva dei contratti a seguito aggiudicazione gare	Trasmissione tempestiva della documentazione necessaria alla sottoscrizione dei contratti sopra soglia alla UOSD Affari generali. Valuta UOSD AAGG (30 GG Da data di aggiudicazione)
Promozione miglioramento Continuo	Amministrativo	Trasmettere a CDG Planimetrie Aziendale con l'indicazione dei servizi per CDC	Trasmettere planimetria ospedale Grassi entro 30/04, e completamento entro 30/06 - aggiornamento bimestrale in cao di trasferimenti di linee di attività
Promozione miglioramento Continuo	Integrità	Monitoraggio attuazione piano gare 2026/27	predisposizione di 2 relazioni semestrali da trasmettere al CDG e al RPTC
Promozione miglioramento Continuo	Ospedaliero	Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario / produzione rispetto al 2025.	Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario e a Convenzione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2025
Promozione miglioramento Continuo	Ospedaliero	Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario / produzione rispetto al 2025.	Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario, a Convenzione e delle professioni sanitarie della riabilitazione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2025
Promozione miglioramento Continuo	Ospedaliero	Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario /produzione rispetto al 2025.	Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario, a Convenzione e delle professioni sanitarie della riabilitazione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2024
Promozione miglioramento Continuo	Ospedaliero	Monitoraggio trimestrale del tempo di utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia - TAC e RMN. Relazione a Direttore Sanitario e CdG.	4 relazioni trimestrali

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Promozione miglioramento Continuo	Ospedaliero	Procedura per la gestione del paziente neuropsichiatrico in Pronto Soccorso	Predisposizione entro 30/06 della procedura e valutazione degli esiti al 30/09
Promozione miglioramento Continuo	Ospedaliero	Rendicontazione trimestrale alla Direzione Sanitaria degli eventi avversi segnalati.	realizzazione 4 report. Al controllo di Gestione vanno inviate le note di accompagno senza il report
Promozione miglioramento Continuo	Prevenzione	Approvazione Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2026	Approvare la Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2026
Promozione miglioramento Continuo	Prevenzione	Realizzazione degli interventi di comunicazione a supporto dei programmi di Screening. (Percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	organizzare 12 iniziative a supporto della promozione dei programmi di screening
Promozione miglioramento Continuo	Prevenzione	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.	Report alle scadenze di monitoraggio
Promozione miglioramento Continuo	Prevenzione	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. 40 Allegato 3B d.lgs. 81/08) Dati 2025 entro 30/09/26.	TRASMISSIONE REPORT A DS E CDG
Promozione miglioramento Continuo	Prevenzione	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"	Report alle scadenze di monitoraggio
Promozione miglioramento Continuo	Territoriale	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati in CAPI, successive alla convocazione. - reportistica	trasmissione ai distretti al DS e al CDG dei dati sulle prescrizioni oggetto di analisi della capi. Verifica a sei mesi dei corretti adempimenti. Trasmissione a CAPI. 6 relazioni bimestrali.
Promozione miglioramento Continuo	Territoriale	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati in CAPI, successive alla convocazione. Azioni correttive	trasmissione provvedimenti effettuati a seguito dei controlli sui dati contenuti nel report della farmacia al DS e al CDG. 3 relazioni trimestrali a partire dal secondo monitoraggio.
Promozione miglioramento Continuo	Territoriale	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	n° capi effettuate con indicazione delle attività relative anche ai dispositivi medici (Il Direttore di Distretto non può utilizzare lo strumento della delega e deve partecipare direttamente)

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Promozione miglioramento Continuo	Territoriale	Istituire il centro aziendale di referenza per antibiotico resistenza	Indicatore in scheda di negoziazione
Promozione miglioramento Continuo	Territoriale	Monitoraggio dei processi gestiti dalle COT	Report trimestrale sul numero dei pazienti presi in carico e sulle transizioni di setting gestite, monitorare il tempo tra la richiesta di dimissione e dimissione effettiva
Promozione miglioramento Continuo	Territoriale	Predisporre relazione con cadenza trimestrale contenente le seguenti elaborazioni con descrizione delle eventuali relative azioni correttive: tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a ordine). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a autorizzazione). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. Analisi (costo, n. tipologie) presidi restituiti e presidi riassegnati dopo il riutilizzo.	PREDISPORRE 4 RELAZIONI TRIMESTRALI CON REPORT DI CONFRONTO 2026/2026 A CDG
Promozione miglioramento Continuo	Territoriale	Relazione trimestrale sulle azioni svolte a favore di pazienti in carico presso i CSM che hanno subito un ricovero presso SPCD Cliniche psichiatriche o comunità terapeutiche.	Pazienti in carico, ricoverati presso SPDC o Cliniche psichiatriche con l'indicazione dei costi di ricovero e del numero delle prestazioni effettuate dai CDM a favore degli stessi. Indicare anche se il paziente frequenta centri diurni.
Utilizzo strumenti di sanità digitale	Amministrativo	Abilitazione cruscotto di monitoraggio della COAN e corso di formazione ai negoziatori e ai dipendenti indicati a livello dipartimentale	Abilitazione cruscotto entro il 30.06 e formazione dei negoziatori entro il 30.09 e dei dipendenti indicati a livello dipartimentale entro 30.11 (obiettivo raggiunto solo se sono soddisfatte le tre condizioni, il personale formato deve essere almeno il 90% di quello individuato)
Utilizzo strumenti di sanità digitale	Ospedaliero	Corretta gestione da parte dei reparti e corretto monitoraggio da parte della Direzione Medica di Presidio delle scadenze e degli scarti legati ai flussi di produzione. Supporto ESIS al recupero degli scarti.	La scheda di negoziazione riporta i flussi e gli indicatori oggetto di valutazione
Utilizzo strumenti di sanità digitale	Ospedaliero	Corretto invio, nei termini previsti dei flussi di rendicontazione ministeriale e regionale, File F, File R, Dispositivi Medici, SIO, SIAS, SIES, SIAR, Hospice.	La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione
Utilizzo strumenti di sanità digitale	Ospedaliero	Garantire l'utilizzo degli strumenti di sanità digitale secondo le indicazioni regionali e aziendali. Gli strumenti monitorati sono: dematerializzate, ADT, O4S, T4C, Armadietti di reparto, Firma digitale nei processi di refertazione e lettera di dimissione, Adozione modulo GPPP, sismed, Nomos	La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione

Utilizzo strumenti di sanità digitale

OBIETTIVO STRATEGICO	AMBITO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
Utilizzo strumenti di sanità digitale	Amministrativo	Abilitazione cruscotto di monitoraggio della COAN e corso di formazione ai negoziatori e ai dipendenti indicati a livello dipartimentale	Abilitazione cruscotto entro il 30.06 e formazione dei negoziatori entro il 30.09 e dei dipendenti indicati a livello dipartimentale entro 30.11 (obiettivo raggiunto solo se sono soddisfatte le tre condizioni, il personale formato deve essere almeno il 90% di quello individuato)
Utilizzo strumenti di sanità digitale	Ospedaliero	Corretta gestione da parte dei reparti e corretto monitoraggio da parte della Direzione Medica di Presidio delle scadenze e degli scarti legati ai flussi di produzione. Supporto ESIS al recupero degli scarti.	La scheda di negoziazione riporta i flussi e gli indicatori oggetto di valutazione
Utilizzo strumenti di sanità digitale	Ospedaliero	Corretto invio, nei termini previsti dei flussi di rendicontazione ministeriale e regionale, File F, File R, Dispositivi Medici, SIO, SIAS, SIES, SIAR, Hospice.	La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione
Utilizzo strumenti di sanità digitale	Ospedaliero	Garantire l'utilizzo degli strumenti di sanità digitale secondo le indicazioni regionali e aziendali. Gli strumenti monitorati sono: dematerializzate, ADT, O4S, T4C, Armadietti di reparto, Firma digitale nei processi di refertazione e lettera di dimissione, Adozione modulo GPPP, sismed, Nomos	La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione

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 novellato dal D.lgs 74/2017,che costituisce l'insieme completo, coerente ed esaustivo, di tutte le metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione della performance, poste in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nel processo produttivo e la cui attuazione consente all'Azienda di misurare e valutare in modo sistemico i risultati ottenuti, la Direzione strategica aziendale, con l'adozione del PIAO 2026-2028 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.
È stato istituito con nota prot. n. 67769 del 23.09.2025 il **Comitato di Budget** che è l'organo deputato all'elaborazione dell'albero della performance.
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 al momento della sottoscrizione del contratto, gli obiettivi annuali non sono stati ancora assegnati; per la programmazione si è tenuto conto degli obiettivi 2025 DGR 363.
Il Controllo di Gestione procederà alle verifiche quadrimestrali 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.

PROCESSO DI BUDGETING E DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI

Tale processo si articola nelle seguenti tappe:

OTTOBRE 2025/ DICEMBRE 2025
ISTITUZIONE E AUDIZIONI COMITATO DI BUDGET

GENNAIO 2026
ELABORAZIONE PIAO E COSTRUZIONE ALBERO DELLA PERFORMACE

31 GENNAIO 2026
APPROVAZIONE PIAO PROVVISTO DI ALBERO DELLE PERFORMANCE E REGOLE DI NEGOZIAZIONE

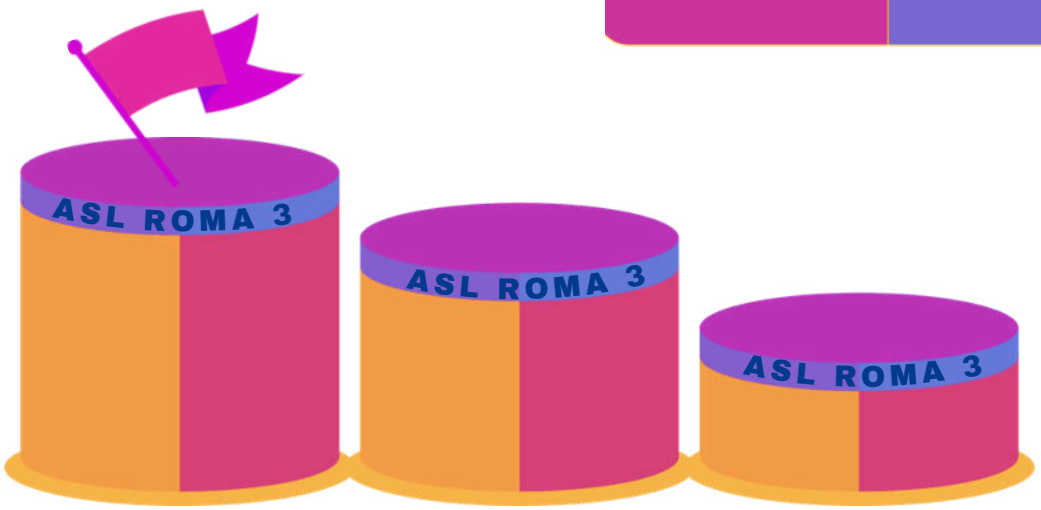
FEBBRAIO 2026
NEGOZIAZIONE

30 MAGGIO 2026
I SCADENZA DI RENDICONDAZIONE DELLO STATO DI AVANZAMENTO DEGLI OBIETTIVI

30 SETTEMBRE 2026
II SCADENZA DI RENDICONDAZIONE DELLO STATO DI AVANZAMENTO DEGLI OBIETTIVI

FEBBRAIO 2027
TRASMISSIONE DATI UFFICIALI RELATIVI ALLA PRODUZIONE

1 MARZO 2027
TRASMISSIONE DELLA RELAZIONE FINALE



GIUGNO 2027
PAGAMENTO DEL RISULTATO

MAGGIO 2027
VALUTAZIONE DELL'OIV E SOTTOSCRIZIONE DELLA VALUTAZIONE

APRILE 2027
ANALISI DELLE RELAZIONI, VALUTAZIONE DEL CdG E DELLA DIREZIONE STRATEGICA

Approvazione del PIAO.

Negoziazione per l'anno 2026 tra Direzione Aziendale e Negoziatori (v. sotto).
Predisposizione dell'atto deliberativo relativo all'assegnazione degli obiettivi 2026. Trasmissione alla UOS Controllo di Gestione entro il 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 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. Il processo è suddiviso in monitoraggio e valutazione:
Il **monitoraggio** avviene alle scadenze intermedie del **30/05** e **30/09**, sulla base dei dati disponibili alla data di scadenza. La valutazione avviene a fine anno e deve essere rendicontata entro il 01/03/2027.

I Direttori di Dipartimento, dovranno convocare una riunione di Dipartimento nella quale si deve procedere al monitoraggio degli obiettivi delle strutture afferenti il Dipartimento; il Direttore Medico di Presidio ospedaliero è invitato a partecipare.
Ai Direttore di Dipartimento compete l'analisi di coerenza della performance raggiunta dai negoziatori afferenti il Dipartimento e la trasmissione al Controllo di Gestione delle relazioni intermedie e finali sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento e ai Negoziatori. Alla nota di trasmissione va allegato verbale dei Comitato di Dipartimento.
Le relazioni intermedie di monitoraggio e la relazione finale dovranno essere costruite in base alle seguenti tipologie:
Obiettivi il cui andamento dipende da dati oggettivi o flussi istituzionali

- In caso di andamento positivo limitarsi a riportare il valore
- In caso di andamento negativo, rappresentare le cause, le possibili soluzioni e le eventuali risorse aggiuntive necessarie a raggiungerli. Ove a fine anno l'obiettivo non sia raggiunto, allegare la documentazione comprovante le azioni proattive esercitate.

Obiettivi legati ad adempimenti di ordine formale

- In caso di andamento positivo limitarsi a riportare gli adempimenti svolti
- In caso di andamento negativo, rappresentare le cause, le possibili soluzioni. Ove il raggiungimento è dipeso da inerzia o scarsa collaborazione da parte di altre strutture, condividere con queste ultime le difficoltà e trasmettere verbale di incontro.

Obiettivi con scadenze a fine anno o successivi alle relazioni intermedie di monitoraggio

- Limitarsi a rappresentare eventuali criticità

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 utile alla redazione delle relazioni, 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. L'Azienda intende mettere a disposizione strumenti informatici in grado di monitorare mensilmente gli obiettivi il cui raggiungimento dipende dai flussi di produzione.

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. La valutazione sulla riformulazione dei target o degli obiettivi non può essere richiesta in sede di rendicontazione finale, ma deve essere un processo di cui la Direzione strategica è stata messa al corrente nel corso dell'esercizio.
Il Controllo di Gestione, elaborerà un prospetto semplificato, che trasmetterà ai negoziatori e alla Direzione Strategica, in ordine allo stato di raggiungimento intermedio 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;
- 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 2026 e della delibera di budget economico per i negoziatori assegnatari di budget ed eventuali successive modificazioni.

I NEGOZIATORI

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, afferenti alla Direzione Strategica e non soggetti ad una struttura con Direttore di UOC.

Negoziatori di secondo livello: Dirigenti responsabili di UOS.

Si riporta nello schema sottostante l'elenco dei negoziatori di primo livello per l'anno 2026 che tiene conto dell'Atto aziendale approvato da ultimo con Dgr. 7 del 22/01/2026.

L'Azienda, al fine di garantire il ciclo della performance, procederà a negoziare gli obiettivi con i Dirigenti sottoindicati. In sede di attuazione progressiva dell'Atto aziendale si terranno sessioni integrative del processo negoziale:

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE		
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO		Dott.ssa Gabriella Ergasti
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	E	Dott. Emilio Sergio Giorgio Saverio Scalise
U.O.S.D. FORMAZIONE	N	
UOS COMUNICAZIONE	E	Dott. Andrea Storri f.f.
U.O.S.D. COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE E URP	N	
AVVOCATURA		Avv. Carmen Di Carlo
RESP. RPTC (Prevenzione, Corruzione, Trasparenza)		Dott. Andrea Storri

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE AREA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA		
AREA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA	N	
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE		Dott. Antonio Salvatore Miglietta f.f.
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	E	Dott. Andrea Storri
UOC PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E CONTROLLO DI GESTIONE	N	
U.O.C. PROGRAMMAZIONE OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E GOVERNO LISTE D'ATTESA	N	
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT		Dott. Matteo Montesi

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE AREA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE		
AREA SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE	N	
U.O.C. RISCHIO CLINICO e QUALITA'	N	
UOC QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	E	Dott. Enrico Cicciarello f.f.
U.O.C. MEDICINA LEGALE OSPEDALIERA e SINISTROSITA' SANITARIA STRAGIUDIZIALE	N	
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI		Dott. Marcello De Masi
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI SANITARI ED EPIDEMIOLOGIA		Dott.ssa Maria Grazia Budroni

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE		
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI		
U.O.C. ASSISTENZA ALLA PERSONA	N	
U.O.C. PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE E RIABILITATIVE	N	
U.O.S.D PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	N	
U.O.S.D. SERVIZIO SOCIALE	N	
UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	E	Dr.ssa Elisabetta Zucchi f.f.
UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	E	
UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	E	

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		Dott. Aldo Benevelli
UOSD AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE	N	
UOC AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE	E	Dott.ssa Ester Battistini f.f.
AREA FUNZIONALE AMBIENTI, LAVORO E IGIENE PUBBLICA		
AREA FUNZIONALE AMBIENTI, LAVORO E IGIENE PUBBLICA	N	
U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO		Dott.ssa Orietta Angelosanto
U.O.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA		Dott. Leonardo Saul Torchia
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING		Dott.ssa Maria Rita Noviello
U.O.S.D. PROMOZIONE DELLA SALUTE E COORDINAMENTO PAP	N	
U.O.S.D. IMMUNOPROFILASSI	N	
U.O.S.D. PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA E MEDICINA DELLO SPORT		Dott. Antonio Fiore
AREA FUNZIONALE SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE		
AREA FUNZIONALE SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	N	
U.O.C. SANITA' ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE		Dott. Alberto Valentini
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	N	
UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	E	Dott. Aldo Benevelli f.f.
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE		Dott. Aldo Benevelli
U.O.S.D. CANILE SANITARIO SOVRAZONALE		Dott. Giuseppe Cariola

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE		
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE		Dott. Pietro Petrini
UOSD AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE	N	
UOC AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE	E	Dott.ssa Ester Battistini f.f.
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA		Dott.ssa Martina Curto f.f.
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE		Dott. Marco Sparvoli f.f.
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA		Dott. Giampaolo Imparato
U.O.C. SPDC GRASSI	N	
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO		Dott. Pietro Petrini
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE		Dott. Giuseppe Anastasi
U.O.S.D RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE		Dott.ssa Maria Franca Chiossi
U.O.S.D DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE	N	
U.O.S.D NEUROPSICOLOGIA E NEURODIVERGENZE ADULTI	N	

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE		
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE		Dott.ssa Daniela Sgroi
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO		Dott.ssa Paola Savina
UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO		Dott .Filippo Muscolo
UOC DISTRETTO X MUNICIPIO		Dott.ssa Daniela Sgroi f.f.
UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO		Dott.ssa Monica Foniciello
UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO		Dott.ssa Maria Letizia Eleuteri
UOC MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO		Dott.ssa Katarzyna Sowicka f.f.
UOC CONSULTORI FAMILIARI		Dott.ssa Daniela Sgroi
UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	E	Dott.ssa Rosanna Clementi
UOSD RIABILITAZIONE E DISABILITA' ADULTI	N	
UOSD ASSISTENZA PROTESICA	N	
UOSD RETE DELLE CURE PALLIATIVE		Dott. Stefano De Santis f.f.
UOSD NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)		Dott. Antonio Vivenzio
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		Dott. Giulio Maria Ricciuto
UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA		Dott. Giulio Maria Ricciuto
UOC CARDIOLOGIA		Dott. Nicola Danisi f.f.
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO		Dott. Oscar Tommasini
UOSD ANESTESIA E RIANIMAZIONE		Dott. Fabrizio Marra
UOSD TERAPIA DEL DOLORE	N	

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO		
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO		Dott. Massimo Morosetti
UOC MEDICINA		Dott. Claudio Santini
UOC NEFROLOGIA E DIALISI		Dott. Massimo Morosetti
UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE		Dott. Stefano Maria De Luca f.f.
UOC NEUROLOGIA E STROKE UNIT	N	
UOSD ONCOLOGIA	E	Dott.ssa Chiara Nardoni f.f.
UOC ONCOLOGIA MEDICA	N	
UOC PEDIATRIA		Dott.ssa Luisa Pieragostini
UOC GASTROENTEROLOGIA	N	
UOSD GASTROENTEROLOGIA	E	Dott.ssa Maria Grazia Mancino
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO		
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO		Dott. Gianluca Mazzoni
UOC CHIRURGIA GENERALE		Dott. Gianluca Mazzoni
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		Dott. Domenico Topa
UOC OCULISTICA		Dott. Andrea Niutta
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA		Dott. Mario Ciampelli
UOSD UROLOGIA	N	
UOSD OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI		Dott. Roberto Morello
U.O.S.D. PREOSPEDALIZZAZIONE E GESTIONE BLOCCHI OPERATORI	N	

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI		
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI		Dott.ssa Roberta Di Turi
UOC FARMACIA OSPEDALIERA		Dott.ssa Roberta Di Turi
UOC FARMACIA TERRITORIALE		Dott.ssa Alessandra Blasi f.f.
U.O.S.D. ATTIVITA' CENTRALIZZATE PER LA REGIONE: DPC DIABETE / FARMACI E DCA 70	N	
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	N	
UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)		Dott. Luca Mele
UOC LABORATORIO ANALISI		Dott. Stefano Antonaci
UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	N	
UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	E	Dott.ssa Patrizia Mocetti
U.O.S.D. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	N	

AREA RISORSE UMANE FINANZIARIE e STRUMENTALI		
AREA RISORSE UMANE FINANZIARIE e STRUMENTALI	N	Dott. Filippo Coiro
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE		Dott. Davide Buoncristiani
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE		Dott. Filippo Coiro
UOSD AFFARI GENERALI	E	Dott.ssa Cristina Vio
U.O.C. AFFARI GENERALI E ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	N	
AREA TECNICA e NUOVE TECNOLOGIE		
AREA TECNICA e NUOVE TECNOLOGIE	N	
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA		Ing. Enzo Pietropaolo
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI		Dott.ssa Lorenza Abbati f.f.
U.O.S.D. INGEGNERIA CLINICA E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI	N	
AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI AZIENDALI		
AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI AZIENDALI	N	
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO		Dott. Pierfrancesco Calzetta
U.O.S.D. MONITORAGGIO CONTRATTI DI SERVIZI E LOGISTICA ED ECONOMATO	N	

AREA ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TERRITORIALI		
AREA ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TERRITORIALI		Dott.ssa Paola Savina
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO		Dott.ssa Paola Savina
U.O.S.D. AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE	N	
AREA della RETE AZIENDALE di PRESA in CARICO del PAZIENTE ONCOLOGICO e delle CURE PALLIATIVE		
AREA della RETE AZIENDALE di PRESA in CARICO del PAZIENTE ONCOLOGICO e delle CURE PALLIATIVE	N	
AREA FUNZIONALE per la TUTELA DELLA SALUTE della DONNA e del BAMBINO		
AREA FUNZIONALE per la TUTELA DELLA SALUTE della DONNA e del BAMBINO	N	
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE		
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE		Dott. Fabrizio Marra

Le strutture individuate con la lettera "N" sono quelle di nuova istituzione previste dall'Atto aziendale, quelle con la lettera "E" sono destinate ad essere in esaurimento.

Il processo di budget e la definizione degli obiettivi si articola nelle seguenti fasi:

- Predisposizione da parte del Comitato di Budget della griglia degli obiettivi strategici sulla base delle indicazioni della Direzione Aziendale
- Approvazione del PIAO, contenente l'Albero della Performance, la griglia degli obiettivi strategici e le regole di negoziazione (entro il 31 gennaio di ogni anno);
- Negoziazione da parte del Direttore Generale nei confronti dei Negoziatori di 1° livello (Direttori di Dipartimento/Area, Direttori di UOC, Dirigenti di UOSD, (entro febbraio di ogni anno);
- Predisposizione da parte del Controllo di Gestione dell'atto deliberativo relativo all'assegnazione degli obiettivi;
- Negoziazione da parte dei Negoziatori di 1° livello (Direttori di Dipartimento/Area, Direttori di UOC, Dirigenti di UOSD) con i Negoziatori di 2° livello (Responsabili di UOS) (entro marzo di ogni anno);
- Trasmissione al 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;
- Verifica di coerenza degli obiettivi specifici individuati al punto precedente da parte del Controllo di Gestione e conseguente trasmissione alla UOC Risorse Umane.

Il Sistema, quindi, si inserisce nel Ciclo di gestione annuale della performance e dei risultati e si articola nelle seguenti fasi:

- Assegnazione "a cascata" rivolta dalla Direzione a tutte le Strutture aziendali degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei rispettivi indicatori, formulati in termini chiari e misurabili, corredati a valori attesi (100% dell'indicatore) ed a valori minimi (0% dell'indicatore di risultato);
- Monitoraggio degli indicatori in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- Misurazione e valutazione della performance e dei risultati organizzativi;
- Utilizzo del Sistema premiante aziendale secondo le performance organizzative di cui sopra applicando opportuni criteri di valorizzazione differenziata del merito condivisi con i collaboratori;
- Valorizzazione dell'apporto individuale alla produttività della struttura di assegnazione (flessibilità individuale);
- Rendicontazione dei risultati alla direzione strategica, 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.

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 quadrimestrali devono essere effettuate in base ai risultati raggiunti al, 30 maggio e al 30 settembre e devono essere relazionate al Controllo di Gestione entro le medesime date.
La verifica finale è relativa ai risultati raggiunti su base annuale al 31 dicembre e deve essere rendicontata entro il 01 marzo 2027.

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. Il raggiungimento inferiore al 60% del punteggio non consente l'erogazione del premio di risultato e determina una valutazione negativa della performance.
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.

PERFORMANCE – SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E ACCESSIBILITA'

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.

A) Obiettivi di digitalizzazione

Obiettivi e strumenti per la realizzazione della piena accessibilità 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 ed all'utilizzo di service desk centralizzato, è di realizzare una piattaforma finalizzata al potenziamento della infrastruttura di sicurezza informatica (Cybersecurity) che preveda un allineamento con i debiti informativi previsti dalla normativa NIS 2:

- Definizione di una struttura di governance: Nomina del Responsabile della Sicurezza (CISO) e istituzione del Comitato Cybersecurity
- Creazione di un archivio unico di asset ed attori di gestione nominato Configuration Management Database
- Mappatura dei processi critici: Identificazione sistemi/servizi rilevanti per la continuità operativa
- Integrazione risk management: Inclusione risk cyber nel risk management aziendale
- Valutazioni periodiche: Produzione di una analisi rischio IT annuale con programmazione delle attività di rimedio ed investimento triennale
- Approccio basato su standard: Adozione framework (es. ISO 27001, NIST) adattato al contesto sanitario
- Redazione un modello organizzativo specifico di Procedure ed Istruzioni operative
- Monitoraggio continuo: Implementazione sistemi di rilevamento anomaliela 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.

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). Tale piano sarà rivisto ed attualizzato in una ottica di verifica dei processi di transizione e di consolidamento a valle della migrazione al Polo Strategico Nazionale (PSN) coerentemente con le necessità e le direttive Regionali.

A quanto sopra si aggiunga la adesione al progetto di Cartella Clinica Elettronica Regionale, 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 Regionale 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.

L'Azienda prevede la continuità dei 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.

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);

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;

- E' in corso l'introduzione di nuovi software per la gestione dei processi istituzionali (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).

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 vigente.
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.

Valutazione dell'impatto del contesto esterno

Il periodo compreso tra il 2026 e gli anni immediatamente successivi assume carattere strategico per il territorio del X Municipio e, più in generale, per le aree di competenza dell'ASL Roma 3. Tale fase temporale coincide con la conclusione dell'orizzonte di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e con il consolidamento degli interventi infrastrutturali e organizzativi connessi al Giubileo 2025, i cui effetti amministrativi, finanziari e operativi risultano destinati a protrarsi anche oltre l'anno dell'evento.
In ambito sanitario, tali processi comportano la gestione di rilevanti flussi finanziari e l'attuazione di interventi strutturali e organizzativi di particolare complessità. Ne consegue un incremento dell'esposizione a rischi di natura corruttiva e di interferenza illecita, che rende necessario un presidio rafforzato dei processi decisionali, di programmazione e di affidamento, in coerenza con gli indirizzi del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e con la conseguente pianificazione delle misure nel PTPCT integrato nel PIAO.
Il contesto territoriale nel quale opera l'ASL Roma 3 è caratterizzato, in alcune aree, dalla storica presenza di consorterie criminali organizzate e di gruppi che, secondo plurime sentenze passate in giudicato e consolidati esiti investigativi, hanno operato e operano mediante l'utilizzo del metodo mafioso. In particolare, il litorale romano e il territorio del X Municipio sono stati oggetto, nel tempo, di specifici interventi dell'autorità giudiziaria e di provvedimenti straordinari di carattere amministrativo, a conferma della rilevanza del fenomeno sotto il profilo dell'ordine pubblico e della legalità istituzionale.

Le risultanze giudiziarie e le analisi istituzionali hanno evidenziato come gruppi criminali storicamente radicati nel territorio abbiano sviluppato modalità operative non limitate all'uso della violenza, ma orientate anche al controllo economico e alla costruzione di relazioni con un'ampia "area grigia" composta da soggetti imprenditoriali e, in taluni casi, da segmenti deviati della pubblica amministrazione. Tali dinamiche risultano particolarmente insidiose in relazione alla gestione di appalti pubblici e di risorse straordinarie in quanto idonee a incidere sui processi decisionali senza necessariamente ricorrere a forme manifeste di intimidazione.

Le più recenti attività investigative e i procedimenti giudiziari conclusi hanno ulteriormente confermato la capacità dei gruppi criminali operanti nel territorio di Ostia e delle aree limitrofe di riorganizzarsi, stabilizzare equilibri tra consorterie e intervenire nella gestione di interessi economici rilevanti. In tale quadro, sono stati accertati anche tentativi di condizionamento e di infiltrazione in contesti sensibili, inclusi quelli connessi a infrastrutture e servizi pubblici, con evidenti riflessi sul rischio per le amministrazioni operanti sul territorio.

Con riferimento alle altre aree della Capitale interessate dall'operatività dell'ASL Roma 3, si rileva altresì la presenza documentata di organizzazioni criminali di matrice 'ndranghetistica, caratterizzate da una spiccata vocazione imprenditoriale e da una significativa capacità di inserimento nei circuiti economici e negli appalti pubblici. Le indagini e i procedimenti giudiziari avviati negli ultimi anni hanno evidenziato come tali consorterie rappresentino un fattore di rischio elevato in relazione alla gestione delle risorse pubbliche, soprattutto in fasi storiche contraddistinte da ingenti investimenti e dalla realizzazione di grandi opere.

In tale contesto, assume rilievo anche l'esperienza di enti locali del territorio regionale sciolti per infiltrazioni e condizionamenti della criminalità organizzata, elemento che rafforza la necessità di un approccio prudenziale e sistemico nella valutazione del rischio corruttivo.
Alla luce di quanto sopra, l'analisi del contesto esterno, finalizzata a individuare la probabilità che si verifichino eventi di natura corruttiva o di indebita interferenza, non può prescindere da una puntuale analisi del contesto interno dell'ASL. Quest'ultima costituisce presupposto essenziale per la corretta pianificazione delle misure di prevenzione, per l'integrazione delle diverse sezioni del PIAO e per la produzione di Valore Pubblico, in coerenza con i principi e gli obiettivi del vigente PNA.

Valutazione dell'impatto del contesto esterno

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.

Nello specifico tale attività viene svolta attraverso due processi:

Sistemi e tecnologie

Relativamente alla tracciabilità delle attività, per quanto riguarda la gestione delle identità digitali, i sistemi ICT possiedono i requisiti di gestione degli accessi in modalità Single Sign On ovvero l'accesso unicamente gestito da un sistema Aziendale delle identità: nel caso specifico l'Azienda ASL ha adottato Microsoft Active Directory ed Microsoft Azure quale unico contenitore a tendere delle utenze aziendali (di seguito AD).
È in corso un processo di integrazione di tutti i sistemi principali con AD; ad oggi sono stati già integrati oltre ad altri: Gestionale Amministrativo Contabile, Gestionale Sanitario Accettazione Dimissione Ricoveri, Gestionale Laboratorio, Gestionale area Amministrazione del Personale, Gestione Presenze, Sistema di posta elettronica aziendale, Sistema di accesso alle postazioni di lavoro, Sistema di Radiodiagnostica.
L'elenco completo dei sistemi (integrati e non) è disponibile nel sistema CMDB (di raccolta informazioni tecniche e organizzative dei sistemi informatici).

Gestione delle utenze ed accessi da remoto

La gestione delle utenze (creazione e dismissione) all'interno del sistema AD è stata uniformata tramite un progetto definito di Identity Management affinché vi sia un processo centralizzato di alimentazione di anagrafiche dei soggetti tra il Gestionale del Personale ed altre fonti dati (personale interno ed esterno).
L'elenco delle utenze attive e da disattivare, è collegato alle singole persone fisiche per tramite del codice fiscale, matricola ed unità di appartenenza/Azienda di appartenenza.
Anche gli accessi da remoto in VPN sono vincolati ad essere ricondotti a questo elenco in gestione presso ICT riconducibile a persone fisiche ed ad eventuali amministratori di sistema.
Il collegamento con le utenze e le deleghe previste da GDPR è in carico alla Funzione Privacy Aziendale. Relativamente ai concorsi/avvisi pubblici l'Azienda utilizza la piattaforma "Concorsi Smart", fornita dalla Società Recrytera S.r.l., per la gestione delle diverse procedure selettive di reclutamento del personale, dell'intero processo delle candidature, razionalizzando aspetti procedurali ed organizzativi sia per l'azienda che per i partecipanti alle prove selettive, riducendo i rischi di gestione e garantendo sempre la sicurezza, trasparenza e imparzialità, nel rispetto della normativa concorsuale vigente e tutela della Privacy. Il contratto con il fornitore è in proroga e la gara per l'individuazione di un nuovo fornitore è in svolgimento. Relativamente ai concorsi per Direttore di UOC la commissione viene individuata a seguito di operazioni di sorteggio compiute dalla Guardia di Finanza. 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 tra ruoli dirigenziali e di comparto e delle responsabilità disciplinari accertate e attribuite al personale in servizio presso la Asl è riportata nella tabella di cui all'allegato 8.

Di seguito si riporta il report dei Procedimenti disciplinari avviati e conclusi negli anni 2024 e 2025

Dirigenza	Archiviazione	Censura scritta	Sospensione dal servizio per giorni 3	Sospensione dal servizio per giorni 7	Sospensione dal servizio per mesi 3	Licenziamento senza preavviso
Anno 2024	2		1			1
Anno 2025	1	1	1	1	1	

Comparto	Archiviazione	Richiamo scritto	Rimprovero verbale	Multe	Sospensione dal servizio	Licenziamenti senza preavviso	Licenziamento Con Preavviso
Anno 2024		2	1	2	1 (5 mesi)	2	
Anno 2025	2	2	1	1	1 (5 giorni)		1

I procedimenti avviati nel 2025 ed ancora non conclusi sono:
Dirigenza: 0 procedimenti;
Comparto: 3 procedimenti.

Nell'anno 2025 sono stati avviati n. 16 procedimenti disciplinari per fatti non riconducibili ad eventi corruttivi; in tali procedimenti è stata contestata anche la violazione del codice comportamentale.

Nell'anno 2025 è pervenuta n. 1 **segnalazione di whistleblowing** la cui istruttoria è in fase conclusiva; nell'anno 2025 è stata archiviata una segnalazione pervenuta nel 2024 per il tramite del canale whistleblower, tale segnalazione è stata comunque utile a modificare la mappatura dei processi e l'individuazione dei rischi corruttivi. A seguito di tale segnalazione sono stati anche dati obiettivi specifici alle strutture interessate. Il segnalante ha avuto riscontro formale.

Mappatura dei processi per l'individuazione di rischi corruttivi

Nell'anno 2026 proseguirà la fase di aggiornamento della mappatura dei processi.
Il Piano Anticorruzione di questa Azienda, in applicazione dall'art. 1, comma 9, lett. a) della Legge 06.11.2012, n. 190 si ha 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.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Nella seguente tabella sono identificate le strutture in cui è articolata l'Azienda e sono riportati i processi attenzionati con la relativa valutazione dei rischi corruttivi:
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.
La Mappatura dei processi è stata elaborata secondo il seguente schema:

Specifiche del Processo – Descrizione – Possibili eventi rischiosi

Valutazione delle probabilità:

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità del processo
- Valore economico
- Frazionabilità del processo
- Controllo

Valutazione dell'impatto

- Impatto organizzativo
- Impatto economico
- Impatto reputazionale
- Impatto organizzativo, economico e sull'immagine

I coefficienti delle valutazioni di probabilità e di valutazione dell'impatto vengono mediati e moltiplicati tra di loro restituendo il livello di rischio.
Il livello di rischio ottenuto determina le Misure di mitigazione del rischio corruttivo.
E' intenzione dell'Azienda procedere alla rielaborazione nel triennio di riferimento della mappatura completa, con l'obiettivo di riesaminare nell'anno 2026 il 25% dei processi.
Di seguito si riporta l'attuale mappatura:

STRUTTURA E PROCESSO	VALORE	RISCHIO
UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie – procedimento assegnazione budget	14,4	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
UOC Distretto Sanitario X Municipio - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	13,8	elevato
UOC Distretto Sanitario XI Municipio - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	13,8	elevato
UOC Distretto Sanitario XII Municipio - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	13,8	elevato
UOC Distretto Sanitario Comune di Fiumicino - CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	13,8	elevato
Presidio Ospedaliero Grassi - UOC Servizio di Immunoematologia e medicina Trasfusionale - Acquisizione beni e servizi	6,7	moderato
Dipartimento Cure Primarie e ISS - UOSD Attività Specialistica, Liste d'Attesa e CUP - Gestione agende medicina specialistica	7,6	elevato
Dipartimento Salute Mentale - UOSD Interventi Precoci - Progetti personalizzati	7,1	moderato

STRUTTURA E PROCESSO	VALORE	RISCHIO
UOC Amministrativa Cure Primarie - rimborsi delle prestazioni sanitarie prenotate e non effettuate e/o esenzioni	9,6	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 autorizzazioni ricoveri all'estero	6,1	elevato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - Pareri, autorizzazioni, certificazioni	6,5	moderato
Dipartimento di Prevenzione - Direzione - Vigilanza, ispezioni e controllo	6,6	elevato
Dipartimento di Prevenzione - UOC SIAOA - Vigilanza, ispezioni e controllo	7,4	elevato
Dipartimento di Prevenzione - UOSD SIAN - Vigilanza, ispezioni e controllo	9	elevato
UOSD Comunicazione e Rendicontazione Sociale - URP - gestione reclami e segnalazioni	6,3	moderato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - gestione fondo economale	14,87	Elevato
Dipartimento Amministrazione Fattori Produttivi - UOC Approvvigionamenti - attivazione gare aggiudicate	13,72	Elevato

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.

La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria.

È stato aggiornato il Piano Formativo 2026-2027 con riferimento agli interventi formativi in materia di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, in coerenza con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e con gli indirizzi dell'ANAC.

L'attuale Piano prevede una formazione di base a carattere generalizzato, rivolta all'intero personale, da erogarsi prevalentemente in modalità e-learning e una formazione specialistica, da svolgersi in presenza, destinata ai Referenti, ai Dirigenti e ai funzionari assegnati alle aree a più elevato rischio corruttivo, nonché alle ulteriori figure coinvolte, a diverso titolo, nei processi di gestione, monitoraggio e attuazione delle misure di prevenzione.

Per la formazione generale l'Azienda ha attivato la piattaforma "Syllabus", ovvero una piattaforma per la formazione del personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni gestita dal Dipartimento della Funzione Pubblica, utile per migliorare le competenze dei dipendenti pubblici e per supportare i processi di innovazione delle amministrazioni. Attraverso tale piattaforma digitale i dipendenti possono trovare un'offerta formativa ampia, gratuita e costantemente aggiornata.

Nell'anno 2025 l'Azienda, giusta anche la direttiva dei Ministri della Funzione Pubblica e della Salute del 15.01.2025, ha assegnato a tutte le strutture l'obiettivo di far conseguire ai funzionari 10 Badge nell'ambito della piattaforma Syllabus.

L'Azienda ha aderito al progetto Valore PA, nel corso del 2026 verranno formati sei funzionari nell'ambito del corso "Anticorruzione, trasparenza e integrità: strategie preventive e sistemi di compliance - gestione del rischio corruzione (secondo livello - A)"
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.
Il Dirigente RPCT trasmette una prima lettera di sollecito ad adempiere agli obblighi di pubblicazione con indicazione del termine per adempiere, in caso di inottemperanza invia un secondo sollecito informando anche la Direzione strategica. Il persistere dell'inosservanza degli obblighi di pubblicazione, determina per il Dirigente RPCT la segnalare del comportamento all'OIV.
Relativamente agli obblighi di pubblicazione per l'anno 2025, in attuazione della Delibera ANAC n. 192 del 07/05/2025 e sulla base delle attività di monitoraggio svolte dall'OIV nelle date del 31/05/2025 e del 30/11/2025, si rappresenta che gli adempimenti risultano integralmente assolti. Tale risultato è stato conseguito anche a seguito dei solleciti rivolti ai responsabili delle pubblicazioni da parte del RPCT e nonostante le criticità di natura tecnico-informatica riscontrate. L'avvenuto assolvimento al 100% degli obblighi è attestato nel documento di attestazione redatto dall'OIV e trasmesso all'Azienda in data 09/01/2026.
In linea, con le disposizioni in materia di trasparenza, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 855 del 27/10/2017, 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.
La trasparenza costituisce una misura efficace non soltanto ai fini della prevenzione, ma anche come strumento di dialogo coi cittadini e le imprese.
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.

Al fine di dare compiuta attuazione alla digitalizzazione del ciclo di acquisto, l'albero della performance individua specifici obiettivi.
All'esito della procedura aperta alla partecipazione degli stakeholder interni ed esterni e previo parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione, l'Azienda si è dotata del Codice etico Comportamentale 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 etico comportamentale 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 etico comportamentale;
- 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:

- 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;
- 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;
- 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 etico comportamentale.
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 CC.NN.LL.
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.
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.

Norme speciali e transitorie per le professioni sanitarie
L'art. 5, comma 7 del DL 31 dicembre 2025 n. 200 ha disposto la proroga fino al 31 dicembre 2026 del regime transitorio sulle incompatibilità applicabile agli operatori delle professioni sanitarie del comparto sanità.

Ciò comporta che le norme speciali transitorie previste per le professioni sanitarie in base all'art. 1 della **legge 01/02/2006, n. 43 continuano ad applicarsi per tutto il 2026; gli operatori sanitari possono quindi continuare a svolgere attività libero-professionali che, in regime ordinario, sarebbero incompatibili** con l'impiego nel SSN, purché nel rispetto delle condizioni già previste dal regime transitorio in vigore;

L'allegato 9 contiene gli schemi ANAC esplicativi per una corretta applicazione delle disposizioni di cui al decreto legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39.

Disciplina degli incarichi, inconferibilità e incompatibilità (d.lgs. 39/2013)
Il d.lgs. 39/2013 disciplina le condizioni di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico, con l'obiettivo di prevenire conflitti di interessi e assicurare imparzialità e buon andamento dell'amministrazione. Il quadro applicativo è stato oggetto di un significativo aggiornamento da parte dell'ANAC attraverso:

- **Il Piano Nazionale Anticorruzione 2025**, che include gli schemi esplicativi per una corretta applicazione del decreto e aggiorna l'impianto interpretativo generale.
- **La Delibera ANAC n. 464 del 26 novembre 2025**, che ha sostituito e superato la precedente Delibera n. 833/2016, ridefinendo ruoli, flussi e attività di vigilanza interne/esterne.
- Gli interventi normativi del 2024-2025 che hanno modificato gli artt. 4, 7 e 12 del decreto, incidendo in modo diretto sul perimetro delle fattispecie di inconferibilità e incompatibilità.

Inconferibilità degli incarichi

Ambito applicativo:
Sono soggetti alle cause di inconferibilità gli incarichi amministrativi di vertice, tra cui:

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo

In conformità ai Capi III e IV del d.lgs. 39/2013, nonché agli aggiornamenti introdotti dalla Delibera ANAC n. 464/2025, l'incarico non può essere conferito, in via temporanea o permanente, a coloro che:

- Abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'amministrazione, ovvero svolto attività libero-professionale a favore di tali enti (art. 4, come modificato nel 2024-2025, comprensivo delle nuove esclusioni introdotte dal legislatore);
- Siano stati componenti di organi di indirizzo politico, secondo le fattispecie previste dal decreto (con riferimento all'art. 7, la cui disciplina è stata profondamente modificata e successivamente abrogata negli anni 2024-2025);

Effetti dell'inconferibilità

La situazione di inconferibilità:

- **Non è sanabile**
- Comporta la **nullità dell'atto di conferimento**, ai sensi dell'art. 17 d.lgs. 39/2013
- Comporta l'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 18

Qualora le cause di inconferibilità, pur esistenti sin dall'origine, emergano successivamente al conferimento dell'incarico, il RPCT — secondo il modello procedurale definito da ANAC nella Delibera n. 464/2025 — avvia la contestazione nei confronti dell'interessato; al termine del contraddittorio, qualora la causa sia confermata, l'incarico deve essere **obbligatoriamente revocato**.

Incompatibilità degli incarichi
Le fattispecie di incompatibilità, disciplinate nei Capi V e VI del d.lgs. 39/2013, differiscono dalle inconferibilità in quanto **sono sanabili** tramite rinuncia ad uno degli incarichi incompatibili.
A seguito degli aggiornamenti normativi 2024-2025 (art. 12 riformato), sono state introdotte nuove ipotesi di esclusione dall'incompatibilità, in particolare per i **dirigenti di ruolo della stessa amministrazione conferente.**

Obblighi dichiarativi ai sensi dell'art. 20 d.lgs. 39/2013

Gli interessati sono tenuti a presentare una dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità, secondo le procedure aggiornate dal PNA 2025 e dalla Delibera ANAC n. 464/2025. La dichiarazione deve essere resa:

- **Al momento del conferimento dell'incarico**
- **Annualmente**, su richiesta dell'amministrazione
- **Tempestivamente**, in caso di insorgenza di una causa di incompatibilità

Le dichiarazioni sono presentate alla **UOSD Affari Generali – Ufficio Procedimenti Disciplinari**, che:

- Le acquisisce agli atti
- Ne cura la pubblicazione sul sito istituzionale, conformemente agli obblighi di trasparenza
- Effettua i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni secondo il nuovo modello operativo ANAC (che ha superato la metodologia prevista dalla Delibera 833/2016).

Vigilanza interna ed esterna

La Delibera ANAC n. 464/2025 ha chiarito in modo definitivo:

- I poteri di **vigilanza esterna** dell'ANAC (compresa la sospensione dei procedimenti di conferimento);
- Le responsabilità del **RPCT** in materia di vigilanza interna, inclusi flussi informativi, verifiche sugli artt. 4-7-12 e procedure relative all'art. 20;
- Le modalità di coordinamento tra ANAC e amministrazione, in linea con l'impianto del PNA 2025;

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)".** Tale regolamento, innovato nelle Delibere di adozione del PIAO degli anni precedenti, è stato rielaborato alla luce del d.lgs. 24/2023 e della con la **Delibera 66 del 13/01/2026**. Tale regolamento fonda tra i canali di segnalazione anche una piattaforma cui l'Azienda ha aderito con la Delibera 671 del 07.10.2025.
Il **Canale di segnalazione** è accessibile sul sito internet aziendale e nelle pagine Amministrazione trasparente.
L'indirizzo mail precedentemente istituito "whistleblowing@aslroma3.it", non verrà disattivato nell'anno 2026.
Si precisa comunque 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.
Il Gestore del canale di segnalazione per l'anno 2026 è individuato il Dirigente RPCT Dr. Andrea Storri.
In caso di **assenza** dello stesso superiore a giorni 21, o in caso lo stesso si trovi in condizioni di **incompatibilità** assume titolarità nella gestione della segnalazione la **Dr.ssa Ester Battistini**, Direttore ff. della UOC Amministrativa DSM e DP.
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.

Settore controlli sulla Committenza

✓ Le articolazioni aziendali preposte alla verifica della congruità sanitaria sui progetti in essere presso le Strutture accreditate che erogano prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, devono svolgere la loro attività con cadenza mensile rendicontando alla UOC Accreditamento e Vigilanza Controllo Strutture Sanitarie ed alla UOC Controllo di Gestione;
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.

✓ Monitoraggio della corretta gestione dei cartellini presenze e dei recuperi economici per mancato assolvimento del debito orario. Trimestralmente si procede a campione della verifica dei cartellini lavorati, monitorando la corretta presenza dei giustificativi, la gestione delle omesse timbrature, la gestione dei recuperi economici per mancato assolvimento del debito orario. Il Direttore della UOC Risorse Umane nomina annualmente entro il 28/02 apposita commissione, composta di tre persone, di cui una afferente l'UOC Risorse Umane e le altre due di categoria D con formazione in ambito giuridico, che redige puntuale verbale dei controlli svolti da trasmettere all'Ufficio dell'RPCT e al Direttore Amministrativo.

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, l'Azienda monitora a cadenza periodica, comunque non inferiore al trimestre, la **Piattaforma Unica della Trasparenza** e la sua **dashboard**, messa a disposizione da ANAC.

Il Dirigente RPCT, nella relazione semestrale al Direttore Generale, riporta anche lo stato di raggiungimento degli obbiettivi di trasparenza presenti sulla **Piattaforma Unica della 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 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).
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. 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. 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, nell'allegato **"Griglia della trasparenza"** le strutture responsabili di ogni pubblicazione (elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati, monitoraggio sull'attuazione degli obblighi).

Di seguito si riporta la tabella degli accessi internet al Sito aziendale e alla sezione Amministrazione trasparente, con le indicazioni delle principali pagine visitate.

Anno 2025	Visualizzazioni	Utenti attivi
Totale sito aziendale	1.914.466	490.07
Totale amm trasparente	48.774	22.551
percentuale su totale sito	2,55% del totale	4,6% del totale

Descrizione pagine	Utenti attivi	Visualizzazioni per utente attivo
amministrazione-trasparente	8.224 (16,86%)	3.959 (17,56%)
strutture-sanitarie-private-accreditate	5.799 (11,89%)	4.244 (18,82%)
liste-attesa-new	5.590 (11,46%)	4.164 (18,46%)
personale dirigenti curriculum-vitae-dirigenti	3.709 (7,6%)	2.572 (11,41%)
bandi-di-gara-e-contratti gestione-bandi	3.295 (6,76%)	1.335 (5,92%)
bandi-di-gara-e-contratti	2.969 (6,09%)	1.566 (6,94%)
organizzazione telefono-e-posta-elettronica	2.846 (5,84%)	2.193 (9,72%)
bandi-di-concorso	2.664 (5,46%)	1.644 (7,29%)
personale	1.913 (3,92%)	982 (4,35%)
personale dirigenti	961 (1,97%)	465 (2,06%)
consulenti-e-collaboratori curriculum-vitae-consulenti-e-collaboratori-2	872 (1,79%)	660 (2,93%)
disposizioni-generali atti-generali	851 (1,74%)	529 (2,35%)
esiti-di-gara	700 (1,44%)	488 (2,16%)
organizzazione organi-in-indirizzo-politico-amministrativo elenco-direttori-curriculum	591 (1,21%)	446 (1,98%)
personale posizioni-organizzative	481 (0,99%)	337 (1,49%)
personale dirigenti curriculum-vitae-dirigenti-cessati	475 (0,97%)	362 (1,61%)

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

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;
- Pealizzare 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 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.

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

Con deliberazione n. 1019 del 30/12/25, l'Azienda ha approvato l'Atto Aziendale in vigore, adottato con DGR Regione Lazio n. 7 del 22/01/26 e pubblicato sul BURL n. 8 supplemento n. 1 del 27/01/26.
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 (Allegato 8).

Riferimenti normativi

Il lavoro agile (o smart working) è una modalità di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato introdotta per incrementare la produttività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.
Disciplinato dalla Legge n. 81/2017 e successivamente aggiornato dal D.L. n. 73/2022 (convertito in Legge n. 122/2022), il lavoro agile si basa su un accordo tra le parti. Tale modalità prevede un'organizzazione per fasi, cicli e obiettivi, senza rigidi vincoli di orario o di luogo, seppur nel rispetto dei limiti massimi di orario derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.
Dopo la forte spinta derivante dall'emergenza pandemica, il lavoro agile è stato meglio regolamentato dai CC.CC.NN.LL. vigenti che oggi lo disciplinano dettagliatamente oltre che dallo specifico Regolamento aziendale.

Discipline e misure organizzative

Il lavoratore agile ha diritto allo stesso trattamento economico e normativo dei colleghi in sede nonché alle tutele in materia di sicurezza e infortuni sul lavoro, comprese quelle INAIL.
L'accesso al lavoro agile è consentito a tutti i dipendenti, fatti salvi i diritti di priorità sanciti dalla normativa vigente (art. 18, comma 3-bis, Legge 81/2017) e previa verifica di compatibilità con le esigenze di servizio e la tipologia di attività svolta. A titolo esemplificativo, deve essere garantita la presenza fisica del personale addetto allo sportello, al ricevimento utenti e all'erogazione di servizi diretti.
L'Azienda individua, attraverso i Direttori e i Dirigenti, le attività compatibili con lo smart working, escludendo quelle soggette a turnazione o che richiedono strumentazione/documentazione non digitalizzabile.
In tale ottica, l'obiettivo primario della ASL Roma 3 è conciliare il benessere e la flessibilità dei lavoratori con la massima efficienza del servizio pubblico. Parallelamente, i lavoratori sono tenuti a garantire, nell'esercizio delle loro funzioni, gli stessi livelli prestazionali che verrebbero assicurati in presenza.
Il personale autorizzato deve garantire la prevalenza della prestazione lavorativa in presenza, calcolata su base giornaliera. Nello specifico, per esecuzione «prevalentemente in presenza» si intende un numero di giornate lavorative in sede (settimanali o mensili, in base all'accordo) superiore a quelle svolte in modalità agile.
Le giornate che prevedono il rientro pomeridiano devono essere svolte, preferibilmente, in presenza.
Il principio della prevalenza ha portata generale e si applica anche ai contratti di lavoro flessibile (es. part-time). Ai fini del calcolo della prevalenza, non si tiene conto di ferie, permessi, assenze per malattia o congedi.

Presupposti e condizioni per lo svolgimentro dell'attività in modalità agile

La presente sezione regolamenta 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:

- La prestazione lavorativa può essere eseguita in modalità agile quando è possibile dislocare anche parzialmente l'attività lavorativa richiesta al dipendente, senza che sia necessaria la sede di lavoro, senza ripercussioni in termini di efficienza, efficacia o modificazioni significative del servizio;
- La prestazione lavorativa dev'essere eseguita in parte presso i locali dell'Azienda ed in parte all'esterno (smart working), senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivante dai contratti collettivi di riferimento;

la prestazione in smart working dev'essere resa mediante l'uso di strumenti tecnologici necessari all'espletamento dell'attività lavorativa;

- Ove necessario, per la tipologia di attività svolta e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, il dipendente comunica all'Azienda i luoghi ove è possibile svolgere la prestazione lavorativa smart working.
- Il dipendente è tenuto ad attenersi al "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica" e a custodire, nel rispetto della normativa vigente, la documentazione e i dati trattati per il lavoro agile, nonché ad operare secondo le regole di sicurezza informatica e di tutela delle informazioni (in ottemperanza al G.D.P.R. 679/2016).

La prestazione lavorativa può essere eseguita in modalità agile quando sussistano le seguenti condizioni:

- Il dipendente è dotato di autonomia operativa ed ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati;
- Il Dirigente/Responsabile di riferimento monitora e valuta i risultati delle attività assegnate al dipendente che opera in modo autonomo nell'ambito degli obiettivi programmati, anche in funzione della valutazione della Performance;
- L'Azienda si impegna a concedere ai lavoratori la possibilità di lavorare in modalità agile compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive aziendali;
- I Dirigenti/Responsabili dovranno valutare ed evidenziare, nell'ambito del proprio settore, i casi in cui la prestazione di lavoro non può essere svolta in modalità agile.

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 smart-working il dipendente ha diritto, ove ne ricorrano i relativi presupposti, di fruire dei medesimi istituti previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992.
In tali giornate, tuttavia, non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato o lavoro svolto in condizioni di rischio.
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. 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.

Smart-Working per i lavoratori fragili

In linea con la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023, il lavoro agile è inteso quale volano di flessibilità orientato alla produttività e alle esigenze dei lavoratori. La stessa Direttiva sensibilizza la dirigenza delle PP.AA. a un utilizzo degli strumenti negoziali già previsti per salvaguardare i soggetti più esposti a rischi per la salute. Pertanto, al fine di tutelare i dipendenti che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali o familiari, questa Amministrazione consente lo svolgimento della prestazione in modalità agile anche in deroga al criterio della prevalenza del lavoro in presenza.

Tale modalità è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale e, per i lavoratori cosiddetti "fragili", previa acquisizione di apposite prescrizioni del Medico Competente che ne certifichino la necessità ai fini della suddetta deroga, nel rispetto dell'art. 18 della Legge n. 81/2017, dei CCNL di riferimento e del Regolamento Aziendale.
In virtù di ciò, nell'ambito dell'organizzazione della Asl Roma 3, i lavoratori fragili che ritengono di dover usufruire della modalità agile di prestazione lavorativa, in deroga al criterio di prevalenza in sede, 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 dovrà, conseguentemente, sottoscrivere con il Direttore l'accordo individuale redatto sulla base di un modello predisposto dall'Azienda e allegato al Regolamento aziendale.
Il dipendente sarà sottoposto a visita medica, da parte del medico competente aziendale, con cadenza trimestrale o semestrale.
I dipendenti che beneficiano dell'estensione dei giorni sono tenuti a comunicare tempestivamente ogni mutamento della situazione di salute, personale o familiare o di ogni altra condizione che abbia consentito lo svolgimento della prestazione in smart working, al fine di permettere al dirigente di valutare una modifica dell'accordo individuale.

Accesso al lavorto agile

L'adesione al lavoro agile avviene su base volontaria. Il dipendente che intende avvalersi dello smart working deve preventivamente presentare formale richiesta tramite l'apposito modulo (Allegato A del Regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile (smart working) – Richiesta attivazione lavoro agile). A seguito dell'attivazione/autorizzazione si procede con la stipula di un accordo individuale tra il dipendente ed il proprio Dirigente o Responsabile di struttura per definire termini e modalità della prestazione (Allegati B,C,D in base al CCNL di riferimento a secondo del CCNL di riferimento del Regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile (smart working) – Accordo individuale). Le informative sulla privacy relative allo svolgimento dell'attività in modalità agile sono consultabili nell'Allegato E del Regolamento.
Nell'accordo dovranno essere indicati:

- La durata dell'accordo;
- Le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- Le modalità di recesso;
- Le ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- La fascia di contattabilità;

i tempi di riposo del lavoratore, che comunque non dovranno essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza, nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;

- Le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della Legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- L'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione;
- Gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile in coerenza con le competenze attribuite alla struttura di assegnazione;
- Gli strumenti tecnologici ed informatici eventualmente forniti dall'Azienda;
- 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).

Adozione strumenti tecnologici per garantire la diffusione e l'utilizzo di forme di lavoro agile

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

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

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

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

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

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

Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano dei Fabbisogni del Personale (PTFP) rappresenta lo strumento programmatico gestionale di natura dinamica nell'ambito del budget di spesa predefinito, di previsione dei fabbisogni di risorse umane, sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

Il fabbisogno è definibile come il numero delle unità e dei 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 2025-2027 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.

L'elaborazione del presente Piano 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, nonché alle azioni di intervento che sono state attuate per il Giubileo Ordinario del 2025.

In risposta agli emergenti bisogni di salute e alle nuove esigenze organizzative presenti sul territorio, dettate dalla trasformazione demografica, epidemiologica e sociale, inoltre, questa Azienda sta introducendo il modello organizzativo delle Casa di Comunità (CdC), in adempimento alle "Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle case di comunità" (Deliberazione Giunta Regione Lazio del 18.12.2025 n. 1264).

In tale contesto il presente aggiornamento al Piano dei Fabbisogni, la cui sintesi è rappresentata nella tabella seguente, viene redatto tenendo altresì conto del personale da destinare a tale scopo al fine di garantire un'efficace attuazione delle Case di Comunità sul territorio della Asl Roma 3.

Fabbisogno 2026-2028	Ospedale	Territorio DM 77	DSM	Prevenzione	Totale
ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE	29	2			31
CHIRURGIA GENERALE	5	1			6
CHIRURGIA VASCOLARE		8			8
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA		5			5
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	3				3
EMATOLOGIA	2	1			3
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO		7			7
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA			1		1
GASTROENTEROLOGIA	4	5			9

Fabbisogno 2026-2028	Ospedale	Territorio DM 77	DSM	Prevenzione	Totale
GERIATRIA		5			5
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	2	1			3
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA		7		12	19
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	14	9			23
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		6			6
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI				1	1
MEDICINA DEL LAVORO				2	2
MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO FISICO		2			2
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	18				18
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	3	10			13
MEDICINA INTERNA	5	7			12
MEDICINA LEGALE		4			4
NEFROLOGIA	2	3			5
NEUROLOGIA	7	4			11
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			2		2
ONCOLOGIA MEDICA	4	3		1	8
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE		14			14
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	1			15
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	2				2
PEDIATRIA	11				11
PSICHIATRIA			16		16
RADIODIAGNOSTICA	23	14			37
REUMATOLOGIA		7			7
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE		2			2

Fabbisogno 2026-2028	Ospedale	Territorio DM 77	DSM	Prevenzione	Totale
STATISTICA SANITARIA E BIOMETRIA		2			2
UROLOGIA	7	2			9
VETERINARIO				6 (2 area A, 2 area B, 2 area C)	6
FARMACISTA		2			2
BIOLOGO	2	2		1	5
CHIMICO				1	1
FISICO		1			1
PSICOLOGO		3	21		24
INGEGNERE		2		1	3
STATISTICO				1	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO		4	1	1	6
COLL.PROF.SAN. INFERMIERE	159	250	30	12	451
COLL.PROF.SAN. OSTETRICA	16	8			24
COLL.PROF.SAN. ASSISTENTE SANITARIO	2				2
COLL.PROF.SAN. TECNICO AUDIOMETRISTA		2			2
COLL.PROF.SAN. TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOL. E		2			2
COLL.PROF.SAN. TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA		4			4

Fabbisogno 2026-2028	Ospedale	Territorio DM 77	DSM	Prevenzione	Totale
COLL.PROF.SAN. TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	8				8
COLL.PROF.SAN. TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	19				19
COLL.PROF.SAN. EDUCATORE PROFESSIONALE		8	10		18
COLL.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA	4	6			10
COLL.PROF.SAN. ORTOTTISTA - ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	2				2
COLL.PROF.SAN. TECNICO DELL'EDUCAZIONE E RIABILIT. PSICHIATRICA E	4		14		18
COLL.PROF.SAN. TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI				9	9
ASSISTENTE SOCIALE		11	4		15
ASSISTENTE TECNICO		2			2
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE		3			3
OPERATORE TECNICO	4			2	6
OSS - (OPERATORE SOCIO SANITARIO)		29	3		32
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO		18	1	13	32
COADIUTORE AMMINISTRATIVO		6			6
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE		32	1	1	34
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE		2			2
TOTALE	**375**	**529**	**104**	**64**	**1072**

Piano delle azioni positive e Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la lavorazione del benessere di chi lavora e contrro 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 27.01.2024, è di seguito riportato:

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

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.

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.

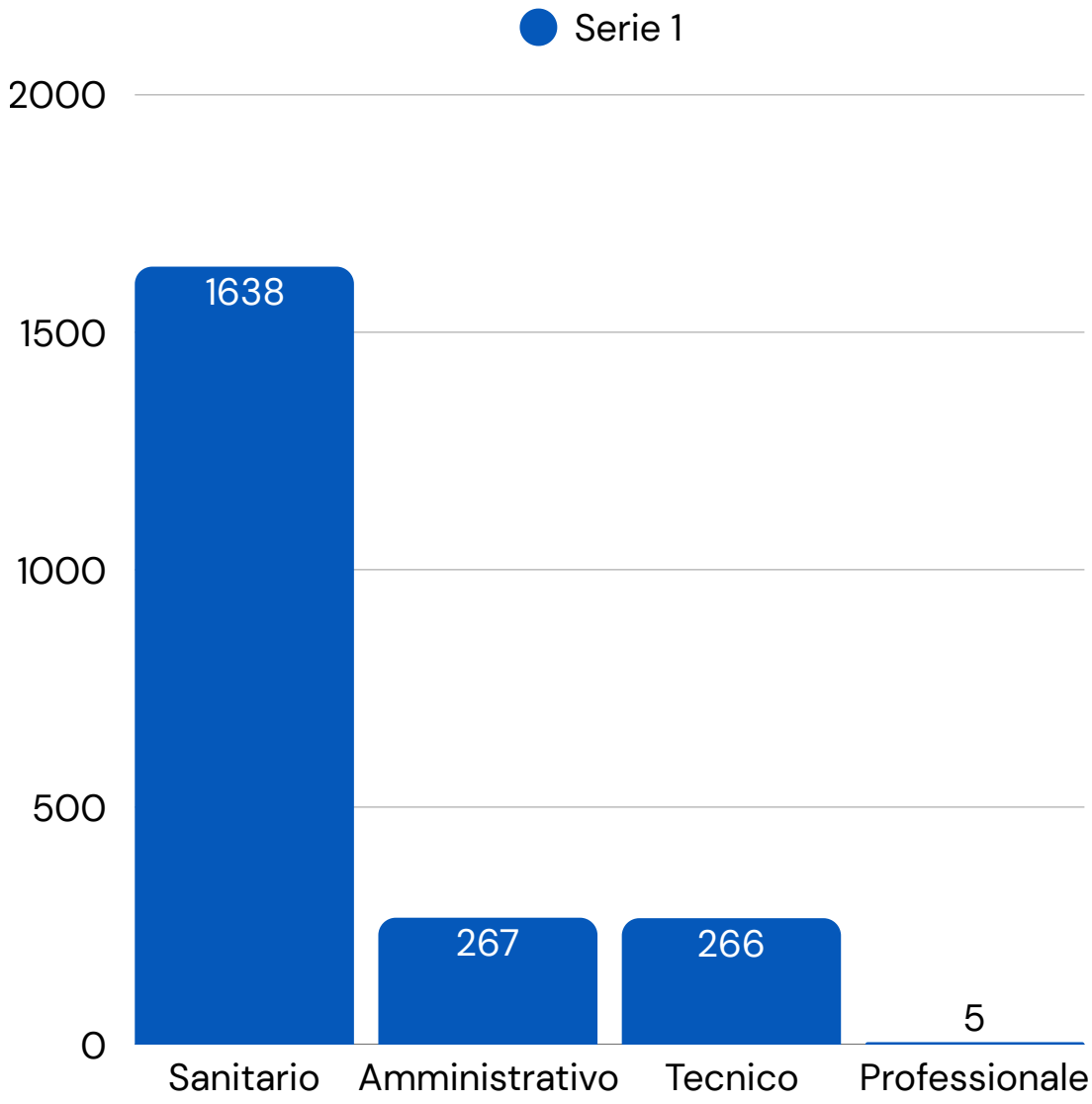
Situazione del personale aziendale* Relazione CUG del 2023 dati del 2022

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	
SANITARIO	TOT 1.638
AMMINISTRATIVO	TOT 267
TECNICO	TOT 266
PROFESSIONALE	TOT 5

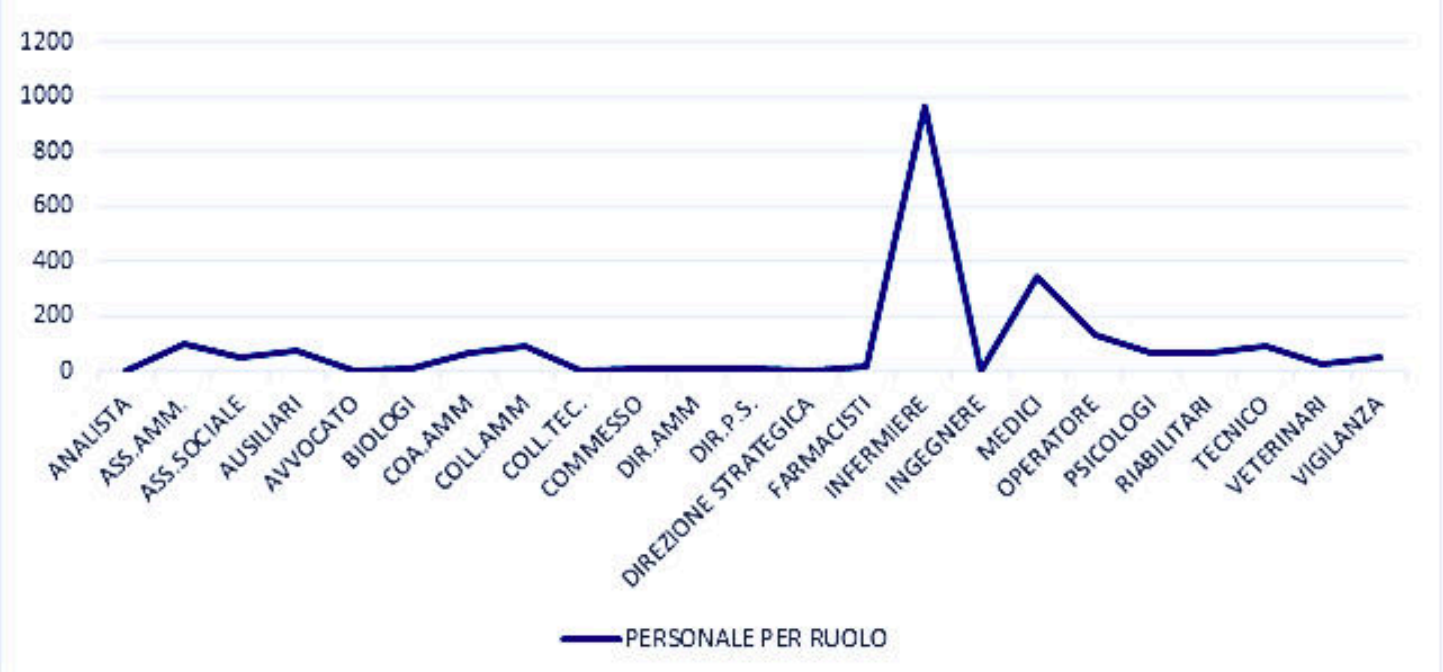
PERSONALE AZIENDALE PER RUOLI



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

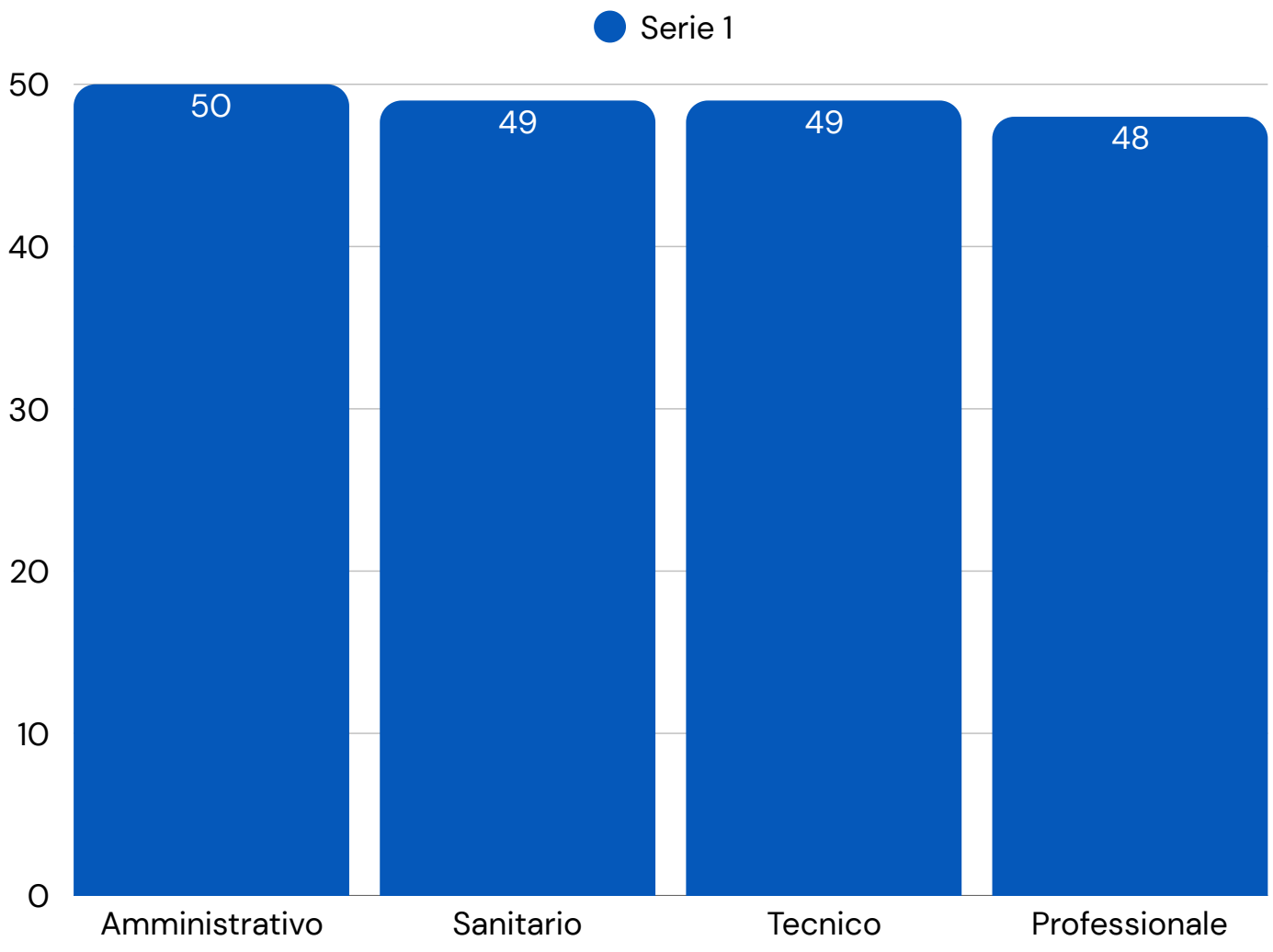
SITUAZIONE PERSONALE PER GENERE			
		F	M
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	184	72
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	0
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	898	275
COMPARTO	RUOLO TECNICO	156	106
TOTALE COMPARTO		1238	453
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	203	165
DIRIGENZA SANITARIA	RUOLO SANITARIO	71	26
DIRIGENZA PTA	RUOLO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

PERSONALE PER RUOLO

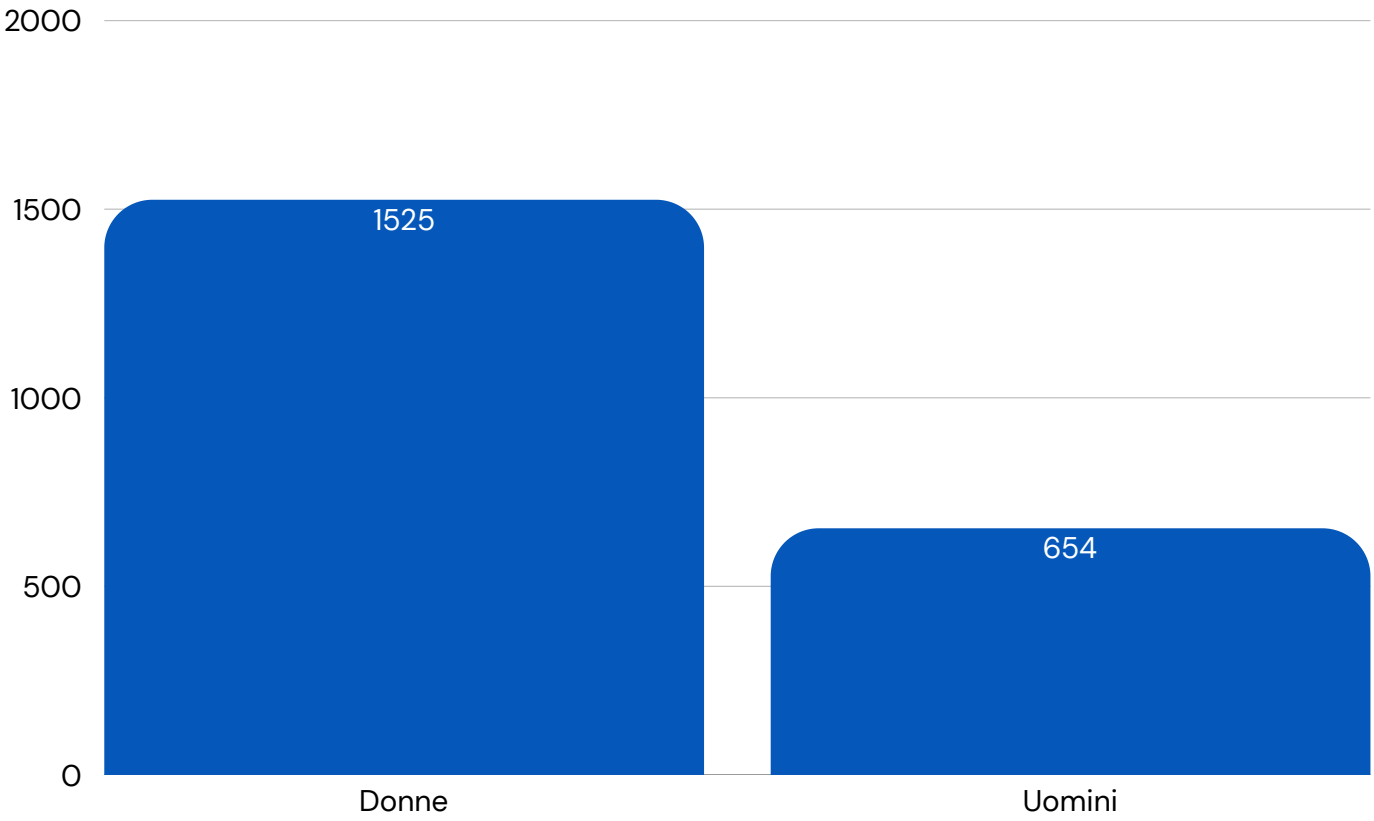


PERSONALE AZIENDALE	
RUOLI	ETA' MEDIA
SANITARIO	49
AMMINISTRATIVO	50
TECNICO	49
PROFESSIONALE	48

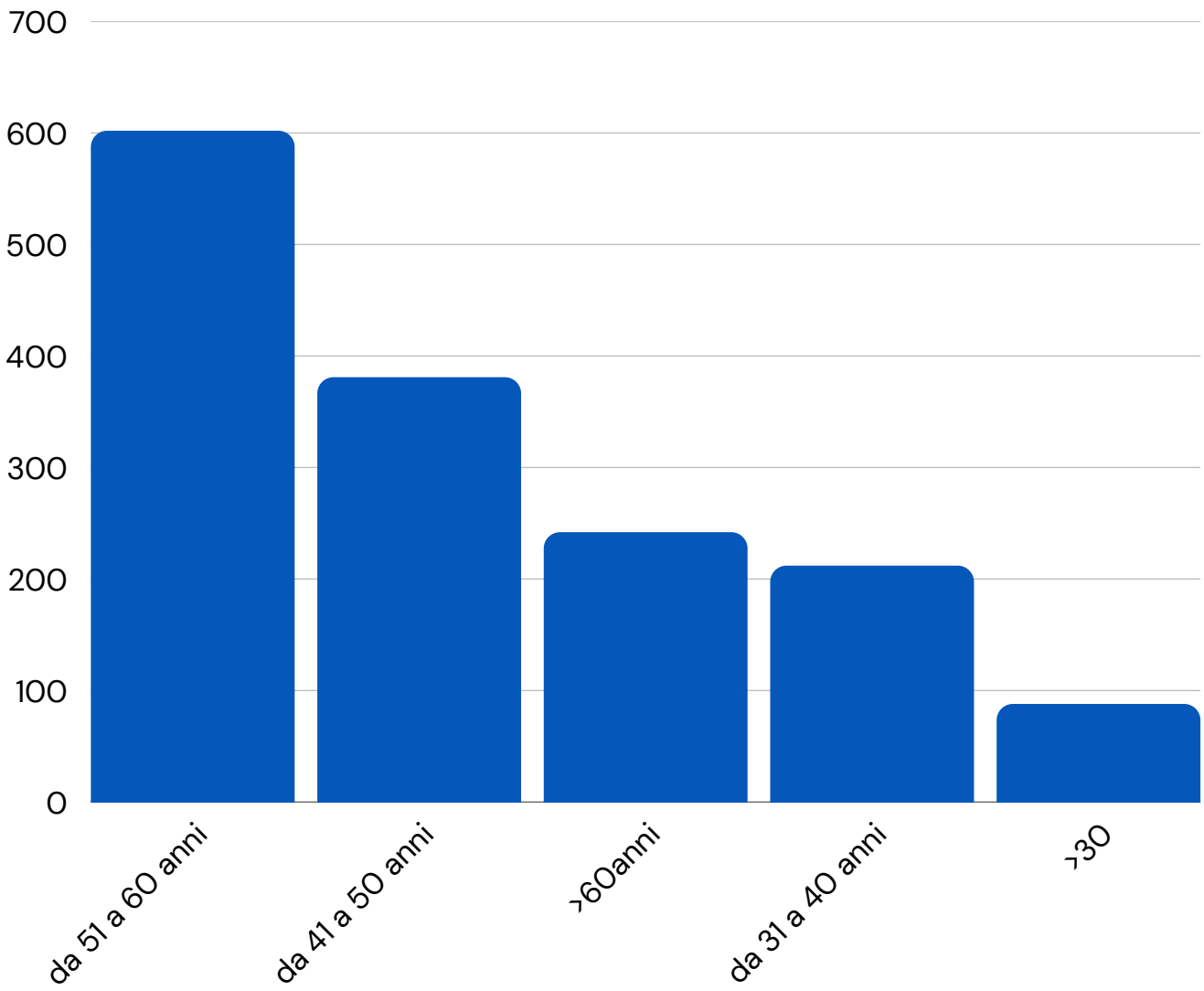
ETA' MEDIA



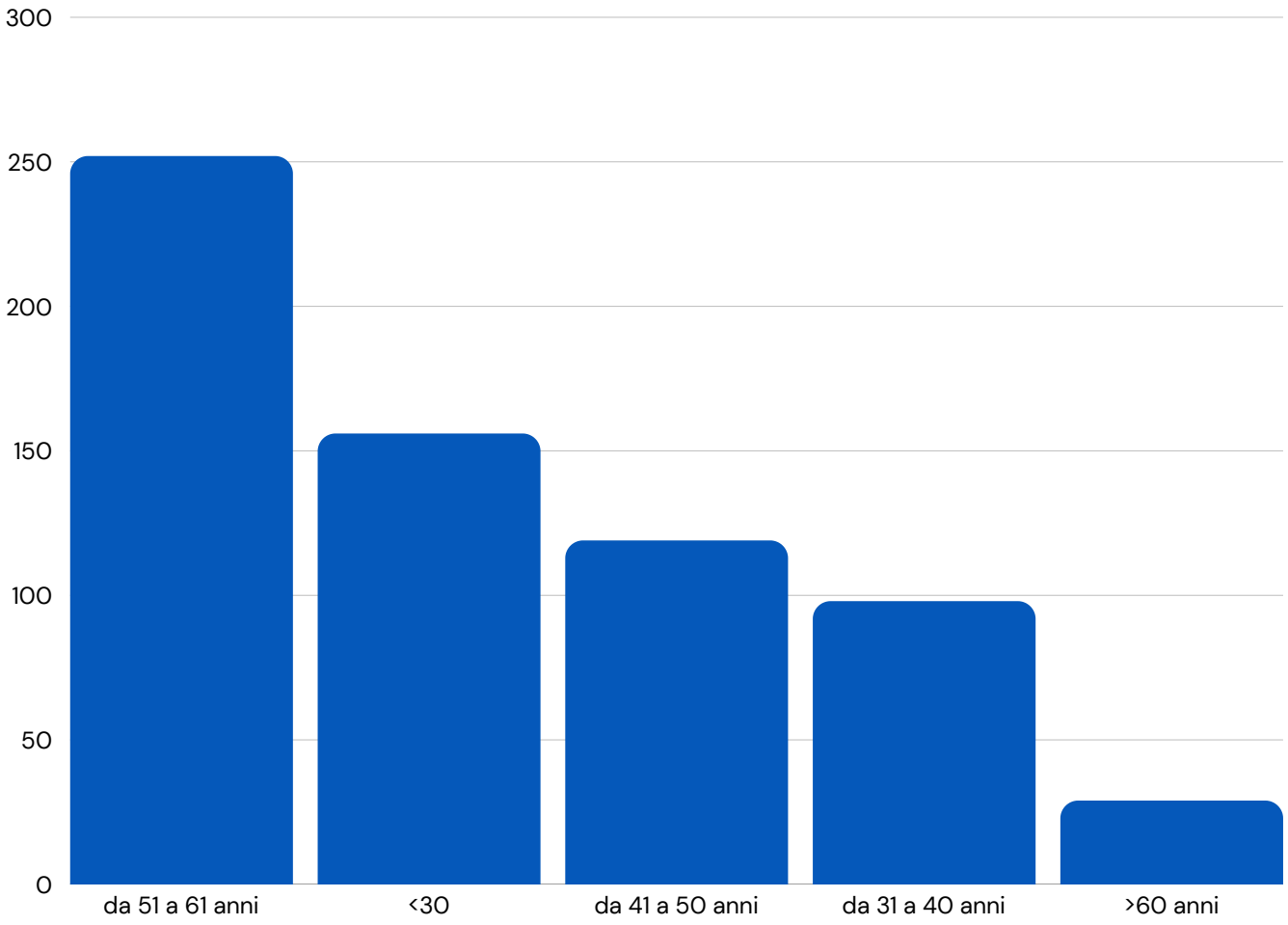
PERSONALE PER SESSO



DONNE PER CLASSI DI ETÀ



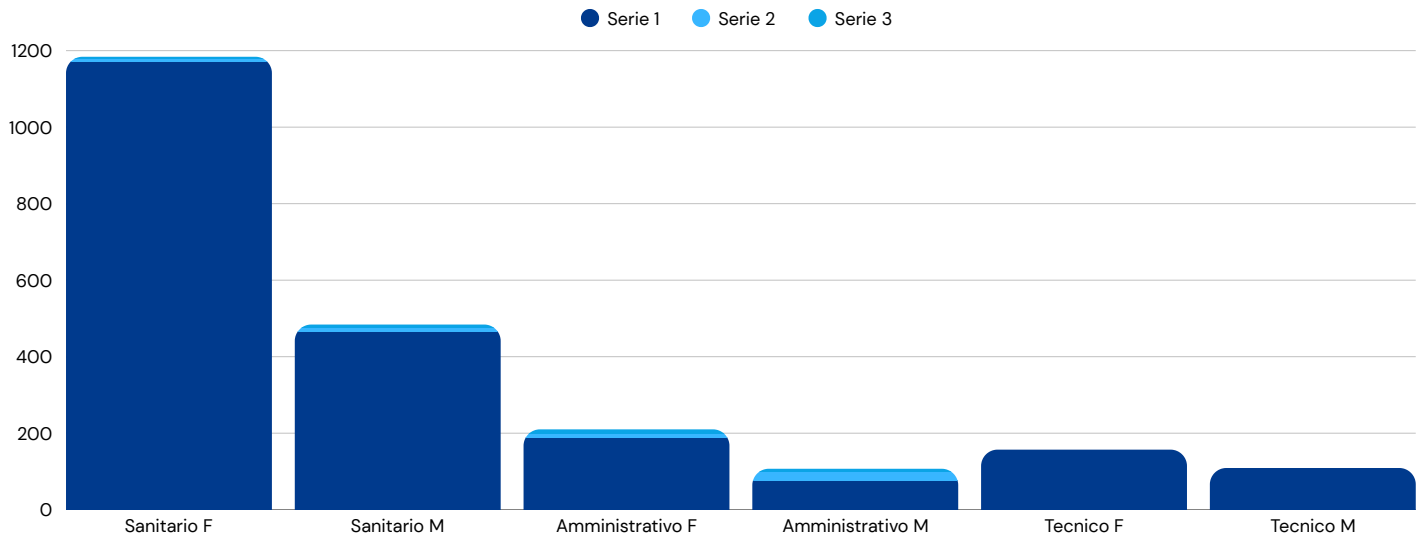
UOMINI PER CLASSI DI ETÀ

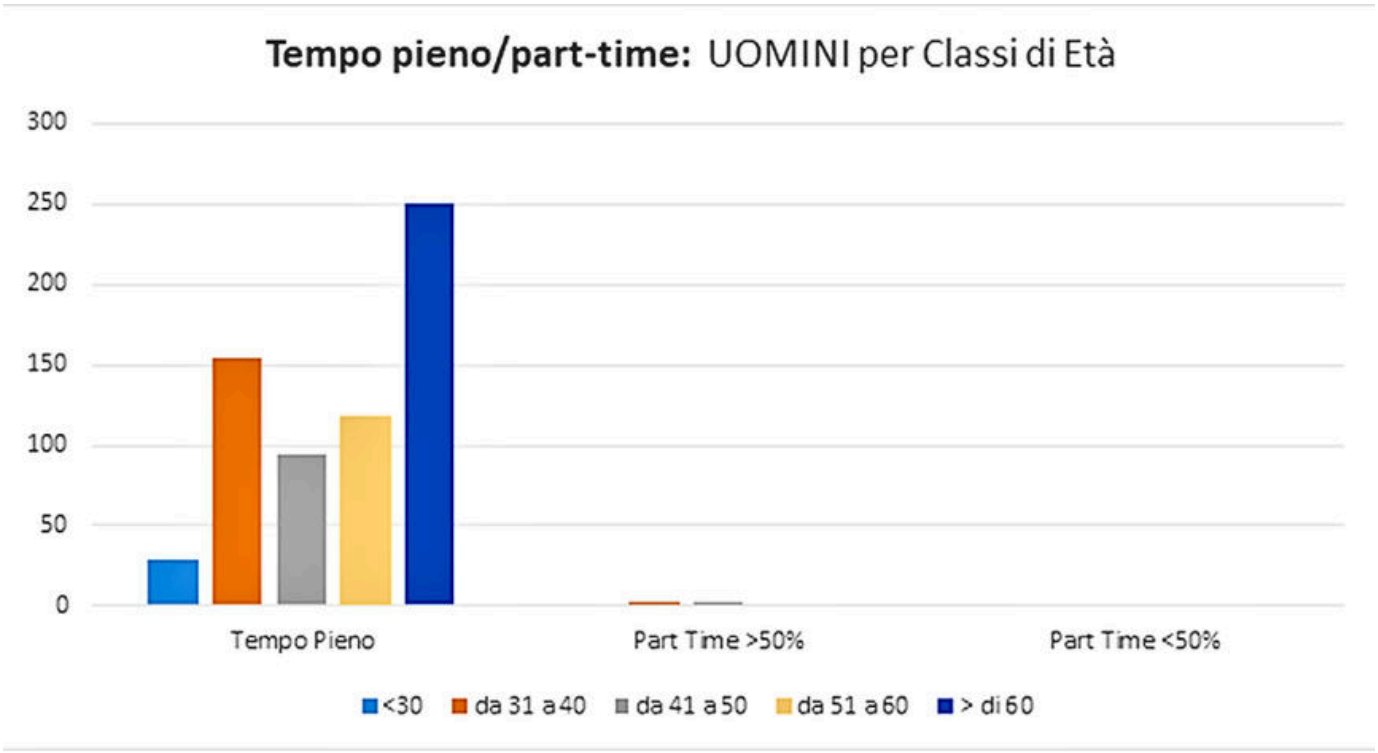


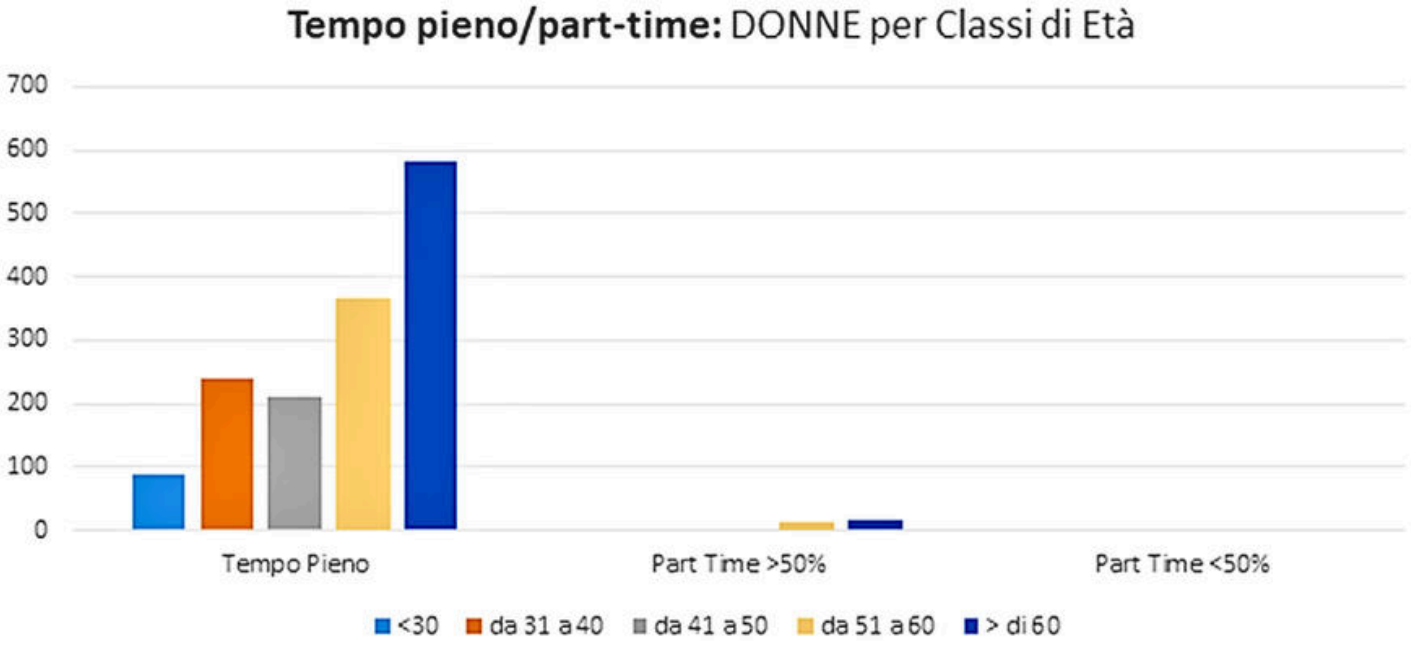
PERSONALE PER CLASSI DI ETA’

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

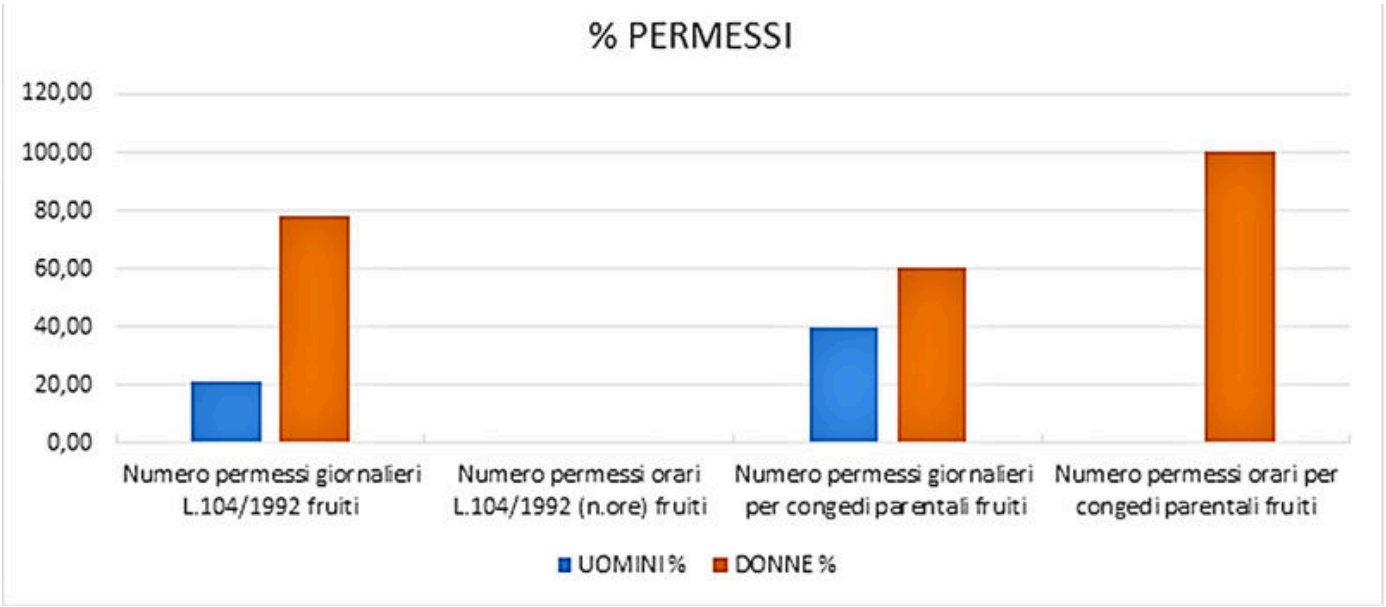
PERSONALE AZIENDALE PER RUOLI E SESSO




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

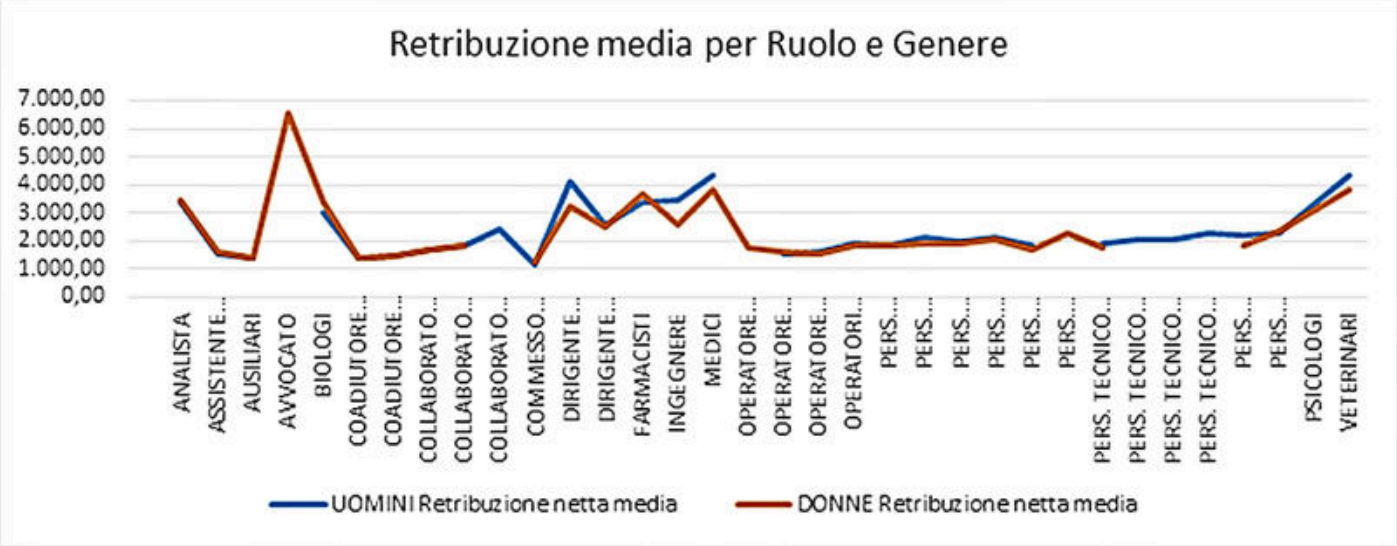

Tempo pieno/part-time: DONNE per Classi di Età
700
600
500
400
300
200
100
0
Tempo Pieno
Part Time >50%
Part Time <50%
<30
da 31 a 40
da 41 a 50
da 51 a 60
> di 60

	UOMINI %	DONNE %	Valori	%
			assoluti	
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	2,150	7,850	11.535,00	10,000
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	0	0	0	0
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	3,970	6,030	6.246,50	10,000
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	0	10,000	700	10,000



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*

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.

INIZIATIVE

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.

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 4 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" da parte della UOC Sviluppo organizzativo e della "competence" individuale;

- **Iniziativa 1.2.4:** 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.

- **Iniziativa1.2.6** valutazione del benessere organizzativo da parte della UOC Sviluppo organizzativo e della Competence individuale in tutti i servizi di un dipartimento aziendale e attivazione dei Focus group ove necessario.

- **Iniziativa1.2.7** Somministrazione di un questionario anonimo sul benessere organizzativo, da inviare a tutto il personale con compilazione anonima in modalità mista, cartacea e e telematica. A cura del CUG e UOC Sistemi ICT.

- **Iniziativa 1.2.8:** Predisposizione del Codice di condotta per l'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro a cura del CUG in collaborazione con UOSD Affari Generali

- **Iniziativa 1.2.10** Individuazione della figura della Consigliera di fiducia a supporto delle attività del CUG e dello Sportello di ascolto.

- **Iniziativa 1.2.11:** Organizzazione di giornate formative per l'Accoglienza dei nuovi assunti a cura della UOS Formazione e UOC Risorse umane.

- **Iniziativa 1.2.12** predisposizione di un percorso di alta formazione o master per un numero di dipendenti per la copertura aziendale per la funzione di disability manager. UOS Formazione

SPORTELLO D'ASCOLTO E DIALOGO DEI LAVORATORI ASL ROMA 3

Il benessere lavorativo 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 i seguenti:

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

L'ambulatorio è rivolto a tutto il personale della Asl Roma 3.

PER APPUNTAMENTO CONTATTARE IL NUMERO
333 6107847

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, con pubblicazione ad aggiornamento delle informazioni nella pagina Home della intranet aziendale:
- Teatri: nel corso del 2024 si è proceduto all'azione attiva di stipula di convenzioni, con i seguenti teatri:
- Ambra Jovinelli
- Olimpico
- Auditorium Parco della Musica.

Nel corso del 2025 si provvederà ad estendere l'azione attiva nei confronti di altri teatri e di ulteriori esercizi commerciali quali, ad esempio, palestre, centri benessere, scuole.

- **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.

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 BENESSERE 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 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 di Prevenzione e Protezione Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	-	X	X

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
	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

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
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

MONITORAGGIO

A) Monitoraggio relativo all'accessibilità 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 e 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: Griglia della trasparenza
- ALLEGATO 3: Codice etico comportamentale
- ALLEGATO 4: regolamento per la tutrela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (WHISTLEBLOWING)
- ALLEGATO 5: Patto d'integrità
- ALLEGATO 6: regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile (SMART-WORKING)
- ALLEGATO 7: Linee guida per i lavoratori in smart-working
- ALLEGATO 8: Organigramma
- ALLEGATO 9: Piano Formazione Aziendale 2025-2026
- ALLEGATO 10: Elenco obiettivi assegnati

*Documento aggiornato al 26 marzo 2026

Allegato 1

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI
U.O.C. SISTEMI I.C.T.
,,,

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

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

6.4. Divieti di manomissione dei sistemi di sicurezza ---- 14

6.5. Diritto d'autore ---- 14

7. SEZIONE VII – POSTA ELETTRONICA ---- 15

7.1. La Posta Elettronica ---- 15

7.2. Divieti espressi ---- 16

7.3. Posta Elettronica in caso di assenze o cessazione ---- 16

8. SEZIONE VIII – USO DI ALTRI DEVICE (PERSONAL COMPUTER PORTATILE, TABLET, CELLULARE, SMARTPHONE ED ALTRI DISPOSITIVI ELETTRONICI) ---- 17

8.1. L'utilizzo del notebook, tablet o smartphone. ---- 17

8.2. Memorie esterne (chiavi usb, hard disk, memory card, cd-rom, dvd, ecc.) ---- 17

8.3. Device personali ---- 18

8.4. Distruzione dei Device ---- 18

9. SEZIONE IX – SISTEMI IN CLOUD ---- 18

10. SEZIONE X – VPN ---- 18

11. SEZIONE XI – APPLICAZIONE E CONTROLLO ---- 19

11.1. Il controllo ---- 19

11.2. Modalità di verifica ---- 19

11.3. Modalità di conservazione ---- 20

12. SEZIONE XII – VALIDITÀ E PUBBLICAZIONE ---- 20

12.1. Validità ---- 20

12.2. Pubblicazione ---- 20

1.1. Definizioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Campo di applicazione

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

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

1.4. Utilizzo dei dispositivi aziendali

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

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

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

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

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

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

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

1.5. Titolarità dei device e dei dati

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

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

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

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

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

1.6. Restituzione dei device

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

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

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

1.7. Esclusione all'uso degli strumenti informatici

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

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

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

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

2. SEZIONE II – Credenziali

2.1. Le credenziali di autenticazione

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

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

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

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

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

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

2.2. Le password

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Regole per la corretta gestione delle password

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Login e Logout

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

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

3.2. Obblighi

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

L'incaricato deve eseguire le operazioni seguenti:

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

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

4. SEZIONE IV – Uso dei dispositivi dell'Azienda

4.1. Modalità d'uso del computer aziendale

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

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,

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.

8.3. Device personali

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

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

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

8.4. Distruzione dei Device

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

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

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

9. SEZIONE IX – Sistemi in cloud

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

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

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

10. SEZIONE X – VPN

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

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

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

- reperibilità tecnica
- firma atti (dirigenti apicali)

- attività sanitarie effettuabili a distanza specificamente autorizzate dal Direttore Sanitario

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

11. SEZIONE XI – Applicazione e controllo

11.1. Il controllo

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

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

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

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

11.2. Modalità di verifica

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

I file di log contengono tipicamente:

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

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

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

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

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

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.

GRIGLIA DELLA TRASPARENZA

Allegato n.2

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (*link* alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Rtpc	Trasparenza
	Atti generali	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi *link* alle norme di legge statale pubblicate 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, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse			
		Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
		Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
		Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti	Tempestivo	Rtpc	Trasparenza

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013			
Organizzazione			Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				Tempestivo		

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	(ex art. 8, d.lgs. n.	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				33/2013)		
	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB è necessario limitare con accorgimenti a cura dell'interessato o dell'amministrazione la pubblicazione di dati sensibili	Entro 3 mesi dall'elezione dalla conferma o dal conferimento 'incarico		
				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				Nessuno (va		

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
				presentata una	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
				sola volta entro 3		
		Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi	mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e		
			consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al	resta pubblicata		
			momento dell'assunzione dell'incarico]	fino alla		
				cessazione		
				dell'incarico o del		
				mandato).		
			4) attestazione concernente le variazioni della			

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			situazione patrimoniale intervenute		UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando	Annuale		
			eventualmente evidenza del mancato consenso)]			
			Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Curriculum vitae	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			compensi a qualsiasi titolo corrisposti			
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza	Nessuno		

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			pubblica e indicazione dei		UOC Risorse Uman e	UOC Risorse Umane
			compensi spettanti			
					UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per			
		Cessati dall'incarico	il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi	Nessuno		
		(documentazione da pubblicare	consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è			
		sul sito web)	necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della			
			amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)			
			3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)			
			4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali-UPD	UOSD Affari Generali-UPD

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica			
		Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Articolazione degli uffici	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Sistemi ICT	UOC Sistemi ICT

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali			
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane
			Per ciascun titolare di incarico:			
			1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			2) dati relativi 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane
			3) compensi 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)	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane
			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 UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Umane UOS Formazione UOSD Affari Generali Ufficio Legale
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC Risorse Umane	UOSD Affari Generali

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			dell'assunzione dell'incarico]			
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (entro il 30 marzo) - Aggiornamento del dato al momento del riconoscimento della retribuzione di risultato	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Per ciascun titolare di incarico:			
			Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
Personale			attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia	Annuale	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]			
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica, nonché gli importi derivanti da attività intramoenia	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
		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	UOC Risorse Umane
		Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Dirigenti cessati	Dirigenti cessati dal rapporto di	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	durata dell'incarico o del mandato elettivo			
			Curriculum vitae	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali-UPD	UOSD Affari Generali-UPD

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica			
	Posizioni organizzative	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Dotazione organica	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
		Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			gli organi di indirizzo politico			
	Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
		Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta 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	Tassi di assenza trimestrali (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)	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun 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

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Contrattazione collettiva	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)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Contrattazione integrativa	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)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
		Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa 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)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	OIV	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
			Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali	UOSD Affari Generali
			Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
Bandi di concorso		Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	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	Piano della Performance/ Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOS Controllo Di Gestione	UOS 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)	UOS Controllo Di Gestione	UOS Controllo di Gestione
	Ammontare complessi	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla	Tempestivo (ex art. 8,	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	vo dei premi	(da pubblicare in tabelle)	performance stanziati	d.lgs. n. 33/2013)		
			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Dati relativi ai premi	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			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)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane
	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	**Per ciascuna tipologia di procedimento:**			
			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
			2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio- assenso dell'amministrazione			
			8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			9) *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
			10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento			
			11) 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
			Per i procedimenti ad istanza di parte:			
			1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP
			2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti gli assetti aziendali	URP

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			presentare le istanze			
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni 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
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); 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	Tutti gli assetti aziendali

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); 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	Tutti gli assetti aziendali
Bandi di Gara e Contratti						
			Avviso preinformazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013;	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	Art. 37, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Approvvigionamenti

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
					UOC Farmacia Osped.	
			Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 122 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 124 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			Avvisi, bandi e inviti per appalti di lavori nei settori speciali	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 206 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
	fase		**Bandi di Gara e Contratti**	**Aggiornamento**		
			Avvisi, bandi e inviti per appalti di forniture e servizi nei settori speciali	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 206 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
			Avviso sui risultati di affidamento	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 65 e 66 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Bandi di gara e contratti		Avvisi periodici indicativi e avvisi sull'esistenza di qualificazione di un settore speciale	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, artt. 66 e 223 del dlgs.n. 163/2006	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti
		Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	UOC Sistemi Ict	UOC Sistemi Ict
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3,	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Approvvigionamenti

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		d.lgs. 36/2023)	presentazione della domanda di partecipazione o dell'offert			
		art. 28 del co 3 del Dlgs. n 33/2023	Le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ai sensi dell'articolo 35 ovvero secretati ai sensi dell'articolo 139, sono trasmessi tempestivamente alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme digitali di cui all'articolo 25.	tempestivamente	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Farmacia Osped.	UOC Approvvigionamenti

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			2. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurano il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, secondo le disposizioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. Sono pubblicati nella sezione di cui al primo periodo la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti, nonché i resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.			

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			In circostanze di somma urgenza che non consentono alcun indugio, al verificarsi di eventi di danno o di pericolo imprevisti o imprevedibili idonei a determinare un concreto pregiudizio alla pubblica e privata incolumità, ovvero nella ragionevole previsione dell'imminente verificarsi degli stessi, chi fra il RUP o altro tecnico dell'amministrazione competente si reca prima sul luogo può disporre la immediata esecuzione dei lavori entro il limite di 500.000 euro o di quanto indispensabile per rimuovere lo stato di pregiudizio alla pubblica e privata incolumità. Ricorrendo i medesimi presupposti, il soggetto di cui al precedente periodo può disporre l'immediata acquisizione di servizi o forniture entro il limite di quanto indispensabile per	art. 140 co 10 del Dlgs. n. 36 del 2023	UOC Approvvigionamenti UOC Sistemi Ict UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Approvvigionamenti

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			rimuovere lo stato di pregiudizio alla pubblica e privata incolumità e, comunque, nei limiti della soglia europea. Il soggetto che dispone, ai sensi del presente comma, l'immediata esecuzione di lavori o l'immediata acquisizione di servizi o forniture redige, contemporaneamente, un verbale in cui sono indicati la descrizione della circostanza di somma urgenza, le cause che l'hanno provocata e i lavori, i servizi e le forniture da porre in essere per rimuoverla.			
Finanza di progetto		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Criteri e modalità	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi 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 (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			Per ciascun atto:		Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			6) *link* al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP
			Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti UOC Sert UOSD Medicina Legale Dipartimento di Prevenzione DSM	URP

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al 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
Bilanci			Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
		Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al 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
			Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Patrimonio immobiliare	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio
Beni immobili e gestione patrimonio	Canoni di locazione o affitto	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 Tecnologiche e Patrimonio	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio
	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione e o altri organismi con funzioni analoghe	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	OIV	Struttura Tecnica Permanente
Controlli e rilievi sull'amministrazione			Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	Struttura Tecnica Permanente
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	Struttura Tecnica Permanente
			Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	OIV	Struttura Tecnica Permanente

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali Direz. Ammin. Az.	URP
	Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Affari Generali Direz. Ammin. Az.	URP
	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta 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
Servizi erogati	Class action	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Ufficio Legale	Ufficio Legale
			Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Ufficio Legale	Ufficio Legale
			Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Ufficio Legale	Ufficio Legale

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	URP	URP
	Servizi in rete	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	URP	URP
	Dati sui pagamenti	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
		Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			delle imprese creditrici			
	IBAN e pagamenti informatici	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Economico Finanziarie	UOC Risorse Economico Finanziarie
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (*link* alla sottosezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Approvvigionamenti	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio UOC Approvvigionamenti

Denominazione sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)			
	Prevenzione della Corruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	RPCT
Altri contenuti		Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	RPCT
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	RPCT
		Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	RPCT

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	RPCT
		Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	RPCT
	Accesso civico	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT
Altri contenuti		Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei	Tempestivo	RPCT	RPCT

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
			recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale			
		Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT	RPCT
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	UOC Sistemi Ict	URP
Altri contenuti		Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	UOC Sistemi Ict Usd Affari Generali	URP

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio competente dell'elaborazione e trasmissione dati	Ufficio competente della pubblicazione
		Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	UOC Sistemi Ict	URP
	Dati ulteriori	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	….	Tutti gli Assetti Aziendali	URP
Altri contenuti						

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Allegato n. 3

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi
U.O.S.D. Affari Generali

CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE

ASL ROMA 3

CURA DI:

DR.SSA CRISTINA VIO

ANDREA ANGELETTI

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.

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.

Affinchè gli operatori possano svolgere in maniera adeguata il proprio lavoro l'Azienda promuove e tutela il benessere psico-fisico dei lavoratori attraverso la prevenzione di ogni comportamento connotabile come molestia, anche di carattere sessuale, mobbing, discriminazione e violenza.

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

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

3.1 Onestà

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 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 (whistleblowing), al quale si rimanda interamente".

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 tramite il portale on-line presente sul sito aziendale www.aslroma3.it o tramiltre altri mezzi meglio descritti nel Regolamento di cui al punto 1.

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.

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;

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.

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.

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 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.

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;

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, ha l'obbligo di ricevere e riscontrare ogni comunicazione da parte di colleghi, superiori e uffici aziendali, salvo assenza giustificata dal servizio; in quest'ultimo caso dovrà provvedere appena rientrato in servizio.

10. 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.

11. 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.

12. 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;

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. Molestie e comportamenti discriminatori.

1. Tutti i destinatari hanno il dovere di:

a) astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona;

b) favorire la piena osservanza del presente codice etico;

c) contribuire alla promozione ed al mantenimento di un ambiente e di un'organizzazione del lavoro conformi ai principi enunciati all'art. 3 e ss. del presente codice.

2. E' vietato approfittare della posizione di superiorità gerarchica per porre in essere atti o comportamenti molesti o discriminatori. L'Azienda assicura tutela e sostegno ai dipendenti in particolari situazioni di svantaggio personale, familiare e sociale.

Sulla base di quanto sopra esposto, sono sanzionati disciplinarmente i seguenti comportamenti:

A. DISCRIMINAZIONE: ogni atto o comportamento indesiderato basato su genere, identità di genere, orientamento sessuale, etnia, cultura, lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politiche, appartenenza sindacale, disabilità, condizione sociale, familiare, che abbia l'effetto o lo scopo diretto o indiretto di produrre una disparità di trattamento lesiva della dignità;

B. MOLESTIE: ogni atto o comportamento indesiderato avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo;

C. MOLESTIE SESSUALI: è da considerarsi molestia sessuale ogni comportamento indesiderato a connotazione sessuale, espresso in forma fisica, verbale o non verbale avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo; sono da considerarsi come discriminazione anche i trattamenti meno favorevoli subìti dai lavoratori per il fatto di aver rifiutato i comportamenti sopra citati.

Sono da considerarsi molestie sessuali:

a) comportamenti ed osservazioni verbali sessiste mirate a trasmettere atteggiamenti di ostilità, paternalistici, offensivi, che implicano una concezione inferiore dell'altro sesso o dell'orientamento sessuale della persona cui sono diretti;

b) richiesta di favori sessuali e/o proposte indesiderate di prestazioni a contenuto sessuale rivolti ad una persona a prescindere dal sesso o orientamento sessuale;

c) comportamenti inappropriati ed offensivi tesi ad ottenere contatti fisici non desiderati;

d) comportamenti inappropriati ed offensivi tesi a proporre prestazioni sessuali, aggravati da minacce di sanzioni, di punizioni e di conseguenze negative sul lavoro, come pure dalla promessa di ricompensa e/o di vantaggi nell'ambito lavorativo;

e) intimidazioni, minacce e ricatti subìti per aver respinto comportamenti finalizzati al rapporto sessuale;

f) affissione o esposizione di materiale pornografico nei locali di lavoro, anche in formato elettronico;

g) adozione di criteri sessisti in qualunque tipo di relazione interpersonale;

D. MOLESTIE MORALI E VIOLENZE PSICOLOGICHE: ogni atto o comportamento che produca, anche in via indiretta, un effetto pregiudizievole alla dignità ed alla salute psico-fisica dei dipendenti nell'ambito dell'attività lavorativa. Si indicano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti comportamenti:

a) umiliazioni e maltrattamenti verbali reiterati e persistenti;

b) sistematica delegittimazione di immagine e discredito negli ambienti di lavoro, anche di fronte a terzi;

c) atti e comportamenti aventi lo scopo o comunque l'effetto di discriminare e danneggiare i dipendenti nella carriera, status, assegnazione o rimozione da incarichi o mansioni;

d) immotivata esclusione o marginalizzazione della ordinaria comunicazione aziendale;

e) sottostima sistematica dei risultati, non giustificata da insufficiente rendimento o mancato assolvimento dei compiti assegnati;

E. VIOLENZA SUL LAVORO: ogni "incidente" in cui il personale è abusato, minacciato o aggredito in circostanze relative al lavoro, incluso il pendolarismo da e verso il lavoro, con esplicite o implicite conseguenze su salute, sicurezza e benessere (OMS);

F. MOBBING: ogni forma di violenza morale e/o psichica in occasione di lavoro caratterizzata da una serie di atti, atteggiamenti o comportamenti, diversi e ripetuti nel tempo in modo sistematico e abituale, aventi connotazioni aggressive, denigratorie e vessatorie tali da comportare un degrado delle condizioni di lavoro idonei a compromettere la salute o la dignità o la professionalità della persona o, addirittura, tali da escluderla dal contesto lavorativo di riferimento. Sono da considerarsi in tale ambito anche le forme di pressione psicologica esercitate sul luogo di lavoro con lo scopo di emarginare una persona fino a ledere la sua integrità psico-fisica. Tale fenomeno può attuarsi sia tra pari che in linea gerarchica;

G. STRAINING: situazione di stress forzato sul posto di lavoro in cui la vittima subisce almeno un'azione che ha come conseguenza un effetto negativo nell'ambiente lavorativo, azione che oltre ad essere stressante è caratterizzata da una durata costante. La vittima si trova in situazione di inferiorità rispetto a chi attua lo straining;

H. STALKING LAVORATIVO: molestie assillanti ovvero un insieme di comportamenti di sorveglianza e controllo, ripetuti, intrusivi, volti a ricercare un contatto con la vittima che risulta infastidita, preoccupata, spaventata e che può essere costretta a modificare lo stile di vita e può giungere a manifestare una sofferenza psichica conclamata.

4.11.3 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 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 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 favorendo il diffondersi di corrette relazioni interpersonali tra lavoratori e lavoratrici. Il Dirigente ha il dovere di prevenire il verificarsi di condizioni di rischio per l'integrità psicofisica e la personalità morale dei dipendenti (mobbing, burnout e stress), riconsiderando tali fattori nella valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei dipendenti. Il Dirigente sostiene 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 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.

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 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;

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.

Allegato 4

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

WHISTLEBLOWING

REGOLAMENTO PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI

A cura di
DR. EDOARDO LEVANTINI
DR. ANDREA STORRI

Aggiornamento gennaio 2026

REGIONE LAZIO

SOMMARIO

SOMMARIO 1
INQUADRAMENTO NORMATIVO 2
DEFINIZIONE DI WHISTLEBLOWING / SEGNALAZIONE 3
PRINCIPI GENERALI E SCOPO DEL REGOLAMENTO 4
IL CONTENUTO DELLA SEGNALAZIONE 5
OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE 6
SEGNALAZIONI ANONIME 7
VERIFICA DELLA SEGNALAZIONE 8
FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER 8
PROCEDURA TRASMISSIONE/ RICEZIONE /GESTIONE SEGNALAZIONI 10
ATTIVITA' DEL RPCT 11
IPOTESI DI CONFLITTO DI INTERESSE 11
ESAME PRELIMINARE DELLA SEGNALAZIONE (PREISTRUTTORIA) 12
LIMITI DELLA TUTELA 13
SEGNALAZIONE ALL'ANAC 14
CONCLUSIONE E MISURE DI PREVENZIONE 14
MODALITÀ E TEMPI DI CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INERENTEALLE SEGNALAZIONI.15

INQUADRAMENTO NORMATIVO

L'introduzione nell'ordinamento nazionale di un'adeguata tutela del dipendente (pubblico e privato) che segnala condotte illecite dall'interno dell'ambiente di lavoro è prevista in convenzioni internazionali (ONU, OCSE, Consiglio d'Europa) ratificate dall'Italia, oltre che in raccomandazioni dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, talvolta in modo vincolante, altre volte sotto forma di invito ad adempiere. La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" ha recepito tali sollecitazioni, sia pure limitatamente all'ambito della pubblica amministrazione, con la disposizione contenuta nell'art. 1, co. 51, che introduce, nel decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i., l'art. 54-bis il cui primo comma, modificato dalla legge 30 novembre 2017, n. 179 in materia di Whistleblowing, recita: «Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri Organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.».

La stessa norma disciplina, poi, nei successivi commi:

- *Il divieto a rivelare il nome del segnalante nei procedimenti disciplinari (tutela anonimato)*

- *Il controllo del Dipartimento della Funzione Pubblica sui procedimenti disciplinari discriminatori (divieto di discriminazione)*

- *La sottrazione delle segnalazioni dal diritto di accesso di cui alla Legge n. 241/90 e s.m.i.*

Il Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (Whistleblowing) è stato aggiornato dall' Asl Roma 3 con la delibera 100/24 in seguito all'emanazione della direttiva UE 2019/1937 recepita dal parlamento italiano con D.lgs. n.24/2023.

Completano il quadro delle disposizioni in materia:

- *Delibera ANAC 311/23 "linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali";*

- *Delibera ANAC n. 478 del 26 novembre 2025, "Linee guida in materia di Whistleblowing sui canali interni di segnalazione."*

Tale impianto normativo e regolamentare ha delineato una serie di modifiche particolarmente significative:

- *L'ampliamento delle tipologie di soggetti che possono effettuare la segnalazione;*
- *Il riferimento alle modalità della segnalazione che può essere indifferentemente scritta oppure orale;*
- *Il ruolo dell'amministrazione di cui fa parte il segnalante il cui Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPTC) è il canale privilegiato per il Whistleblower, in quanto più prossimo all'origine delle questioni oggetto della segnalazione. L'RPTC deve pertanto godere di una particolare autorevolezza e deve essere dotato di una struttura adeguata;*
- *L'invito ai segnalanti ad utilizzare esclusivamente i canali appositamente istituiti;*
- *Una serie di obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, ottenuti e comunicati da terzi o a terzi.*

La realizzazione di "*uno scudo*" a difesa del segnalante e l'estensione dello stesso a soggetti diversi dal Whistleblowing che, in ragione del ruolo rivestito potrebbero essere destinatari di condotte di ritorsione. In particolare, la tutela si concretizza:

- *Tutela della riservatezza;*
- *Protezione da ritorsioni;*
- *Limitazioni della responsabilità rispetto alla rivelazione e alla diffusione di informazioni attraverso una divulgazione pubblica o attraverso i mezzi di comunicazione purché ricorrano i presupposti di cui all'art. 15 del D.lgs. n.24/23;*
- *Misure di sostegno nei confronti del segnalante da parte di Enti del Terzo settore inseriti in un apposito elenco pubblicato dall'ANAC:*

https://www.anticorruzione.it/-/news.13.12.24.proroga.elenco.enti.terzo.settore

DEFINIZIONE DI WHISTLEBLOWING / SEGNALAZIONE

Con la generica espressione Whistleblower si fa riferimento al dipendente e ad altre tipologie di soggetti di seguito elencati 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'ASL Roma 3.

Sono legittimate ad effettuare segnalazioni i soggetti che operano nel contesto lavorativo in qualità di:

a) *Dipendenti dell'ASL e dipendenti di altre Amministrazioni pubbliche, delle Autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza o regolazione, di Enti pubblici economici, di Società*

in controllo pubblico, degli Enti di diritto privato sottoposti a controllo pubblico, delle Società in "house", degli Organismi di diritto pubblico o dei concessionari di pubblico servizio che prestano servizio presso l'ASL in posizione di comando, distacco o situazioni analoghe;

b) *Lavoratori autonomi, compresi lavoratori con contratto d'opera, lavoratori esercenti professioni intellettuali con obbligo di iscrizione in appositi albi o elenchi, prestatori d'opera intellettuale, lavoratori con rapporto di collaborazione di cui all'art. 409 del C.P.C., lavoratori con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, che svolgono la propria attività lavorativa presso l'ASL;*

c) *Lavoratori o collaboratori di soggetti del settore pubblico o privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'ASL*;

d) *Liberi professionisti e consulenti che prestano la propria attività presso l'ASL;*

e) *Volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso l'ASL;*

f) *Persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso l'ASL. Si pensi, ad esempio, ai componenti degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV).*

I soggetti di cui al comma precedente possono effettuare una segnalazione godendo delle tutele previste dal D.lgs. n. 24/2023 anche nei seguenti casi:

- *Quando il rapporto giuridico non è ancora iniziato, se le informazioni oggetto di segnalazione sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali;*
- *Durante il periodo di prova;*
- *Successivamente allo scioglimento del rapporto giuridico, se le informazioni oggetto di segnalazione sono state acquisite nel corso del rapporto stesso.*

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 quale destinatario della segnalazione;*
- *Precisare le modalità di gestione delle segnalazioni, attraverso un iter procedurale definito, che prevede termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria;*
- *Dettagliare le modalità che verranno seguite per tutelare la riservatezza dell'identità del dipendente che effettua la segnalazione, del contenuto della segnalazione e dell'identità di eventuali soggetti indicati.*

Il presente regolamento intende rimuovere i fattori che possono disincentivare o ostacolare il ricorso all'istituto, come ad esempio dubbi e incertezze circa le modalità da seguire e timori di ritorsioni o discriminazioni. L'obiettivo perseguito è, pertanto, quello di fornire al Whistleblower chiare indicazioni operative in merito all'oggetto, ai contenuti, ai destinatari e alle modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento. Il procedimento di gestione delle segnalazioni garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante sin dalla ricezione e in ogni contatto successivo alla stessa. Ciò, tuttavia, non significa che le segnalazioni siano anonime. Il soggetto che segnala illeciti è tenuto a dichiarare la propria identità al fine di vedersi garantita la tutela dell'istituto del Whistleblowing.

Tuttavia, le segnalazioni anonime, ossia prive di elementi che consentano di identificare il loro autore, saranno ritenute meritevoli di approfondimento solo se relative a fatti di rilevante gravità ricostruiti in modo particolarmente dettagliato e circostanziato.

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:

- *Dati identificativi e recapito della persona segnalante, ove forniti (non obbligatori ai fini dell'ammissibilità della segnalazione). In caso di segnalazione anonima, la persona segnalante è invitata, ove possibile, a indicare un canale/recapito o comunque modalità che consentano interlocuzioni e richieste di integrazione;*
- *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.*

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 violazioni che possono essere segnalate sono riferibili a segnalazioni degli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali.

Le segnalazioni degli illeciti amministrativi che rientrano nelle lettere successive sono tutelate dal Diritto Comunitario (Direttiva 2019/1937);

1. *Illeciti commessi in violazione della normativa dell'Unione europea e delle disposizioni nazionali di attuazione relativi ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti, tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi;*
2. *Atti od omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione europea tutelati ai sensi dell'art. 325 del TFUE (lotta contro la frode e altre attività illegali che ledono gli interessi finanziari dell'Unione europea). Si pensi, ad esempio, alla corruzione e a qualsiasi altra attività illegale connessa alle spese dell'Unione europea;*
3. *Atti od omissioni riguardanti il mercato interno che compromettono la libera circolazione delle merci, delle persone, dei servizi e dei capitali (art. 26, par. 2, del TFUE), comprese le violazioni delle norme dell'Unione europea in materia di concorrenza e di aiuti di Stato, di imposta sulle società e i meccanismi il cui fine è ottenere un vantaggio fiscale che vanifica l'oggetto o la finalità della normativa applicabile in materia di imposta sulle società;*
4. *Atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni dell'UE nei settori indicati alle lettere c), d) ed e). Sono ricondotte in tale ambito le pratiche abusive cui possono fare ricorso le imprese che assumono una posizione dominante sul mercato contravvenendo alla tutela della libera concorrenza.*

A titolo esemplificativo, la segnalazione può riguardare condotte od omissioni che potrebbero:

- *Configurare reati contro la pubblica amministrazione previsti nel titolo II Capo I del Codice penale (si veda allegato nr 1);*
- *Costituire violazioni del Codice di comportamento, nonché di ogni altro regolamento o protocollo aziendale;*
- *Costituire violazione di norme di legge o di regolamento;*

- *Consistere in illegittimità o illeciti amministrativi e che possono comportare danni patrimoniali all'ASL, ad altre amministrazioni pubbliche o alla collettività;*
- *Inquinare l'azione amministrativa;*
- *Arrecare danno all'immagine dell'ASL, arrecare pregiudizio agli utenti o ai dipendenti o ad altri soggetti che svolgono la loro attività presso l'ASL, arrecare un danno alla salute o alla sicurezza dei dipendenti, utenti e cittadini, nonché all'ambiente.*

Sono ricomprese tra le violazioni segnalabili ai fini del presente protocollo anche le condotte volte ad occultare le violazioni. Si pensi, ad esempio, all'occultamento o alla distruzione di prove circa la commissione della violazione. Non sono ricomprese tra le violazioni segnalabili le irregolarità nella gestione o organizzazione dell'attività, le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili (cd. voci di corridoio).

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.

SEGNALAZIONI ANONIME

Le segnalazioni possono essere presentate anche in forma anonima. Le segnalazioni anonime sono valutate e, ove circostanziate e riferite a fatti determinati e verificabili, sono trattate secondo le medesime fasi procedurali previste dal presente Regolamento, nei limiti oggettivi di cui al d.lgs. 24/2023 e delle possibilità istruttorie connesse all'assenza di interlocuzione.

Qualora, successivamente, la persona segnalante sia identificata e abbia subito ritorsioni, si applicano le misure di protezione previste dal d.lgs. 24/2023, ricorrendone i presupposti.

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 Procura regionale presso la 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 a soggetti competenti (Autorità giudiziaria, Corte dei conti, ANAC, Strutture disciplinari), è trasmesso il contenuto strettamente necessario, con oscuramento/omissione di ogni elemento idoneo a rivelare l'identità della persona segnalante e di eventuali ulteriori soggetti tutelati, salvo i casi in cui la rivelazione sia imposta dalla legge o strettamente necessaria secondo le regole del d.lgs. 24/2023.

Le segnalazioni devono essere trasmesse al RPCT dell'ASL secondo le modalità previste dalla piattaforma online.

Se l'RPCT dovesse ritenere di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, la segnalazione viene assegnata all'RPTC sostituto in assenza del titolare individuato da apposita delibera.

FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del Codice civile e delle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo) l'identità del Whistleblower viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione e può essere appresa unicamente dal RPCT. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

Per quanto concerne, in particolare, l'ambito del procedimento disciplinare che potrebbe conseguire alla segnalazione, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nei casi in cui:

- *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.

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.

È vietato qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione e che determina o può determinare al Whistleblower, direttamente o indirettamente, un danno ingiusto.

Il divieto di ritorsione si applica anche ai soggetti indicati all'articolo del presente regolamento.

A titolo esemplificativo, sono considerate ritorsioni:

a. *Licenziamento, sospensione o misure assimilabili;*
b. *Retrocessione di ruolo o demansionamento;*
c. *Pretesa di obiettivi di performance impossibili da raggiungere nei modi e nei tempi indicati;*
d. *Mutamento di funzioni, graduale e progressivo svuotamento delle stesse, cambiamento del luogo di lavoro, riduzione dello stipendio, modifica dell'orario di lavoro;*
e. *Sospensione della formazione o restrizione dell'accesso alla stessa;*
f. *Note di merito negative;*

g. *Valutazione della performance artatamente negativa;*

h. *Mancata e /o immotivata effettuazione di valutazioni utili per la progressione economica;*

i. *Revoca non motivata di incarichi;*

j. *Reiterato rigetto di richieste (ad es. ferie, congedi, permessi e simili);*

k. *Adozione di misure disciplinari o altre sanzioni;*

l. *Intimidazione, molestie o ostracismo;*

m. *Discriminazione o comunque trattamento sfavorevole;*

n. *Mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato, laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa alla suddetta;*

o. *Mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a tempo determinato;*

p. *Danni, anche alla reputazione della persona, anche sui social media;*

q. *Conclusione anticipata o annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi;*

r. *Annullamento di una licenza o di un permesso;*

s. *Richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici.*

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.

PROCEDURA TRASMISSIONE/ RICEZIONE /GESTIONE SEGNALAZIONI

Le segnalazioni di illeciti, di irregolarità e di condotte corruttive possono essere effettuate sull'apposito portale online presente sul sito internet aziendale: www.aslroma3.it

Il portale online per le segnalazioni è conforme ai requisiti previsti dall'art. 4 D.lgs. 24/2023.

In alternativa si può prendere appuntamento direttamente con il dirigente RPTC o via telefono **06-56487781**- mob. **+39.333.6107045**, individuato con il presente regolamento quale gestore del canale interno delle segnalazioni.

Qualora il portale online non dovesse funzionare è possibile utilizzare la protocollazione riservata in doppia busta. Nella prima busta saranno presenti i dati identificativi della persona segnalante,

apribile solo dal dirigente RPCT, nella seconda la segnalazione. Entrambe le buste dovranno essere inserite in una terza busta chiusa, che rechi all'esterno la dicitura "riservata" indirizzata al Dirigente RPCT.

L'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 della collaborazione di uno o più Funzionari assegnatari dell'istruttoria, prende in carico la segnalazione per una prima sommaria verifica.

I Funzionari assegnatari dell'istruttoria, sono individuati in via prioritaria tra il personale dell'ufficio di supporto al RPCT, sono stati preventivamente e necessariamente autorizzati al trattamento dei dati personali, sono in possesso del requisito di autonomia e hanno specifica formazione e competenza in materia.

In caso di ipotesi di conflitto di interessi il gestore del canale interno di segnalazione è sostituito da altro dirigente che abbia specifica formazione e in possesso del requisito di autonomia individuato annualmente nel Piano integrato di attività e organizzazione;

Ove anche il sostituto si trovi in conflitto di interesse la persona segnalante può rivolgersi ad ANAC, mediante il canale esterno.

Se indispensabile, richiede chiarimenti al segnalante e/o a eventuali altri soggetti coinvolti nella segnalazione con l'adozione delle necessarie cautele, provvedendo alla definizione del procedimento nei termini di legge. Si precisa che resta impregiudicato il diritto del lavoratore a ricorrere all' Autorità Giudiziaria competente.

ATTIVITA' DEL RPCT

Le segnalazioni pervenute, i relativi atti istruttori e tutta la documentazione di riferimento, vengono conservate e catalogate in apposito archivio debitamente custodito.

Il RPCT rende conto nella Relazione Annuale di cui all'art. 1 comma 14 della Legge 190/2012, con modalità tali da garantire la riservatezza dei segnalanti, del numero di segnalazioni ricevute e del loro stato di avanzamento.

Il RPCT ha il compito di assicurare la diffusione del presente regolamento a tutti i dipendenti mediante la pubblicazione dello stesso sul sito internet aziendale.

IPOTESI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il gestore del canale interno di segnalazione può incorrere in una situazione di conflitto di interesse qualora sussista una o più delle seguenti condizioni con uno dei soggetti coinvolti nella

segnalazione:

- *Parentela (fino al quarto grado), affiliazione, convivenza o rapporti abituali di frequentazione;*
- *Avere cause pendenti, grave inimicizia, o rapporti di credito/debito;*
- *Essere tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, agente;*

Può altresì astenersi per gravi ragioni di convenienza.

Inoltre, può incorrere in una situazione di conflitto di interesse qualora, sia egli stesso la persona segnalante, o persona coinvolta o interessata dalla segnalazione.

ESAME PRELIMINARE DELLA SEGNALAZIONE (PREISTRUTTORIA)

Pervenuta la segnalazione secondo una delle modalità previste, l'RPCT provvede a comunicare l'avvenuta ricezione della segnalazione entro 7 giorni dall'acquisizione della stessa, salvo i casi in cui la comunicazione potrebbe pregiudicare la tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante ovvero nei casi di esplicito diniego del segnalante. In ogni caso, alle segnalazioni acquisite mediante incontro diretto con l'RPCT, la sottoscrizione del verbale soddisfa l'adempimento informativo. L' RPCT può dichiarare inammissibile la segnalazione e procedere con l'archiviazione nei seguenti casi:

a) *Manifesta infondatezza per l'assenza di elementi di fatto riconducibili alle violazioni previste nell'art. 4 del presente regolamento;*

b) *Manifesta mancanza di interesse pubblico o di interesse all'integrità dell'ASL;*

c) *Mancanza di dati e informazioni che costituiscono elementi essenziali della segnalazione indicati all'articolo 4 del presente regolamento;*

d) *Manifesta incompetenza dell'ASL sulle questioni denunciate;*

e) *Manifesta infondatezza per l'assenza di elementi di fatto necessari per giustificare accertamenti;*

f) *Contenuto assolutamente generico della segnalazione tale da non consentire la comprensione dei fatti, ovvero segnalazione corredata da documentazione non appropriata o irrilevante;*

g) *Produzione di sola documentazione in assenza della segnalazione.*

Nei casi di cui alle lett. c) ed f) qualora i fatti dichiarati non siano adeguatamente delineati, l'RPCT può richiedere alla persona segnalante opportune integrazioni, assegnando un termine per provvedervi.

Qualora la segnalazione abbia ad oggetto illeciti che rilevano sotto il profilo penale o erariale, l'RPCT archivia la medesima per manifesta incompetenza e provvede a trasmetterla alla competente Autorità giudiziaria o contabile, evidenziando che si tratta di una segnalazione Whistleblowing.

I criteri utilizzati dal RPCT per valutare la sussistenza o meno della ipotesi di cui alla lett. b)

attengono a:

a) Rilevanza della violazione in ordine all'interesse pubblico o all'integrità dell'ASL;

b) Buona fede nella segnalazione, presunta fino a prova contraria;

c) Ragionevolezza della convinzione del segnalante circa l'esistenza (o il rischio) di fatti illegittimi o illeciti.

All'esito delle valutazioni preliminari il RPCT comunica al segnalante:

- *L'archiviazione della segnalazione, che deve essere motivata;*
- *L'avvio dell'istruttoria.*

Valutata l'ammissibilità della segnalazione, l 'RPCT avvia l'attività istruttoria dei presunti illeciti, al fine di valutare la sussistenza dei fatti segnalati ed eventualmente le misure conseguenti.

Per esigenze istruttorie, il RPCT può:

a) Effettuare ogni attività ritenuta necessaria, inclusa l'audizione orale della persona segnalante e di altre persone (indicate anche dal Whistleblower) in grado di riferire sugli episodi riferiti. L'RPCT adotta tutte le misure necessarie per ascoltare la persona in un luogo protetto garantendone la riservatezza;

b) Sentire la persona coinvolta, anche su sua richiesta, e acquisire memorie, relazioni e documenti.

LIMITI DELLA TUTELA

Le misure di protezione si applicano quando ricorrono le condizioni di cui all'art. 16 del D.lgs. 24/2023. In particolare, **la protezione è esclusa quando è accertata** (anche con sentenza di primo grado) **la responsabilità penale per calunnia o diffamazione ovvero la responsabilità civile per dolo o colpa grave, nei termini previsti dal medesimo art. 16**

SEGNALAZIONE ALL'ANAC

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) è competente a ricevere (ai sensi dell'art. 6, del DLGS N 24/2023) 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 attraverso il portale delle segnalazioni esterne di ANAC.

CONCLUSIONE E MISURE DI PREVENZIONE

Il RPCT, entro tre (3) mesi dalla data dell'avviso di ricevimento o, nel caso di segnalazione orale mediante incontro diretto, dalla data di verbalizzazione dell'incontro stesso o, in mancanza di detto avviso, dalla scadenza dei 7 giorni dal ricevimento della segnalazione, provvede a dare riscontro al Whistleblower, dando notizia delle iniziative avviate per valutare la sussistenza dei fatti riferiti, dell'esito dell'attività istruttoria e delle eventuali misure messe in atto.

Il termine di cui sopra può essere prolungato a sei (6) mesi nei casi più complessi.

Qualora, a seguito dell'attività istruttoria svolta, l'RPCT ravvisi elementi di manifesta infondatezza delle violazioni riferite, ne dispone l'archiviazione. Qualora, invece, l'RPCT indentifichi elementi a supporto della fondatezza della denuncia, in relazione alla natura e tipologia della violazione, provvederà a:

a. *Informare la Direzione Generale per le azioni che, nel caso concreto, si rendessero opportune per tutelare l'interesse e l'integrità dell'ASL;*

b. *Comunicare l'esito dell'attività istruttoria, nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, al Responsabile della struttura o servizio di appartenenza dell'autore della violazione accertata, per quanto di competenza;*

c. *Comunicare all'UPD l'esito dell'attività istruttoria per i profili di responsabilità disciplinare, trasmettendo, ove necessario e nei limiti previsti dalla normativa, la segnalazione;*

d. *Inviare la segnalazione, nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, alla competente Procura della repubblica o Procura regionale presso la Corte dei conti, qualora i fatti accertati rilevino sotto il profilo penale o contabile, avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione ex d.lgs. n. 24/2023. Su richiesta dell'Autorità giudiziaria o della Procura regionale della Corte dei conti, l'RPCT fornisce l'identità del segnalante;*

e. *Disporre o proporre l'adozione, se la competenza è di altre strutture, tutti i necessari atti amministrativi per il pieno ripristino della legalità anche con l'esercizio del potere di autotutela nel rispetto dei principi di cui alla l. 241/90;*

f. *Aggiornare, laddove si ritenga necessario, il codice di comportamento, il PIAO, le misure di mitigazione del rischio, la valutazione di contesto del rischio corruttivo.*

MODALITÀ E TEMPI DI CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INERENTE

ALLE SEGNALAZIONI

Nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679, i dati contenuti nella segnalazione e la relativa documentazione vengono conservati per il tempo necessario al trattamento della segnalazione e comunque non oltre 5 anni a decorrere dalla data della comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione.

Il verbale redatto a seguito di incontro tra la persona segnalante e il RPCT e l'eventuale documentazione consegnata, sono conservate in un archivio detenuto dal RPCT.

Allegato n. 5

PATTO DI INTEGRITA'

relativo alla gara _____

tra

la ASL 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)

NB: Allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Allegato n. 6

REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEL LAVORO IN MODALITA' AGILE (SMART WORKING) DEL PERSONALE DIPENDENTE

REGIONE LAZIO

INDICE

Art. 1 Definizioni 3
Art. 2 Finalità 3
Art. 3 Presupposti… 4
Art. 4 Condizioni 4
Art. 5 Accesso 4
Art. 6 Telemedicina 5
Art. 7 Tempi di svolgimento del lavoro agile 5
Art. 8 Luogo di svolgimento del lavoro agile 6
Art. 9 Istanza 6
Art. 10 Accordo individuale… 7
Art. 11 Flessibilità… 7
Art. 12 Portale Aziendale 7
Art. 13 Strumenti di lavoro e obblighi di custodia e riservatezza 8
Art. 14 Permessi orari 8
Art. 15 Divieto di lavoro straordinario 9
Art. 16 Computo dei giorni di lavoro agile 9
Art. 17 Buono pasto… 9
Art. 18 Trattamento giuridico ed economico 9
Art. 19 Responsabilità e sanzioni disciplinari 10
Art. 20 Tutela contro gli infortuni 10
Art. 21 Formazione 10
Art. 22 Riservatezza e trattamento dei dati personali 10
Art. 23 Modalità di recesso del lavoro agile 11
Art. 24 Disposizioni finali 11

Modulistica:

1. Richiesta attivazione lavoro agile (allegato A)
2. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dipendenti del Comparto Sanità della ASL Roma 3 (allegato B)
3. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dirigenti medici sanitari e veterinari della ASL Roma 3 (allegato C)
4. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali della ASL Roma 3 (allegato D)
5. Informazioni privacy per l'espletamento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile (allegato n. E)

La disciplina relativa alla prestazione di lavoro in modalità agile è stata introdotta con la Legge n. 81 del 2017, modificata dalla Legge n. 122 del 2022 (che ha convertito con modificazioni il D.L. n. 73 del 2022 c.d. Decreto Semplificazioni), secondo la quale il lavoro agile è *una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro.*

Il seguente Regolamento disciplina il lavoro agile secondo le previsioni dei CCNL vigenti.

Art. 1

Definizioni

1. "Lavoro Agile" – "Smart Working": una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato finalizzata ad incrementare la produttività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nonché contribuire in modo innovativo alla sostenibilità ambientale riducendo spostamenti e inquinamento;
2. "Strumenti di Lavoro Agile": strumenti tecnologici necessari per lo svolgimento dell'attività lavorativa;
3. "attività espletabili" (in modalità Agile/Smart): attività che non necessitano di una permanenza costante presso la sede di lavoro e per le quali è possibile organizzare lo svolgimento al di fuori della sede aziendale;
4. il "dipendente" tutti i dipendenti della ASL Roma 3 sia a tempo indeterminato che a tempo determinato;
5. il "Dirigente/Responsabile" colui a cui compete autorizzare l'attivazione dello "Smart Working".

Art. 2

Finalità

1. Rafforzare e stabilizzare soluzioni organizzative ispirate alla gestione per processi e alla responsabilizzazione delle risorse umane, con lo scopo di incrementare la produttività aziendale;
2. razionalizzare e rafforzare l'organizzazione del lavoro in funzione delle nuove tecnologie, perseguendo obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità;
3. rafforzare le misure atte a migliorare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, proponendo soluzioni flessibili a favore delle lavoratrici e dei lavoratori che migliorino la percezione del contesto lavorativo e dell'ambiente di lavoro;
4. promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa – lavoro – casa, in un'ottica di: tutela ambientale, risparmio per le famiglie, riduzione dei rischi, oltre che miglioramento della qualità della vita dei lavoratori.

Art. 3

Presupposti

1. La prestazione lavorativa può essere eseguita in modalità agile quando è possibile dislocare anche parzialmente l'attività lavorativa richiesta al dipendente, senza che sia necessaria la sede di lavoro, senza ripercussioni in termini di efficienza, efficacia o modificazioni significative del servizio;
2. la prestazione lavorativa dev'essere eseguita in parte presso i locali dell'Azienda ed in parte all'esterno (smart working), senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivante dai contratti collettivi di riferimento (art. 29 del CCNL Comparto Sanità 2022-2024 – art. 95 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 12 comma 1 lettera e) del CCNL Funzioni Locali 2019-2021);
3. la prestazione in smart working dev'essere resa mediante l'uso di strumenti tecnologici necessari all'espletamento dell'attività lavorativa;
4. ove necessario, per la tipologia di attività svolta e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, il dipendente comunica all'Azienda i luoghi ove è possibile svolgere la prestazione lavorativa smart working.

Art. 4

Condizioni

La prestazione lavorativa può essere eseguita in modalità agile quando sussistano le seguenti condizioni:

a) il dipendente è dotato di autonomia operativa ed ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati;
b) il Dirigente/Responsabile di riferimento monitora e valuta i risultati delle attività assegnate al dipendente che opera in modo autonomo nell'ambito degli obiettivi programmati, anche in funzione della valutazione della Performance;
c) l'Azienda si impegna a concedere ai lavoratori la possibilità di lavorare in modalità agile compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive aziendali;
d) i Dirigenti/Responsabili dovranno valutare ed evidenziare nell'ambito del proprio settore i casi in cui la prestazione di lavoro non può essere svolta in modalità agile.

Art. 5

Accesso

Il ricorso alla modalità di lavoro agile è ammesso a tutti i dipendenti, sia del Comparto che della Dirigenza, fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative (art.18 comma 3bis Legge 81/2017), purché tale tipologia di lavoro sia compatibile con le esigenze di servizio, la tipologia di attività svolta, e previa verifica di fattibilità da parte dei preposti Dirigenti/Responsabili di riferimento. Si ricorda poi, che sono esclusi dalle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, i lavori soggetti a turni e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili (art. 28 del CCNL Comparto 2022-2024 – art. 93 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 11 commi 4-5-6 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021). Inoltre per

quanto riguarda i Dirigenti dell'Area Sanità sono comunque escluse le attività ispettive, di polizia giudiziaria ovvero le attività che per l'erogazione della prestazione necessitano della presenza fisica del Dirigente/Responsabile (art. 93 comma 2 del CCNL Area Sanità 2019-2021);

Art. 6

Telemedicina e lavoro agile

La telemedicina è definita come: "*l'insieme delle tecniche e degli strumenti di monitoraggio e di assistenza sanitaria, realizzato mediante sistemi atti a fornire un rapido accesso sia ai medici specialisti che ai pazienti, prescindendo dal luogo ove essi sono rispettivamente situati*." In tale contesto lo specialista esegue, anche in modalità di agile, l'attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione, di supporto e consulenziali.
I dipendenti che svolgono attività di telemedicina, e che intendono effettuarla in smart-working, dovranno attenersi alla specifica procedura aziendale di Televisita di cui alla Deliberazione n. 782 del 23.08.2022.

Art. 7

Tempi di svolgimento del lavoro agile

1. Il personale ammesso alla fruizione del lavoro agile può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, salvo specifiche e documentate esigenze concordate con il Dirigente/Responsabile, preferibilmente per un giorno alla settimana, non frazionabile ad ore e non cumulabile nei mesi successivi in caso di mancato utilizzo.
2. Al fine di garantire la continuità organizzativa, ma anche la coesione e collaborazione tra il personale, la pianificazione delle giornate di lavoro agile dovrà garantire di norma la presenza in sede di almeno un lavoratore afferente alla medesima unità e/o al medesimo ufficio.
3. Nelle giornate di lavoro agile svolto al di fuori dei locali aziendali il numero di ore di servizio è quello previsto dall'orario stabilito contrattualmente per il singolo dipendente che ha facoltà di determinare l'articolazione oraria giornaliera coordinandosi con il Dirigente/Responsabile al fine di garantire il corretto svolgimento delle attività assegnate.
4. Ciascun dipendente dovrà, nell'ambito dell'orario concordato con il proprio Dirigente/Responsabile, rendersi disponibile e contattabile mediante gli strumenti per la ricezione delle direttive di lavoro e secondo le modalità di organizzazione delle comunicazioni all'interno dell'Unità di appartenenza al fine di garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere occasioni di contatto con i colleghi e al Dirigente/Responsabile. A tal fine si ricorda che la deviazione telefonica del numero di rete fissa presente in ufficio è necessaria.
5. Fatte salve le fasce di disponibilità, al lavoratore in modalità agile è garantito il diritto ai tempi di riposo, nonché il diritto alla disconnessione.
6. L'Azienda si riserva di richiedere in tempo utile o con un preavviso di almeno 1 giorno lavorativo, per esigenze di servizio, la presenza in sede del dipendente. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Art. 8

Luogo di svolgimento del lavoro agile

1. Si prevede che il dipendente scelga il luogo dal quale prestare la sua attività lavorativa in modalità agile tenendo conto dei requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza. Il dipendente è tenuto ad osservare scrupolosamente le indicazioni sui comportamenti da tenere in relazione ai luoghi in cui si svolge la prestazione in lavoro agile, coadiuvando le misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali. A questo proposito il dipendente, prima dell'autorizzazione all'accesso allo smart working e prima dell'inizio dello stesso, si impegna ad acquisire presso il Servizio di Prevenzione e Protezione le informazioni, di cui all'art. 36 del D.Lgs. n. 8l/2008 e s.m.i., la "Informativa sui rischi connessi alla modalità di esecuzione della prestazione lavorativa a distanza".
2 La postazione lavorativa scelta non deve mettere a rischio l'incolumità fisica e/o psichica del dipendente e la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati per l'espletamento delle mansioni assegnate.

Art. 9

Modalità di accesso al lavoro agile

1. L'adesione al lavoro agile avviene su base volontaria.
2. La richiesta di attivazione del lavoro agile deve essere presentata dal dipendente in forma scritta e sottoposta alla valutazione del Dirigente/Responsabile compilando l'apposito modulo scaricabile sul sito Intranet Aziendale – Sezione Modulistica – Personale Dipendente (denominato *"Richiesta attivazione lavoro agile"* - allegato A - del presente Regolamento).
3. In caso di autorizzazione il dipendente dovrà sottoscrivere apposito contratto integrativo al proprio contratto di lavoro scaricabile sul sito Intranet Aziendale – Sezione Modulistica – Personale Dipendente denominato *"Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dipendenti della ASL Roma 3"* (allegati B – C – D del presente Regolamento distinti a seconda del CCNL di riferimento).
4. L'accordo ed il modulo di richiesta, una volta compilati, sottoscritti e scansionati chiaramente, dovranno essere trasmessi (entrambi) esclusivamente in formato PDF al protocollo della UOC Risorse Umane. L'invio dovrà avvenire almeno 10 giorni prima dell'inizio della decorrenza, indicando nell'oggetto la dicitura "Smart working".
5. L'accordo redatto in duplice copia, un originale rimarrà al dipendente ed uno al Dirigente/Responsabile. Il dipendente nel trasmettere sia l'accordo che la richiesta avrà cura di inserire il preposto Dirigente/Responsabile per conoscenza.

Art. 10

Accordo individuale

L'accordo integrativo va sottoscritto dal dipendente e dal Dirigente/Responsabile e contiene i requisiti essenziali previsti dai contratti collettivi di riferimento (art. 78 del CCNL Comparto Sanità 2019-2021 – art. 94 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 12 del CCNL Funzioni Locali 2019- 2021):

a) durata dell'accordo;
b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
c) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 Legge n. 81/2017;
d) ipotesi di giustificato motivo di recesso;
e) indicazione della fascia di contattabilità (art. 29 comma 1, lett. a) del CCNL 2022-2024 – art. 95 comma 1 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 12 comma 1 lettera e) del CCNL Funzioni Locali 2019-2021);
f) i tempi di riposo del lavoratore, che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza, e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della Legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
h) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

Art. 11

Flessibilità

Il dipendente può iniziare la prestazione di lavoro in modalità agile senza vincoli sul luogo e sull'orario di inizio e fine della prestazione lavorativa nel rispetto della durata dell'orario di lavoro giornaliero.

Art. 12

Portale aziendale

Al fine di garantire la comunicazione con il personale in sede e con il Dirigente/Responsabile, nonché per permettere all'Ufficio Rilevazione Presenze di lavorare correttamente il cartellino, il dipendente nelle giornate in modalità agile, è tenuto all'inserimento della fruizione della modalità di lavoro agile attraverso il caricamento sul Portale aziendale della richiesta di "smart-working".

Art. 13

Strumenti di lavoro e obblighi di custodia e riservatezza

Il dipendente è tenuto ad attenersi al "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica" approvato con la Deliberazione n.100 del 31.01.2024 (Allegato 1 del PIAO 2023-2025 e ss.mm.ii.) e a custodire, nel rispetto della normativa vigente, la documentazione e i dati trattati per il lavoro agile nonché ad operare secondo le regole di sicurezza informatica e di tutela delle informazioni (in ottemperanza al G.D.P.R. 679/2016);
È altresì fatto obbligo di:

- adibire tali strumenti di lavoro possibilmente ad uso lavorativo e/o personale evitando, ad esempio, l'utilizzo condiviso con familiari e conviventi;
- procedere alla disconnessione ogni volta in cui ci si allontani dalla postazione di lavoro e di evitare di sovrascrivere le proprie credenziali di accesso su bigliettini di carta o altri supporti che possano consentire, o in qualunque modo facilitare, accessi da parte di soggetti non autorizzati;
- aggiornare costantemente all'ultima versione disponibile le componenti software ed il sistema operativo del proprio dispositivo;
- installare e/o aggiornare l'antivirus del dispositivo e/o il firewall al fine di proteggere adeguatamente le informazioni archiviate e scongiurare eventuali episodi di Data Breach.
- di utilizzare per l'utilizzo del dispositivo una password di cui è a conoscenza il solo dipendente e non anche familiari e/o conviventi, e di settare ad un livello alto di protezione le impostazioni privacy del browser e delle applicazioni utilizzate;
- navigare su siti web che potrebbero compromettere la sicurezza del dispositivo e la riservatezza dei dati e delle informazioni archiviate all'interno.

Si richiama, inoltre, l'attenzione dei dipendenti circa i fenomeni di *phishing* inviati a mezzo mail e/o siti web creati ad hoc per indurre le vittime a rivelare informazioni riservate o a scaricare malware sui propri dispositivi. Per tale motivo si richiede la massima attenzione da parte dei dipendenti sulla prevenzione da tale fenomeno, evitando innanzitutto la visualizzazione e/o l'apertura di tali mail ed evitando, altresì, di cliccare sui links di sospetta provenienza.
Ogni eventuale impedimento tecnico allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, deve essere tempestivamente comunicato dal dipendente al Dirigente/Responsabile in modo che possano essere valutate possibili soluzioni alternative.

Art. 14

Permessi orari

Il lavoratore può richiedere, nelle giornate in cui la prestazione viene svolta in modalità agile, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo:

a) i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i.;
b) i permessi per assemblea di cui all'art. 11 del CCNL Comparto 2022-2024 – art. 12 del CCNL Area Sanità 2019-2021 – art. 10 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021 (Diritto di assemblea);
c) i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992;
d) i permessi per motivi personali o familiari (se previsti dal contratto collettivo di riferimento) (vedi art. 51 del CCNL Comparto 2019-2021 – art. 34 del CCNL Area Sanità 2019-2021);

Art. 15

Divieto di lavoro straordinario

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

Art. 16

Computo dei giorni di lavoro agile

Il dipendente ammesso al lavoro agile può svolgere la prestazione in tale modalità, salvo specifiche e documentate esigenze concordate con il Dirigente/Responsabile autorizzatore dello smart working, preferibilmente 1 giorno a settimana, la prestazione lavorativa in modalità agile non è frazionabile ad ore, ed è modificabile sulla base di eventuali sopravvenute esigenze organizzative e sanitarie.

La giornata di lavoro che prevede il rientro pomeridiano deve essere svolta preferibilmente in presenza, salvo specifiche e documentate esigenze concordate con il Dirigente/Responsabile autorizzatore dello smart working.

Ai dipendenti autorizzati alla prestazione di lavoro in modalità agile, l'Azienda garantisce un'adeguata rotazione all'interno degli uffici aziendali assicurando comunque la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza.

Art. 17

Buono pasto

Il novellato CCNL Comparto sanità, triennio 2022-2024 prevede, all'art. 4 la corresponsione del buono pasto nelle giornate in cui la prestazione lavorativa verrà svolta in modalità agile.

Al riguardo è stabilito che le ore che danno diritto al buono pasto sono quelle previste dal regolamento specifico vigente.

Art. 18

Trattamento giuridico ed economico

L'Azienda garantisce ai dipendenti che si avvalgono della modalità di lavoro agile il riconoscimento della professionalità e la stessa modalità di valutazione delle performance e della progressione di carriera del restante personale. (art 76 comma 4 del C.C.N.L. Comparto 2019-2021 – art. 92 comma 4 del CCNL Area Sanità art. 11 comma 7 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021).

La modalità agile effettuata dal dipendente non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto né sul trattamento economico (art. 76 comma 3 del CCNL Comparto 2019-2021 – art. 92 comma 3 del CCNL Area Sanità art. 11 comma 3 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021).

Art. 19

Responsabilità e sanzioni disciplinari

Nello svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, il dipendente è tenuto a garantire lo stesso impegno professionale rispetto alla prestazione resa presso la sede di lavoro.
Nell'esecuzione della prestazione in modalità agile il dipendente è tenuto al rispetto degli obblighi previsti dalla normativa in vigore, dai CCNL di riferimento e dal regolamento aziendale.

Art. 20

Tutela contro gli infortuni

"Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali dell'Azienda" (art. 23, comma 2, Legge 81/2017).

Art. 21

Formazione

Qualora se ne ravvisi la necessità il lavoratore potrà richiedere una specifica formazione sulle modalità operative per poter svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile.

Art. 22

Riservatezza e trattamento dei dati personali

Il lavoratore è soggetto all'obbligo di non divulgazione ed alla massima riservatezza in relazione ai dati personali e più in generale alle informazioni di cui verrà a conoscenza nell'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto delle previsioni del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs.196/2003 e s.m.i. (Codice privacy).
Il lavoratore si impegnerà, altresì, nell'esecuzione della prestazione lavorativa, al rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art. 5, paragrafo 1 del GDPR.
L'Azienda si impegna ad adottare tutte le misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate ai sensi dell'art. 32 GDPR, le quali dovranno essere conosciute e applicate dal dipendente che si avvale della modalità di lavoro agile, garantendo un livello di sicurezza, anche informatica, adeguato al rischio, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del trattamento, nonché dei rischi aventi probabilità e gravità diverse per i diritti e le libertà delle persone fisiche.
L'Azienda Locale ASL Roma 3, in qualità di Titolare del trattamento, fornirà al lavoratore richiedente le "Informazioni privacy per l'espletamento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile" (allegato E) al fine di rendere edotto l'interessato circa le modalità di trattamento dei suoi dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR.

I contratti integrativi sottoscritti dai dipendenti per avvalersi della modalità di lavoro agile verranno archiviati separatamente, in cartelle dedicate sui sistemi di archiviazione digitale aziendali.
Le attività descritte nel presente Regolamento ed i dati personali dei dipendenti raccolti al fine di attivare tale tipologia di lavoro agile o smart working devono, ai sensi della normativa privacy, opportunamente essere inseriti all'interno del Registro delle Attività di Trattamento ex art. 30 GDPR, a cura degli autorizzati coinvolti.

Art. 23

Modalità di recesso del lavoro agile

La possibilità di recesso da comunicarsi in forma scritta segue i termini stabiliti dall'art. 19 della Legge 81/2017, le parti possono recedere dall'accordo stipulato con un preavviso non inferiore a 30 giorni.
Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'art. 1 della legge n. 68 del 1999, 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.
È altresì possibile l'immediato recesso, da parte dell'Azienda, per gravi inadempimenti del lavoratore, a titolo puramente esemplificativo si configurano come ipotesi di giustificato motivo le modificazioni tali da richiedere una rivalutazione dell'opportunità e dell'interesse delle parti di proseguire con il lavoro agile così come disciplinato dal presente regolamento e in particolare in caso di:

a) trasferimento/assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
b) variazione delle mansioni e/o dell'inquadramento;
c) grave inadempimento degli obblighi contrattuali del dipendente;
d) impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata;
e) sopravvenute e motivate esigenze organizzative e/o produttive;
f) ragioni inerenti alla mancata e/o carente produttività, ovvero alla mancata e/o carente organizzazione del lavoro;
g) problemi di sicurezza informatica, inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;
h) la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la dotazione informatica per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
i) inosservanza delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro.

Art. 24

Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento si rinvia alla normativa ed alla contrattazione collettiva vigente.
Il presente regolamento entra in vigore dalla data del provvedimento deliberativo di adozione e sostituisce ogni precedente regolamentazione aziendale in materia.

Segue modulistica:

1. Richiesta attivazione lavoro agile (allegato A)
2. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i dipendenti del Comparto Sanità della ASL Roma 3 (allegato B)
3. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i Dirigenti medici sanitari e veterinari della ASL Roma 3 (allegato C)
4. Accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile per i Dirigenti amministrativi, tecnici e professionali della ASL Roma 3 (allegato D)
5. Informazioni privacy per l'espletamento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile (allegato n. E)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Allegato A rev_1 – Richiesta attivazione lavoro agile (smart working)

Prot. n. _____del _____

Al Dirigente/Responsabile
(indicare la Struttura)
Dr. _____
_____

Oggetto: Richiesta attivazione lavoro in modalità agile (smart working)

Il sottoscritto/a _____ matr. _____dipendente di questa ASL Roma 3 in qualità di _____in servizio presso _____ telefono _____email _____

con contratto di lavoro a tempo (flaggare con la X in corrispondenza):

□ indeterminato □ determinato □ full time □ part-time orizzontale (……..%) □ part-time verticale (%)

CHIEDE

di poter svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità "agile" ai sensi del Regolamento Aziendale

a decorrere dal _____fino al _____(indicare data di scadenza);

DICHIARA

a) di poter svolgere l'attività lavorativa in modalità agile nella/e seguente/i giornata/e" (barrare con la X in corrispondenza):

□ lunedì □ martedì □ mercoledì □ giovedì □ venerdì □ sabato

b) di svolgere l'attività lavorativa nella sede abituale di lavoro (barrare con la X in corrispondenza):

□ lunedì □ martedì □ mercoledì □ giovedì □ venerdì □ sabato

c) che la prestazione lavorativa sarà effettuata, di norma, in correlazione temporale con l'orario normale di lavoro in sede, con le caratteristiche di flessibilità temporale propria dell'Area di appartenenza o della Dirigenza, fermo restando la garanzia di reperibilità nella/e seguente/i fascia/e oraria/e:

dalle ore _____ alle ore _____;

dalle ore _____ alle ore _____;

d) 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:

_____

e) di essere in possesso dei seguenti strumenti informatici (barrare con la X in corrispondenza):

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

f) 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;

g) 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.

DICHIARA inoltre

in base a quanto disposto dall'art. 46 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazione mendace, di trovarsi in una delle seguenti situazioni (barrare con la X in corrispondenza):

☐ dipendente in condizione di disabilità in situazioni di gravità accertata ai sensi della Legge n.104/1992;

☐ dipendenti di cui all'art. 1 comma 4 della Legge 106/2025;

☐ dipendente con figli fino a 12 anni di età, o senza alcun limite di età, in situazione di disabilità nelle condizioni di cui all'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 o che godano dei benefici previsti dal D. Lgs. 151/2001;

☐ dipendente caregivers ai sensi dell'art. 1, comma 255 della Legge n. 205 del 2017;

☐ dipendente che assista familiari con disabilità in situazioni di gravità accertata ai sensi della Legge n. 104/1992;

☐ dipendente che documenti, mediante certificazioni rilasciate da strutture sanitarie pubbliche, particolari esigenze di salute anche temporanee;

☐ ulteriori esigenze valutate dal dirigente in base alle vigenti disposizioni normative.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare il possesso di quanto sopra dichiarato.

Il richiedente

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Allegato B rev_1

ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO
DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE
PER I DIPENDENTI DEL COMPARTO SANITA'
DELLA ASL ROMA 3

TRA

Il/la sottoscritto/a _____ Dirigente/Responsabile della struttura (indicare il nome della struttura) _____ di seguito denominato/a Dirigente/Responsabile

E

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ matr. _____ dipendente di questa ASL Roma 3 con la qualifica di _____ in servizio presso _____ telefono _____ email _____ con sede di lavoro (via) _____

di seguito anche "Dipendente", congiuntamente definite anche come "Parti" e singolarmente come "Parte";

PREMESSO

a) che a norma degli artt. 18-19-20-21-22-23 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) del Comparto Sanità 2019-2021, sottoscritto in data 02.11.2022, ha integrato la precedente disciplina relativa allo svolgimento del lavoro agile prevedendo 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 il "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica" è contenuto del PIAO approvato in Azienda;
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 ai sensi del Regolamento aziendale.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

(Modalità di svolgimento)

1) Il/la dipendente svolgerà, fermo restando il criterio della prevalenza della modalità in presenza, parte della sua attività in modalità di lavoro agile a decorrere dal_____ fino al_____ nei termini e condizioni di seguito indicate ed in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile (smart working) del personale dipendente della ASL Roma 3;

2) le giornate di lavoro agile sono stabilite in n._____/a settimana/mese e segnatamente nei giorni di ___ e sono concordate con il Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione, tenuto conto delle esigenze di servizio.
Le rimanenti giornate lavorative stabilite in n._____/a settimana/mese e segnatamente le giornate _____saranno svolte in presenza presso gli uffici aziendali;

3) la fascia di contattabilità nelle giornate di lavoro agile resta quella corrispondente all'orario generalmente svolto dal lavoratore. Il dipendente può essere contattato, al di fuori della predetta fascia, soltanto per motivi urgenti, fatta salva la fascia di disconnesione di cui al punto 5, mediante le seguenti modalità:

- recapito telefonico (facoltativo)_____
- deviazione della propria utenza del numero telefonico interno (necessario) _____

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.

4) nelle giornate in cui viene svolta attività di *smart-working* non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato e/o lavoro svolto in condizioni di rischio;

5) la fascia di inoperabilità nella quale il dipendente non può erogare alcuna prestazione lavorativa è stabilita in misura non inferiore ad 11 ore consecutive;

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

- dotazione informatica di proprietà/nella disponibilità del dipendente (indicare genericamente la strumentazione occorrente):

  _____

- dotazione informatica fornita dall'amministrazione:

  _____

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

a) tenuto a conformare la propria condotta agli obblighi di comportamento previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali;
b) tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali ed alle direttive e indicazioni all'uopo impartite dalle competenti strutture dell'amministrazione;
c) personalmente responsabile della sicurezza dei dati trattati.

ARTICOLO 2

(Recesso)

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso, da comunicarsi in forma scritta, non inferiore a 30 giorni.

Nel caso di lavoratori disabili, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 68 del 12 marzo 1999, 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:

a) trasferimento/assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
b) variazione delle mansioni e/o dell'inquadramento;
c) grave inadempimento degli obblighi contrattuali del dipendente;
d) impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata;
e) sopravvenute motivate esigenze organizzative e/o produttive;
f) ragioni inerenti alla mancata e/o carente produttività, ovvero alla mancata e/o carente organizzazione del lavoro;
g) problemi di sicurezza informatica, inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;
h) la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile (e/o per l'Azienda) di mettere a disposizione la dotazione informatica per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
i) inosservanza delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro.

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 e a tal fine, il dipendente e il/ la Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione concordano, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, 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) (solo nel caso di dotazione da parte dell'Azienda) di aver ricevuto la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione in modalità agile.

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, si rimanda alle norme di legge in materia di lavoro agile, ai contratti collettivi di categoria applicati dall'Amministrazione, ai regolamenti ed alle disposizioni di servizio interne.

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.
Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, _____

Il/la dipendente _____

Il/la Dirigente/Responsabile

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Allegato C rev_1

ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE PER I DIRIGENTI DELL'AREA SANITA' DELLA ASL ROMA 3

TRA

Il/la sottoscritto/a _____ Dirigente/Responsabile della struttura (indicare il nome della struttura) _____ di seguito denominato/a Dirigente/Responsabile

E

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ matr. _____ dipendente di questa ASL Roma 3 con la qualifica di _____ disciplina _____ in servizio presso _____ telefono _____ email _____ con sede di lavoro (via) _____

di seguito anche "Dipendente", congiuntamente definite anche come "Parti" e singolarmente come "Parte";

PREMESSO

a) che a norma degli artt. 18-19-20-21-22-23 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 dell'Area Sanità 2019-2021, sottoscritto in data 23.01.2024, ha integrato la precedente disciplina relativa allo svolgimento del lavoro agile prevedendo specificamente all'art. 94, 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. 782 del 23.08.2022 è stata adottata la procedura Aziendale di Televisita;
d) che il "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica" è contenuto del PIAO approvato in Azienda;
e) che con istanza prot. n._____ del _____ il/la dirigente medico ha chiesto di essere autorizzato/a a svolgere parte della propria prestazione lavorativa in modalità agile ai sensi del Regolamento aziendale.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

(Modalità di svolgimento)

1) Il/la dirigente medico svolgerà, fermo restando il criterio della prevalenza della modalità in presenza, parte della sua attività in modalità di lavoro agile a decorrere dal_____fino al_____nei termini e condizioni di seguito indicate ed in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento per la disciplina del lavoro in modalità agile (smart working) del personale dipendente della ASL Roma 3 e nella Procedura aziendale di Televisita qualora d'interesse;

2) le giornate di lavoro agile sono stabilite in n._____/a settimana/mese e segnatamente nei giorni di _____ e saranno concordate con il Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione, tenuto conto delle esigenze di servizio.
Le rimanenti giornate lavorative stabilite in n._____/a settimana/mese e segnatamente le giornate _____ saranno/dovranno essere svolte in presenza presso la sede di lavoro;

3) la fascia di contattabilità nelle giornate di lavoro agile resta quella corrispondente all'orario generalmente svolto dal dirigente medico. Il dipendente può essere contattato, al di fuori della predetta fascia, per eventuali motivi di emergenza, fatta salva la fascia di disconnessione di cui al punto 5, mediante le seguenti modalità:

- recapito telefonico personale (facoltativo) _____
- deviazione della propria utenza del numero telefonico interno (necessario) _____.

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.

4) per assicurare la protezione dei dati trattati e per la tipologia di attività svolta (telemedicina) il dirigente comunica all'Amministrazione i luoghi dove è possibile svolgere l'attività:

_____

_____

_____

_____

6) nelle giornate in cui viene svolta attività di *smart-working* non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato e/o lavoro svolto in condizioni di rischio;

7) la fascia di inoperabilità nella quale il dirigente medico non può erogare alcuna prestazione lavorativa è stabilità dall'art. 27 comma 13 (Orario di lavoro) CCNL dell'Area Sanità 2019-2021*: "il dirigente ha diritto ad un periodo di riposo consecutivo giornaliero non inferiore a 11 ore per il recupero delle energie psicofisiche fatto salvo quanto previsto dall'art. 17"*;

8) nei casi di disconnessione sono fatti comunque salvi i casi di eventuali situazioni di emergenza che richiedano il richiamo in servizio dei dirigenti ai quali vengono successivamente garantite, nel caso di mancata fruizione del periodo di 11 ore di riposo, adeguate misure di protezione ai sensi dell'art. 27 comma 17 (orario di lavoro dei dirigenti);

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

- dotazione informatica di proprietà/nella disponibilità del dipendente (indicare genericamente la strumentazione occorrente):

  _____

- dotazione informatica fornita dall'amministrazione:

  _____

esclusivamente per lo svolgimento della prestazione lavorativa in telemedicina (barrare le caselle):

- il sistema di televisita utilizzato per la specialistica ambulatoriale è l'applicativo regionale SISMED Cartella, raggiungibile al link dedicato della pagina web aziendale Software Aziendali. https://www.prescrizione.poslazio.it/sismed-ambulatorio/
- Per gli altri setting assistenziali (ad esempio dimissione protetta, dipartimenti salute mentale, cure primarie), nelle more dell'acquisizione di piattaforma specifica di televisita, è possibile utilizzare il seguente sistema di videoconferenza regionale: Jitsi Meet (regione.lazio.it)
- La piattaforma denominata Salute Digitale, offerta per ampliare i servizi di telemedicina, è una piattaforma gratuita di videoconferenza, con possibilità di erogazione del servizio in modalità cloud ovvero on-premise. La piattaforma sfrutta una tecnologia open-source (Jitsi-Meet) che permette di avvicinare e far interagire professionisti sanitari e pazienti nel rispetto della privacy, senza barriere tecnologiche (se non la connessione alla rete ed una videocamera).

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

a) tenuto a conformare la propria condotta agli obblighi di comportamento previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali;
b) tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali ed alle direttive e indicazioni all'uopo impartite dalle competenti strutture dell'amministrazione;
c) personalmente responsabile della sicurezza dei dati trattati.

ARTICOLO 2

(Recesso)

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso, da comunicarsi in forma scritta, non inferiore a 30 giorni.
Nel caso di lavoratori disabili, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 68 del 12 marzo 1999, 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:

a) trasferimento/assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
b) variazione delle mansioni e/o dell'inquadramento;
c) grave inadempimento degli obblighi contrattuali del dipendente;
d) impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata;
e) sopravvenute motivate esigenze organizzative e/o produttive;
f) ragioni inerenti alla mancata e/o carente produttività, ovvero alla mancata e/o carente organizzazione del lavoro;
g) problemi di sicurezza informatica, inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;
h) la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile (e/o per l'Azienda) di mettere a disposizione la dotazione informatica per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
i) inosservanza delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro.

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 e a tal fine, il dipendente e il/ la Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione concordano, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, 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) (solo nel caso di dotazione da parte dell'Azienda) di aver ricevuto la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione in modalità agile.

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 7

(Rinvio)

Il presente contratto costituisce integrazione del contratto individuale di lavoro.
Per tutto quanto non previsto, si rimanda alle norme di legge in materia di lavoro agile, ai contratti collettivi di categoria applicati dall'Amministrazione, ai regolamenti ed alle disposizioni di servizio interne.

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.
Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, _____

Il/la Dirigente Medico _____

Il/la Dirigente/Responsabile

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Allegato D rev_1

ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE PER IL PERSONALE DELL'AREA FUNZIONI LOCALI DELLA ASL ROMA 3

TRA

Il/la sottoscritto/a _____ Dirigente/Responsabile della struttura (indicare il nome della struttura) _____di seguito denominato/a Dirigente/Responsabile

E

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____il _____matr. _____dipendente di questa ASL Roma 3 con la qualifica di _____ in servizio presso _____ telefono _____ email_____ con sede di lavoro (via) _____

di seguito anche "Dipendente", congiuntamente definite anche come "Parti" e singolarmente come "Parte";

PREMESSO

a) che a norma degli artt. 18-19-20-21-22-23 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 Area Funzioni Locali 2019-2021, sottoscritto in data 16.07.2024, ha integrato la precedente disciplina relativa allo svolgimento del lavoro agile prevedendo specificamente all'art. 12, 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 il "Disciplinare per il corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici, internet e posta elettronica" è contenuto del PIAO approvato in Azienda;
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 ai sensi del Regolamento aziendale.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

(Modalità di svolgimento)

1) Il/la dipendente svolgerà, fermo restando il criterio della prevalenza della modalità in presenza, parte della sua attività in modalità di lavoro agile a decorrere dal_____ fino al_____ nei termini e condizioni di seguito indicate ed in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento di disciplina del lavoro in modalità agile (smart working) del personale della ASL Roma 3, salvo esercizio del diritto di recesso;

2) le giornate di lavoro agile sono stabilite in n._____/a settimana/mese e segnatamente nei giorni di ___ e sono concordate con il Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione, tenuto conto delle esigenze di servizio. Le rimanenti giornate lavorative stabilite in n.____/a settimana/mese e segnatamente le giornate _____ saranno svolte in presenza presso gli uffici aziendali in servizio a qualsiasi titolo (missioni, servizio esterno e tipologie assimilabili);

3) al fine di garantire un'efficace interazione con l'ufficio di appartenenza, ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il/la dirigente garantisce la contattabilità corrispondente all'orario generalmente svolto in presenza, in modo tale da soddisfare le esigenze lavorative evitando rigidità e comunque nel rispetto del diritto alla disconnessione di cui al punto 5. Il dirigente può essere contattato mediante le seguenti modalità:

- recapito telefonico personale (facoltativo) _____
- deviazione della propria utenza del numero telefonico interno (necessario) _____.

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 dirigente 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.

4) nelle giornate in cui viene svolta attività di *smart-working* non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato e/o lavoro svolto in condizioni di rischio;

5) la fascia di inoperabilità nella quale il dipendente non può erogare alcuna prestazione lavorativa è stabilita in misura non inferiore ad 11 ore consecutive;

6) 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:

  _____

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

a) tenuto a conformare la propria condotta agli obblighi di comportamento previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali;
b) tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali ed alle direttive e indicazioni all'uopo impartite dalle competenti strutture dell'amministrazione;
c) personalmente responsabile della sicurezza dei dati trattati.

ARTICOLO 2

(Recesso)

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso, da comunicarsi in forma scritta, non inferiore a 30 giorni.

Nel caso di lavoratori disabili, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 68 del 12 marzo 1999, 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:

a) trasferimento/assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
b) variazione delle mansioni e/o dell'inquadramento;
c) grave inadempimento degli obblighi contrattuali del dipendente;
d) impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata;
e) sopravvenute motivate esigenze organizzative e/o produttive;
f) ragioni inerenti alla mancata e/o carente produttività, ovvero alla mancata e/o carente organizzazione del lavoro;
g) problemi di sicurezza informatica, inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;

h) la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile (e/o per l'Azienda) di mettere a disposizione la dotazione informatica per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;

i) inosservanza delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro.

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 e a tal fine, il dipendente e il/ la Dirigente/Responsabile della struttura di assegnazione concordano, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, 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) (solo nel caso di dotazione da parte dell'Azienda) di aver ricevuto la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione in modalità agile.

ARTICOLO 5

(Riservatezza, privacy e security)

Il dipendente 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, si rimanda alle norme di legge in materia di lavoro agile, ai contratti collettivi di categoria applicati dall'Amministrazione, ai regolamenti ed alle disposizioni di servizio interne.

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.
Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, _____

Il/la Dirigente richiedente _____

Il/la Dirigente/Responsabile

_____

ASL ROMA 3

Allegato E

INFORMAZIONI PRIVACY

Per l'espletamento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile

(Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy e ss.mm.ii.)

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 (in seguito "ASL Roma 3" o "Titolare") con sede legale in via Casal Bernocchi 73-00125 Roma, C.F. e P. IVA 04733491007, in qualità di Titolare del trattamento informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 (in seguito "GDPR") e del Codice Privacy e ss.mm.ii., che i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. **Finalità e Base Giuridica del Trattamento**

   I dati personali sono trattati per le finalità di gestione dei lavoratori dipendenti che fanno richiesta di accesso allo svolgimento dell'attività lavorativa in regime di lavoro agile (c.d. smart working) e, inoltre, ai fini dell'assolvimento degli adempimenti amministrativi ed istituzionali sanciti dall'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 e da quanto previsto nei Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro. La Base Giuridica del trattamento dei dati personali di cui al punto n. 2 delle seguenti informazioni privacy si rinviene all'art. 6, par. 1, lett. b) GDPR, ovvero "*il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso*" e nell'art. 9, par. 2, lett. b) GDPR, ossia "*per assolvere gli obblighi ed esercitare diritti specifici del Titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati Membri*".

2. **Categorie di Dati personali**

   Per le finalità di cui al punto n. 1 potranno essere raccolte e, successivamente trattate, le seguenti categorie di dati personali:

   - dati personali anagrafici;
   - dati di contatto;
   - informazioni relative all'attività lavorativa svolta presso ASL Roma 3;
   - dati relativi alla salute e sanitari riportati sui certificati medici inoltrati, anche mediante copia fotostatica, al Titolare del trattamento;
   - ogni ulteriore dato trattato riconducibile all'attività svolta.

3. **Modalità di Trattamento**

   Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4, par. 1, n. 2 GDPR e più precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

   I dati sono trattati dal Titolare con modalità, strumenti e procedure informatiche, telematiche o cartacee, strettamente necessarie per realizzare le finalità descritte al punto n. 1.

   Il Titolare del trattamento adotta misure di sicurezza fisiche, tecniche e organizzative ai sensi dell'art. 32 GDPR per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati (*Data Breach*).

4. **Periodo di Conservazione**

I dati personali verranno conservati per tutto il periodo necessario alla realizzazione delle finalità di cui al punto n. 1 delle Informazioni privacy, salvo l'obbligo di conservazione ulteriore imposto dalla legge per finalità di trasparenza o di tutela giudiziale di un diritto.

5. **Accesso ai dati personali**

I dati potranno essere accessibili per le finalità di cui al punto n. 1 dalle persone autorizzate specificamente nominate dal Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, nonché ad altri Enti, Organismi, Autorità verso i quali il Titolare del trattamento ha un obbligo di comunicazione previsto dalla legge.

6. **Diritti dell'interessato**

Il proprietario dei dati personali, nella sua qualità di interessato, dispone dei diritti di cui all'art. 15 GDPR ss. e più precisamente il diritto di accesso, il diritto di rettifica, il diritto alla cancellazione, il diritto di limitazione, il diritto di opposizione, nonché il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante (art. 77 GDPR e 141 Codice Privacy ss.mm.ii.).

7. **Modalità di esercizio dei diritti**

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui al punto 6 delle presenti informazioni privacy inviando apposita comunicazione all'indirizzo PEC del Titolare:

- **L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3** con sede legale in via Casal Bernocchi 73-00125 (Roma), protocollo@pec.aslroma3.it

8. **Identità e dati di contatto del:**

- **Titolare del trattamento – AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 3**
  In persona del Direttore Generale Dott.ssa Francesca Milito
  E-mail: direttoregenerale@aslroma3.it
  PEC: direzione.generale@pec.aslroma3.it
  Tel.: 0656487650/48
- **DPO – SCUDO PRIVACY SRL**
  In persona del Dott. Carlo Villanacci.
  E-mail: dpo@aslroma3.it

Presa visione delle Informazioni privacy

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/_____ e residente in _____ (____) cap _____ alla via _____ n. ___ tel. _____, **dichiaro** di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo, anche futuro, dei miei dati personali.

Dichiaro, inoltre, di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali.

Luogo e data

_____, _____

Firma Richiedente

_____

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*

INFORMATIVA 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

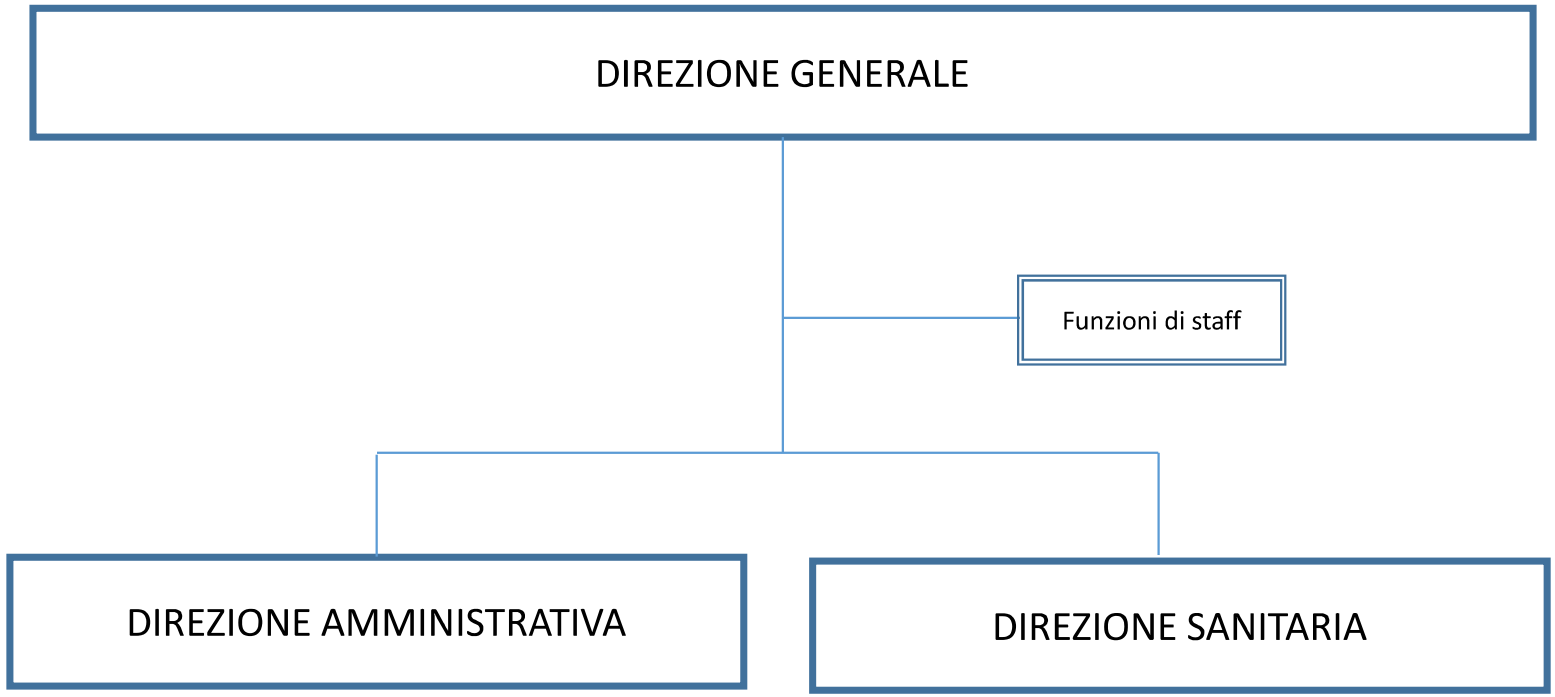
Allegato 8

ASL ROMA 3
ATTO AZIENDALE - ORGANIGRAMMA

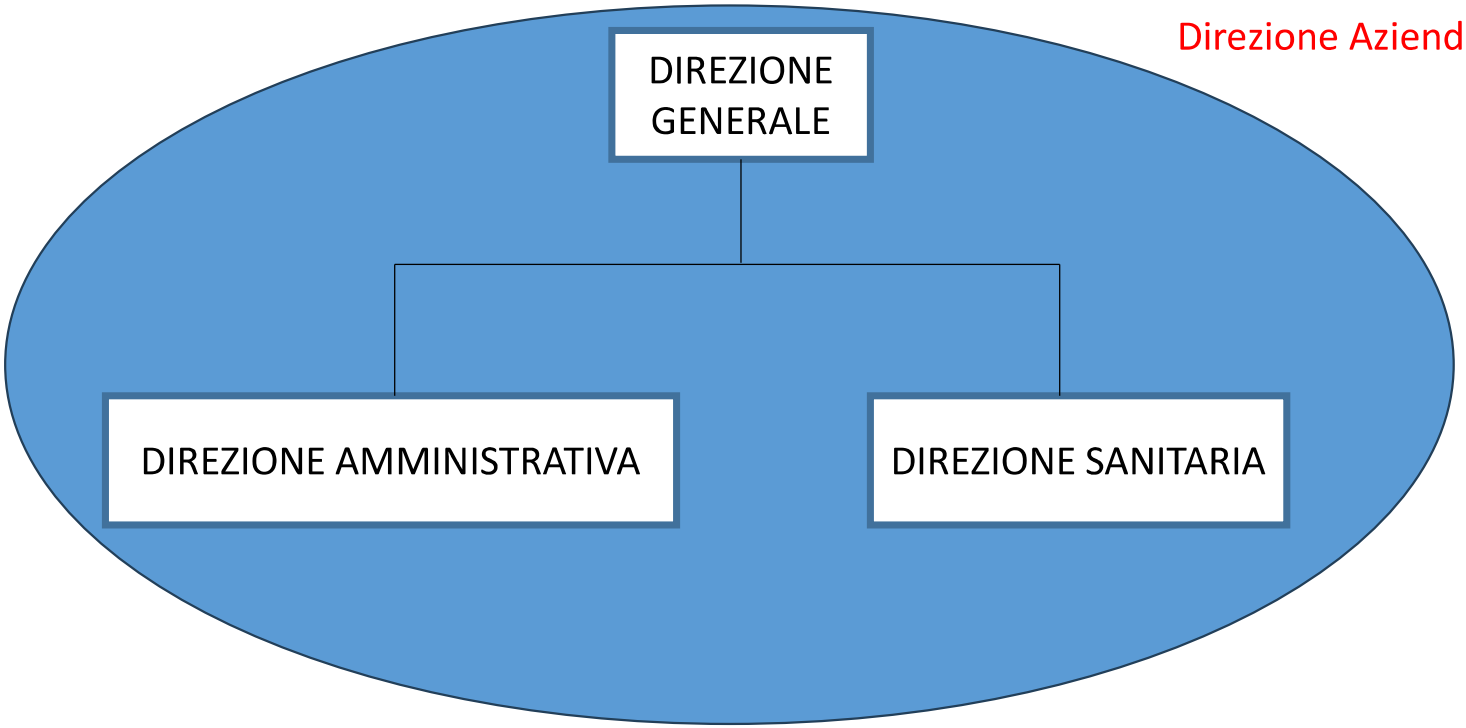
DIREZIONE AZIENDALE

STRUTTURE AZIENDALI

- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione
- OIV
- Consiglio dei sanitari
- Conferenza Locale Sociale e Sanitaria
- CUG



- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione
- OIV
- Consiglio dei sanitari
- Conferenza Locale Sociale e Sanitaria
- CUG



Direzione Aziendale

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE AZIENDALE

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO

Servizio di Igiene Ospedaliera e Prevenzione I.C.A.

- U.O.S. Gestione documentale e cartelle cliniche
- U.O.S. Coordinamento e Monitoraggio Attività CPO

**Istituzionali, Alpi, Privato Accreditato*
***Pluricategoriale*
**** si occupa anche di Fine Vita, Violenze, morte cerebrale, rapporti con autorità giudiziaria*

9 UOC
2 UOSD
5 UOS

AREA SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE

- U.O.C. RISCHIO CLINICO e QUALITA'
  - U.O.S. Reingegnerizzazione ed Audit dei processi produttivi Sanitari
- U.O.C. MEDICINA LEGALE OSPEDALIERA e SINISTROSITA' SANITARIA STRAGIUDIZIALE ***
- U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI
  - U.O.S. Controlli Prestazioni rese e Cartelle
- U.O.C. Sistemi Informativi Sanitari ed Epidemiologia

AREA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA

- U.O.C. PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E CONTROLLO DI GESTIONE
- U.O.C. SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE**
  - U.O.S. Governo centralizzato della Telemedicina
- U.O.C. PROGRAMMAZIONE OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E GOVERNO LISTE D'ATTESA*
- U.O.C. Sistemi Informatici, Tecnologie della Comunicazione, Digitalizzazione ed Operation Management

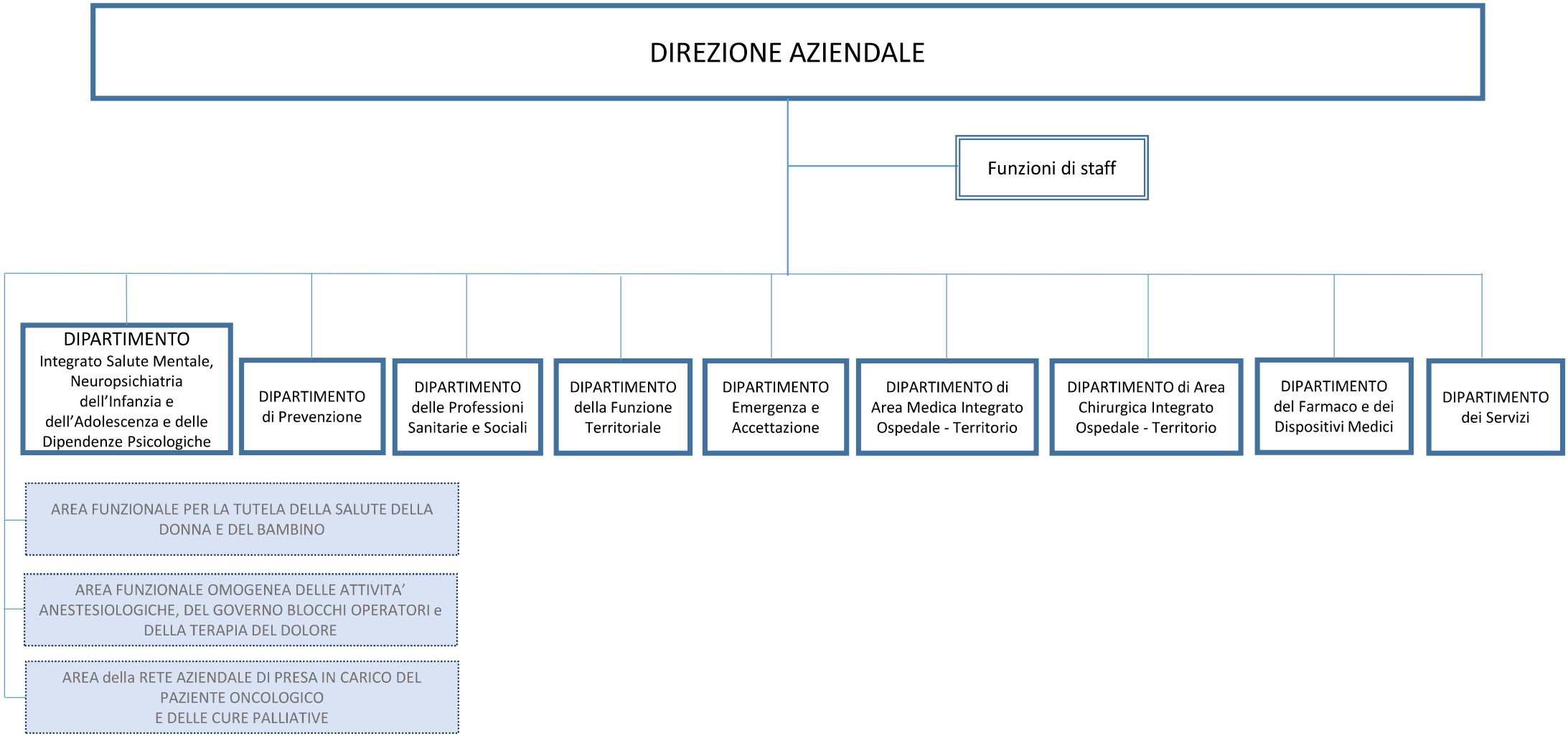
- U.O.S.D. Comunicazione istituzionale e URP
- U.O.S.D. Formazione
- *Avvocatura*

- Incarico Data Protection Officer
- Incarico Internal Auditor
- Incarico RSPP
- Incarico RPCT
- Reputation Manager
- Medico Competente

Line produttiva

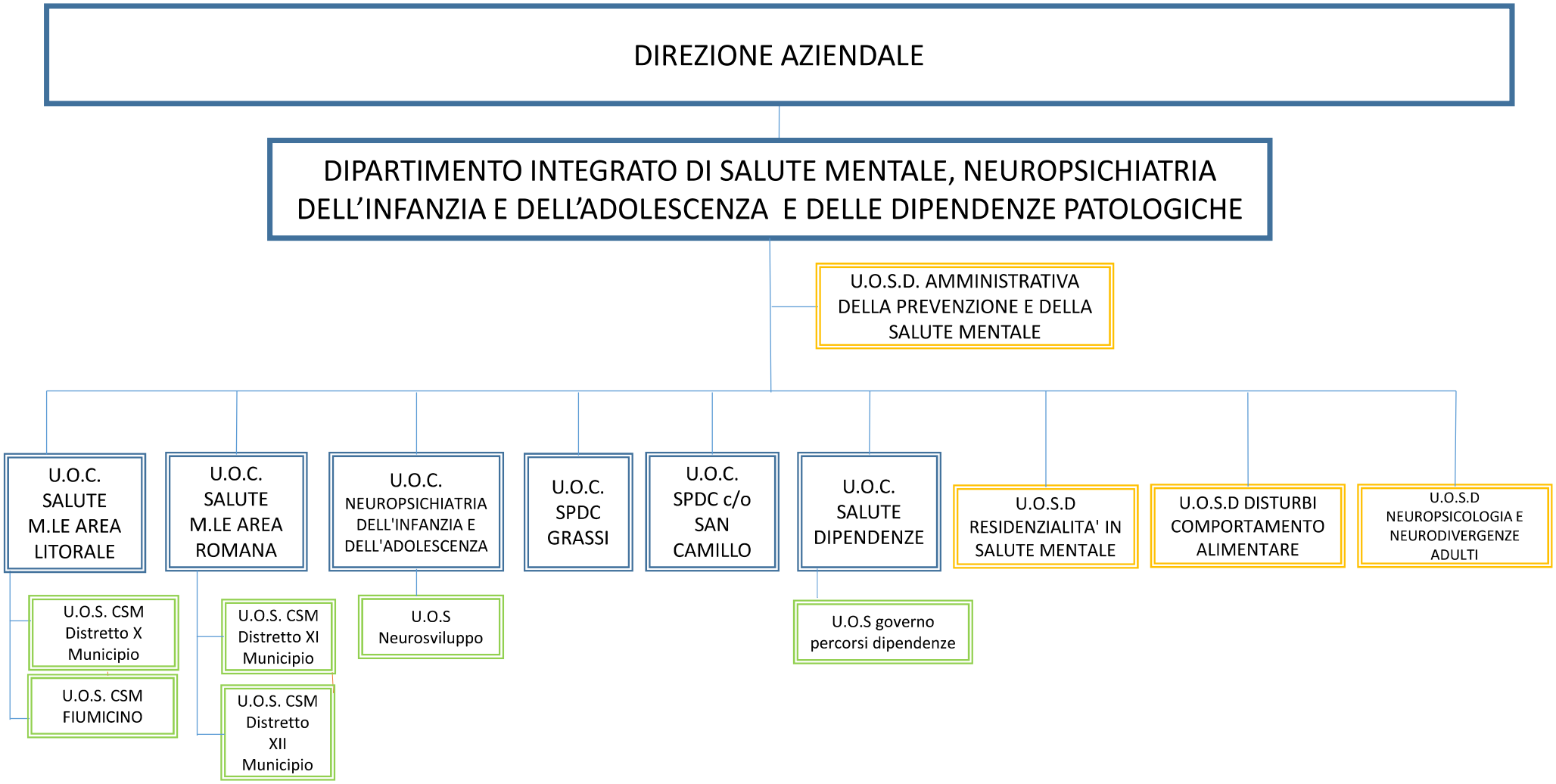
DIREZIONE AZIENDALE

LINEA PRODUTTIVA


DIREZIONE AZIENDALE
Funzioni di staff
DIPARTIMENTO Integrato Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Psicologiche
DIPARTIMENTO di Prevenzione
DIPARTIMENTO delle Professioni Sanitarie e Sociali
DIPARTIMENTO della Funzione Territoriale
DIPARTIMENTO Emergenza e Accettazione
DIPARTIMENTO di Area Medica Integrato Ospedale - Territorio
DIPARTIMENTO di Area Chirurgica Integrato Ospedale - Territorio
DIPARTIMENTO del Farmaco e dei Dispositivi Medici
DIPARTIMENTO dei Servizi
AREA FUNZIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI e DELLA TERAPIA DEL DOLORE
AREA della RETE AZIENDALE DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO E DELLE CURE PALLIATIVE

2 UOC
2 UOSD
4 UOS

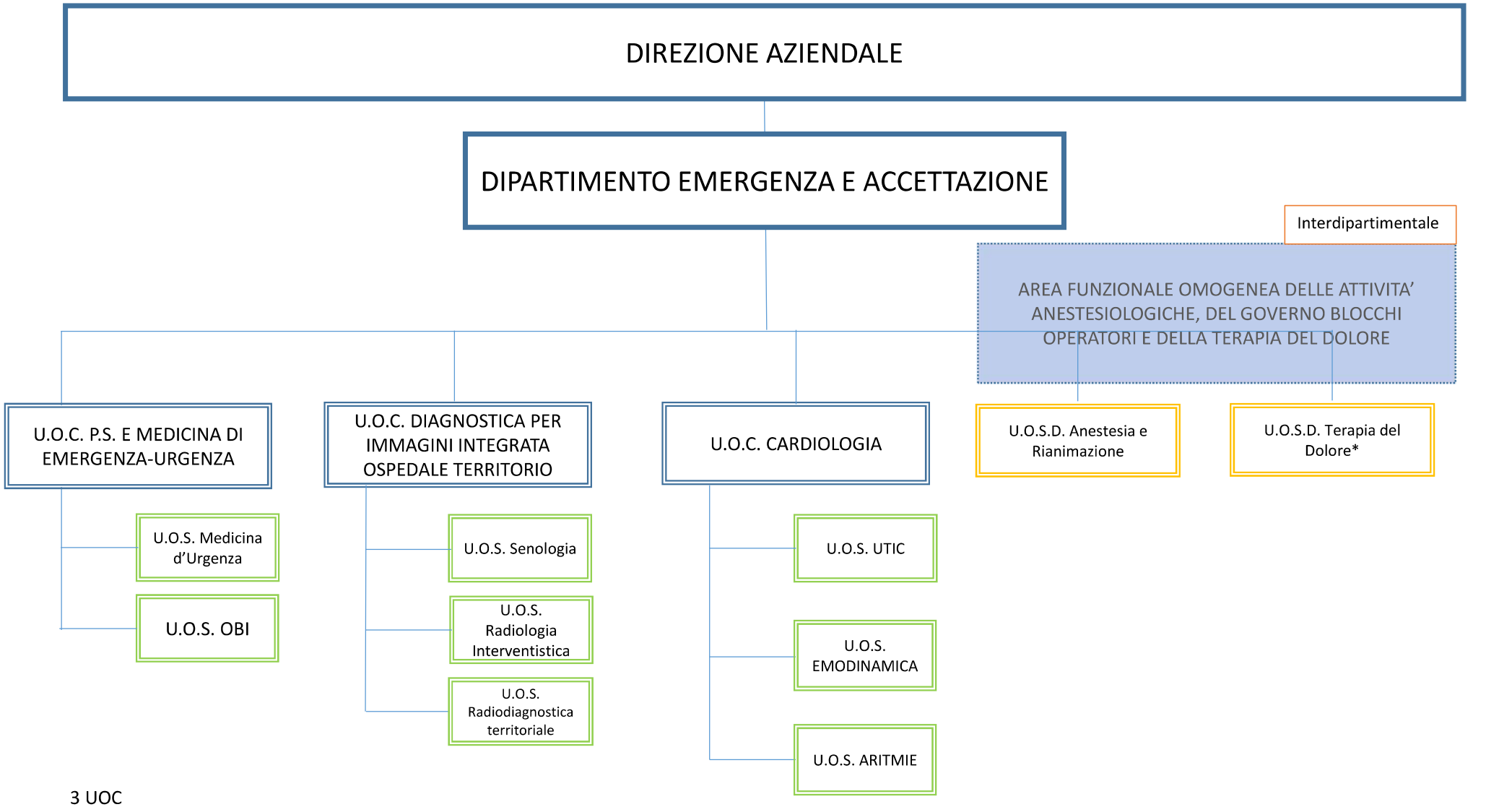
DIREZIONE AZIENDALE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.S.D. AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE
AREA FUNZIONALE AMBIENTI, LAVORO E IGIENE PUBBLICA
AREA FUNZIONALE SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO
U.O.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA
U.O.S.D. PROMOZIONE DELLA SALUTE E COORDINAMENTO PAP
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING
U.O.S.D. IMMUNO PROFILASSI
U.O.S.D. PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA E MEDICINA DELLO SPORT
U.O.C. SANITA' ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
U.O.S.D. CANILE SANITARIO SOVRAZONALE
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
U.O.S . Promozione della salute e formazione alla sicurezza negli ambienti di lavoro
U.O.S Malattie infettive e centro contrasto antibiotico resistenza
U.O.S. Sanità Animale
U.O.S. Igiene degli allevamenti
U.O.S. Igiene urbana veterinaria
Incarico di funzione di Coordinamento delle attività di Prevenzione e mitigazione dei rischi ambientali e climatici
5 UOC
5 UOSD
5 UOS



6 UOC
3 UOSD
6 UOS

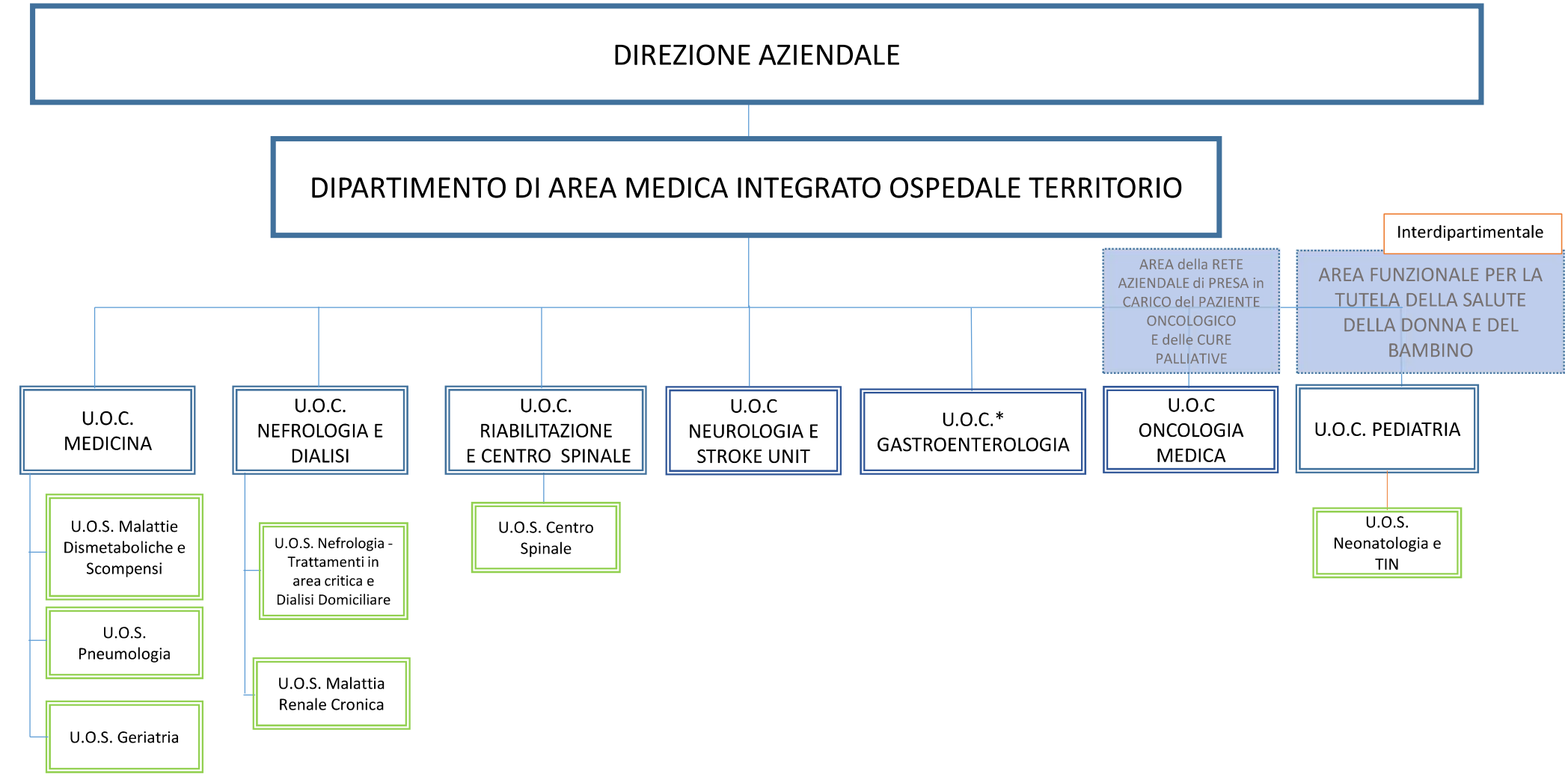
6 UOC
4 UOSD
4 UOS

*Pluricategoriale Sanitaria



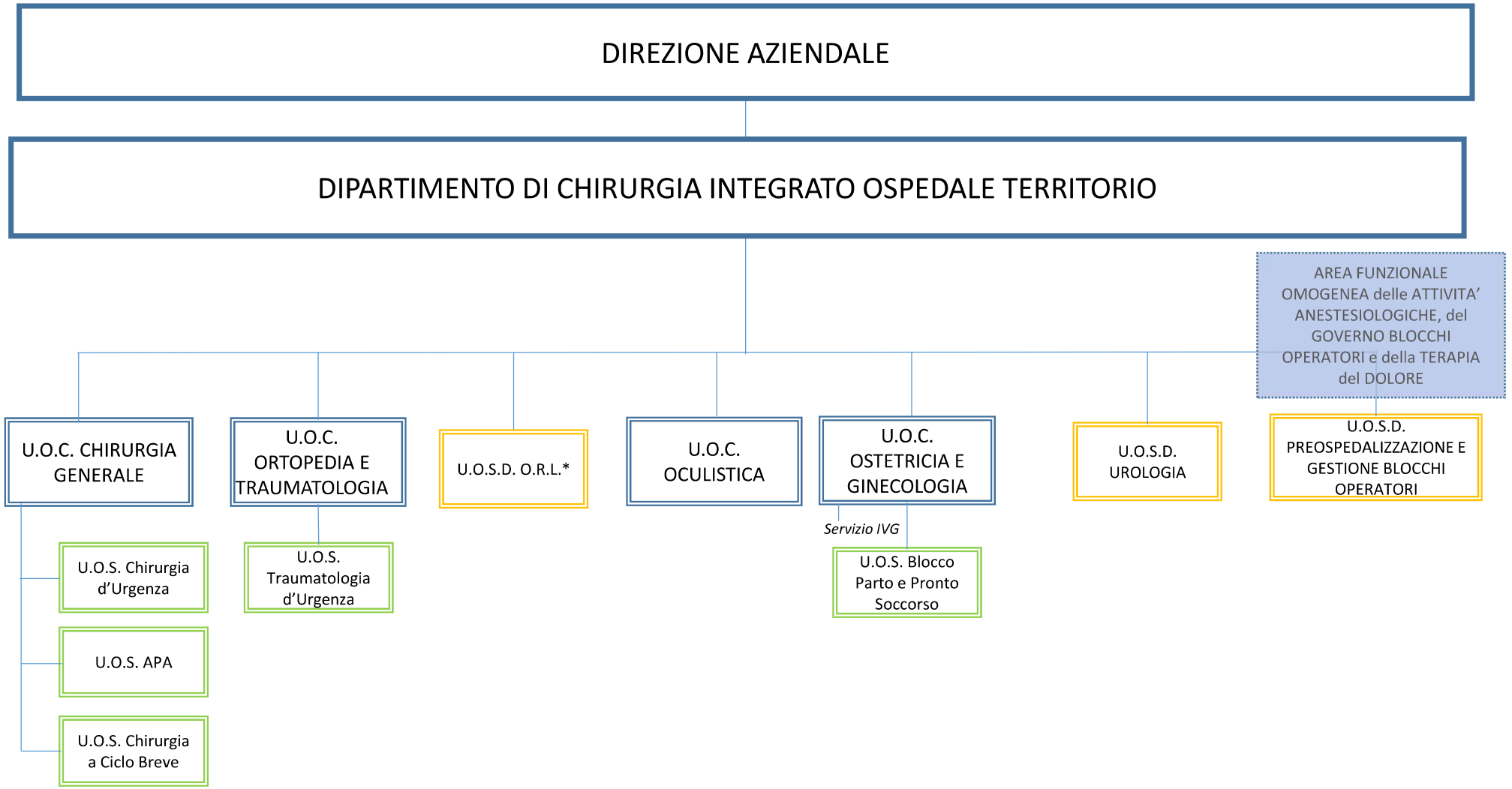
3 UOC
2 UOSD
8 UOS

* Svolge anche attività per i ricoverati e ambulatoriale



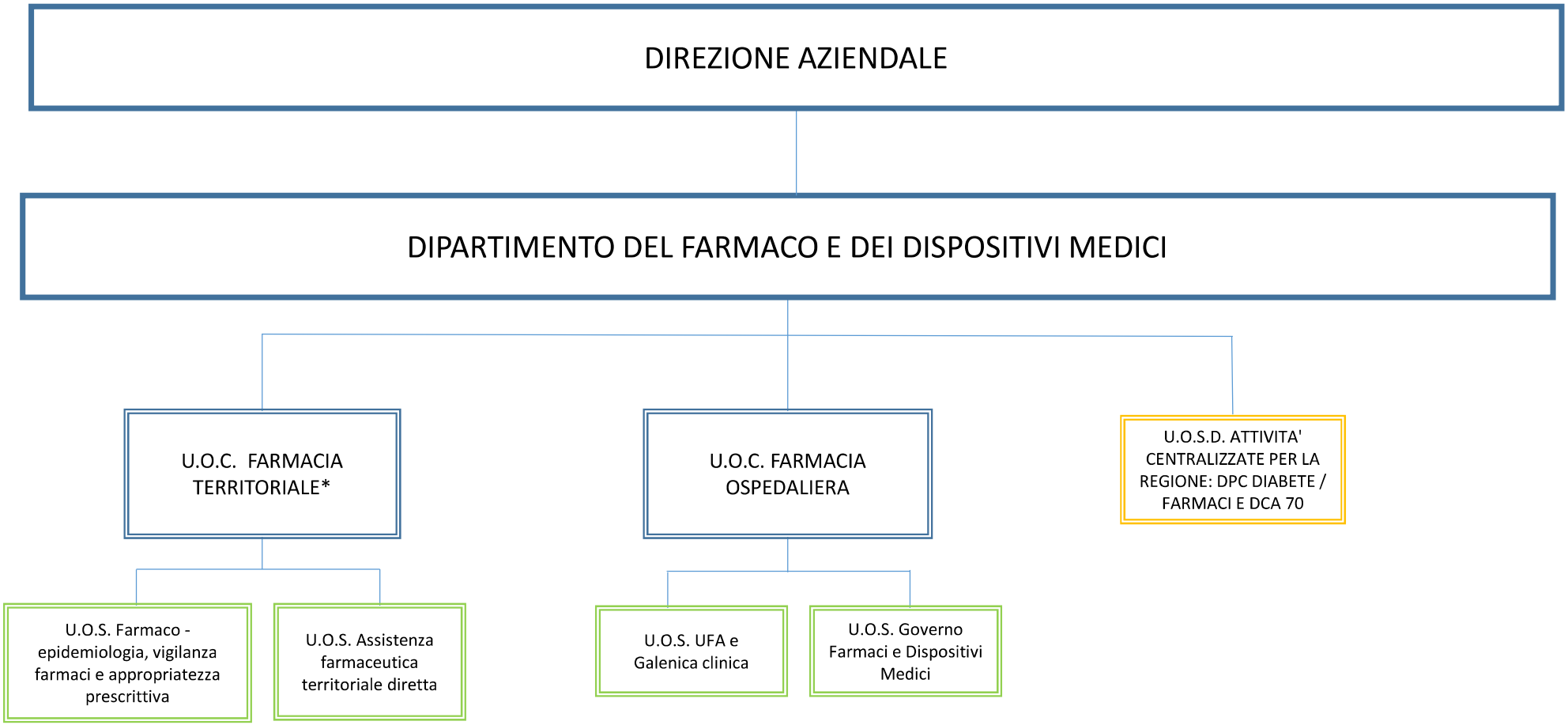
* Gastroenterologia integrata ospedale-territorio

7 UOC
7 UOS



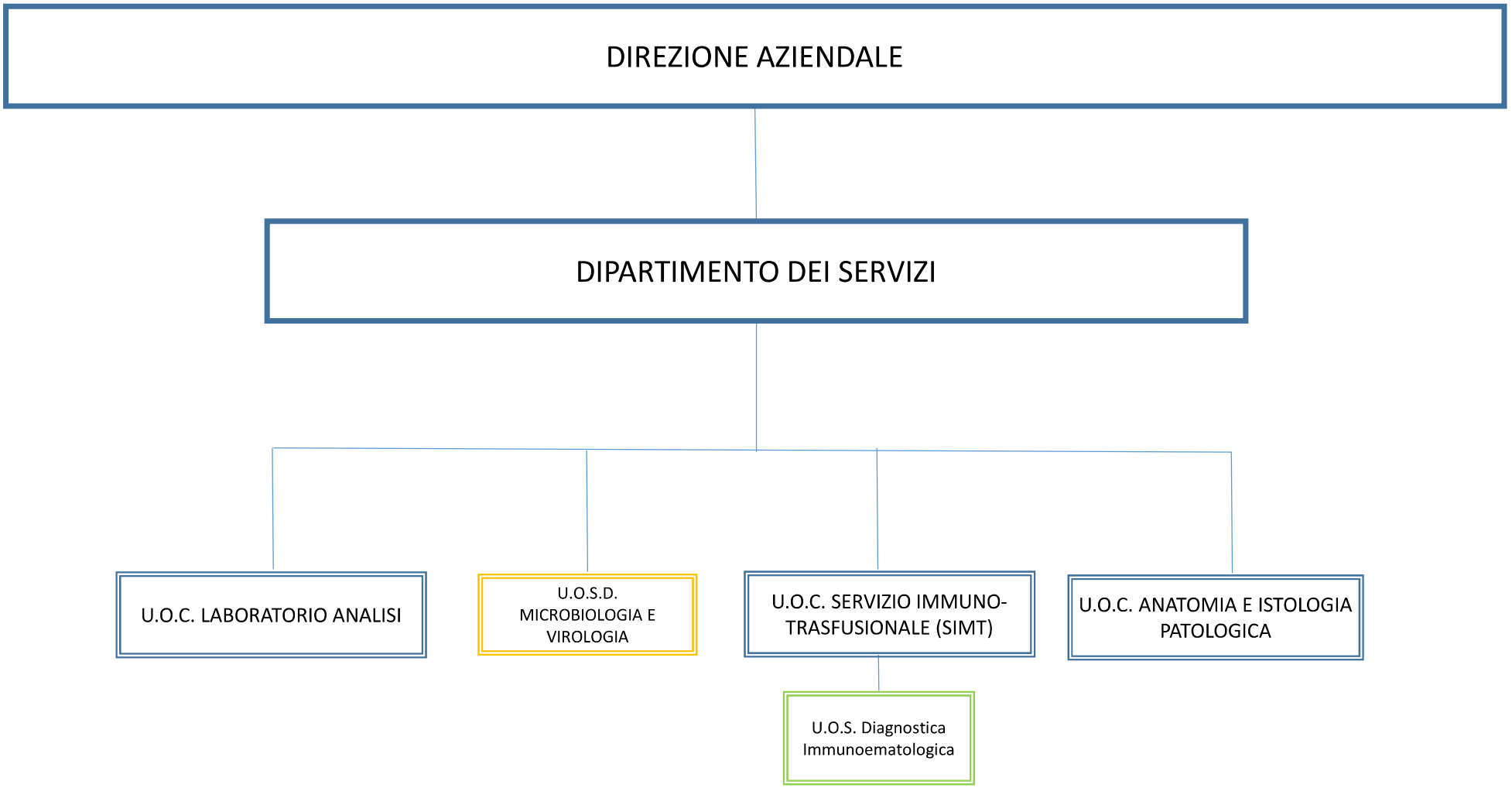
4 UOC
3 UOSD
5 UOS

** U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI*

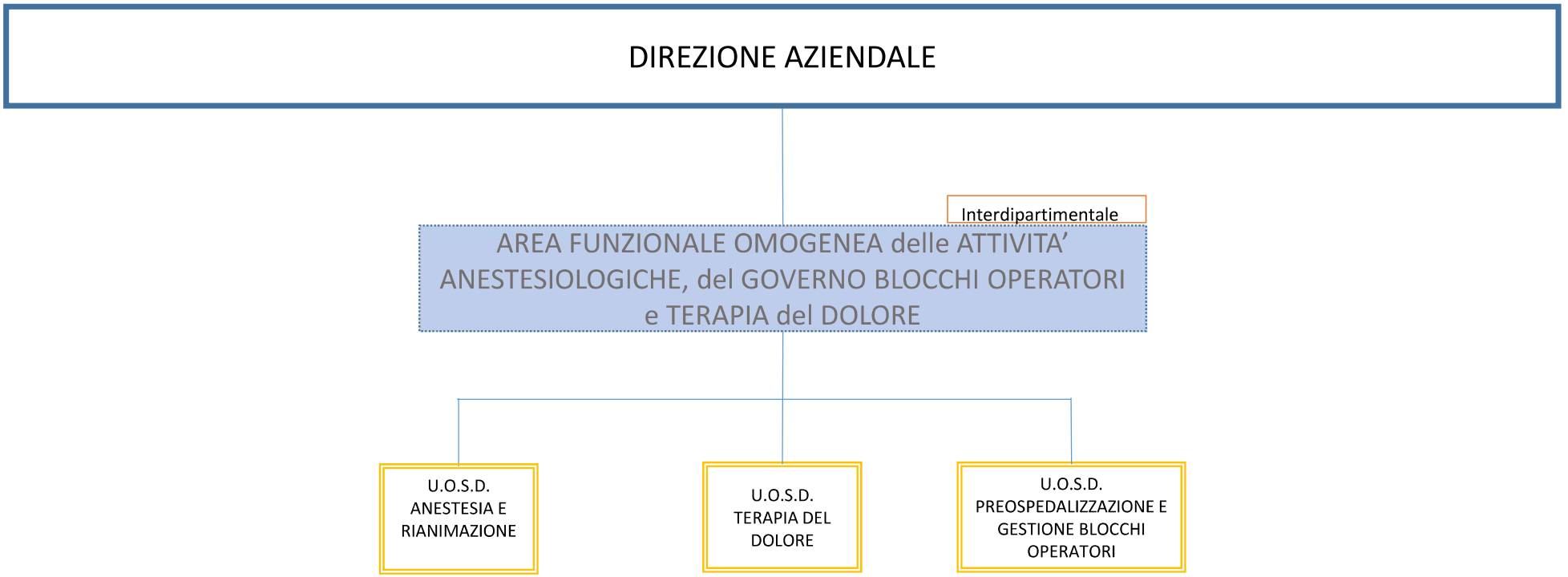


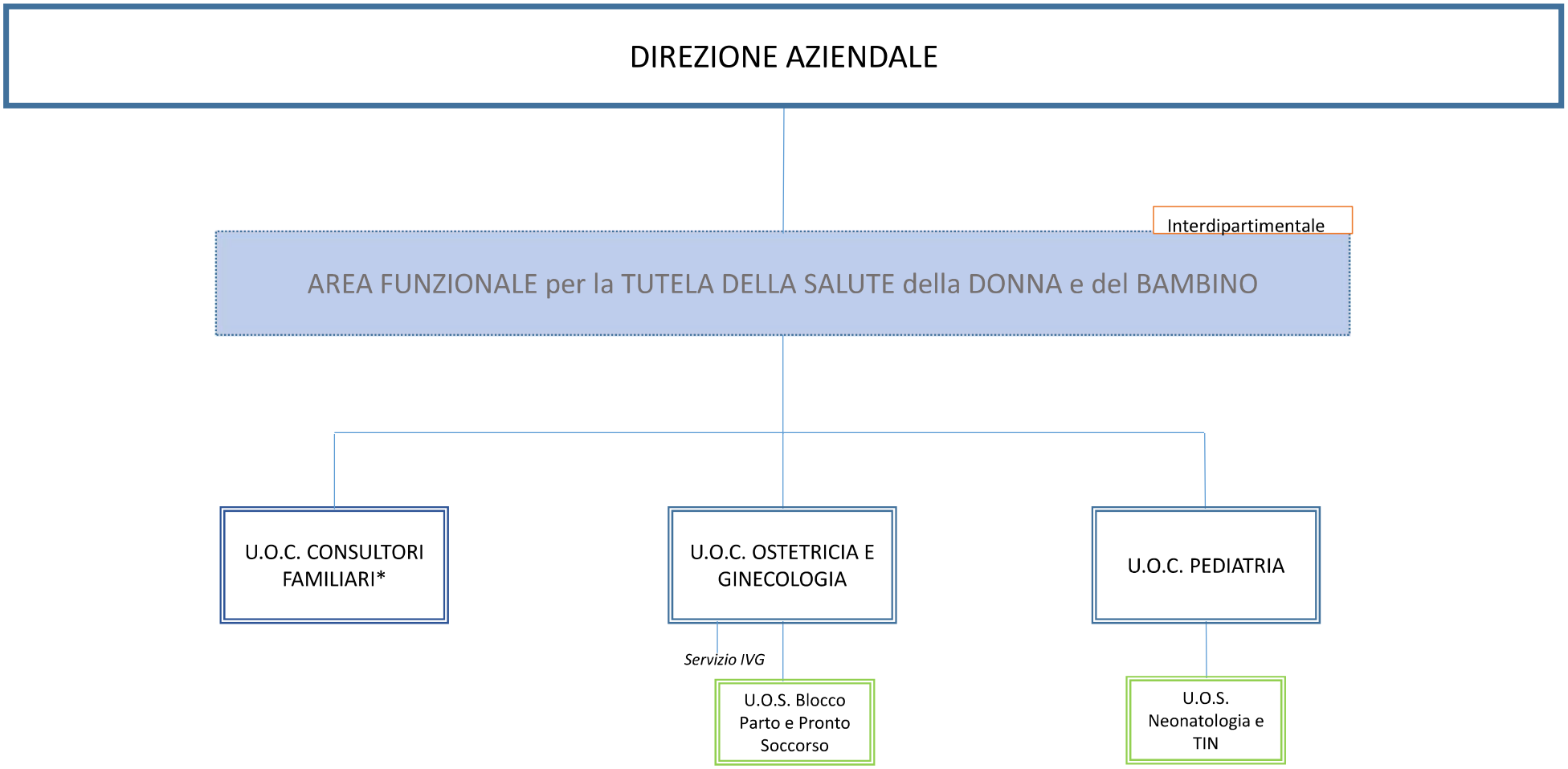
2 UOC
1 UOSD
4 UOS

*Incarico Continuità assistenziale farmaceutica

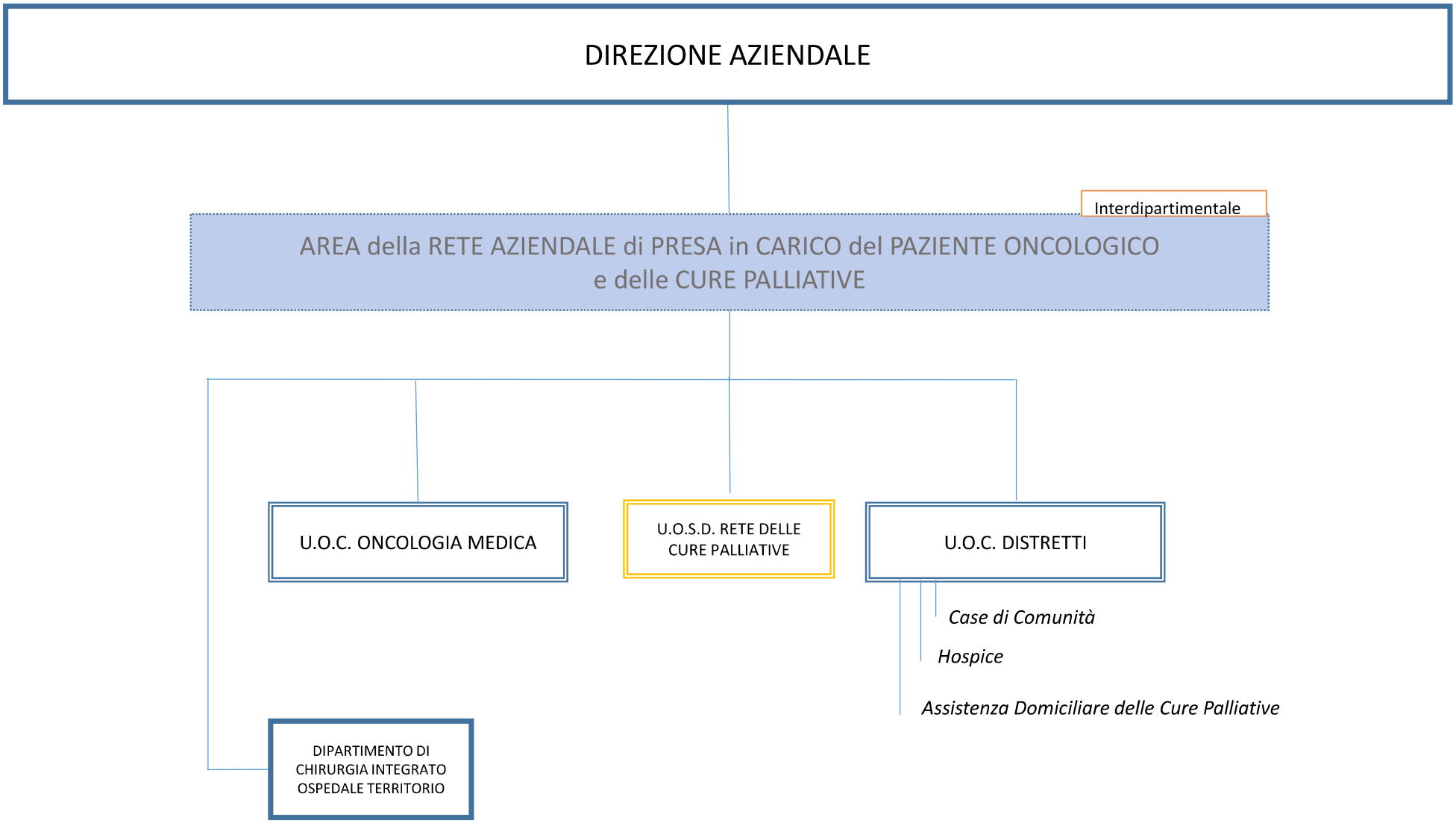


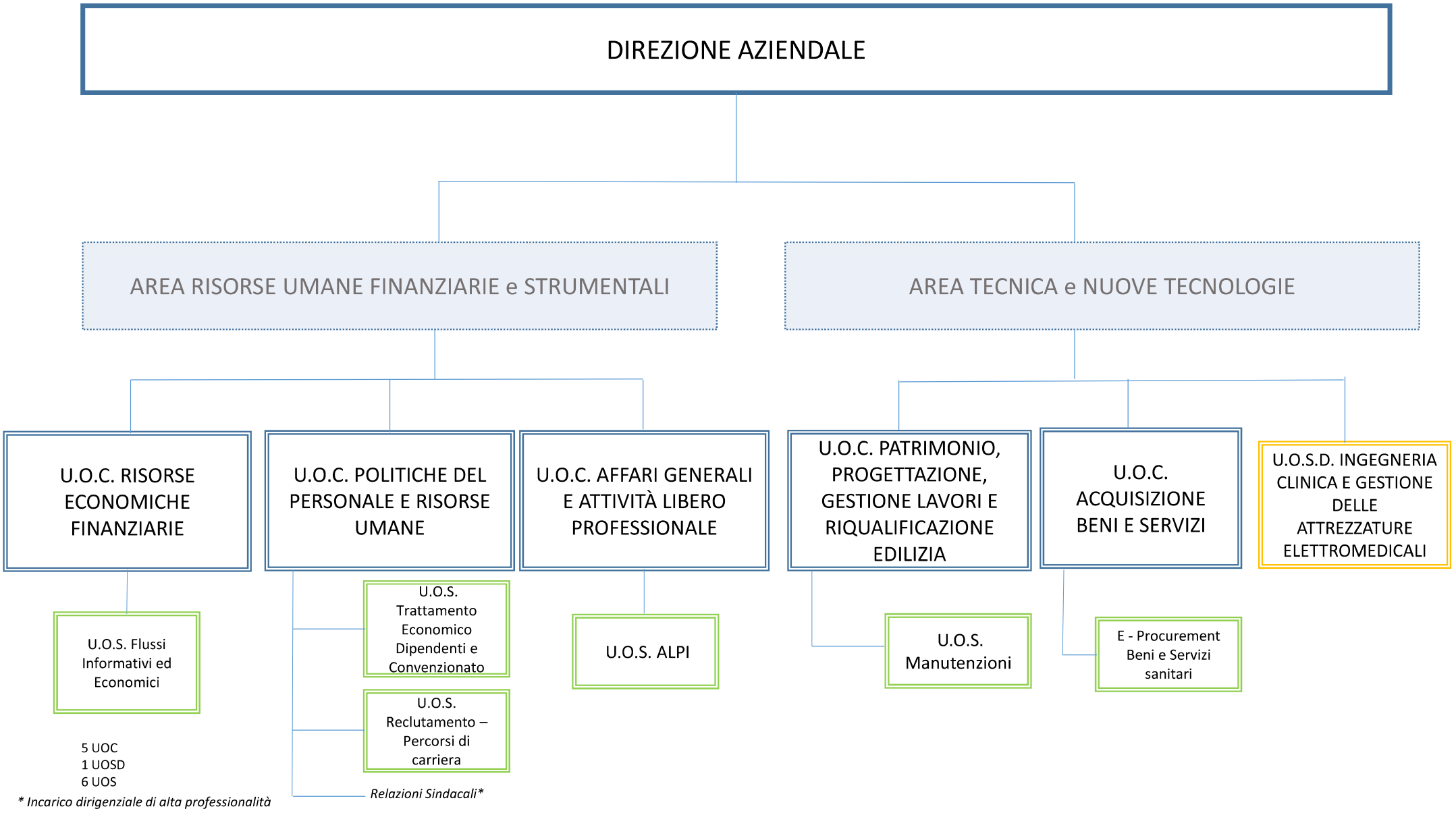
3 UOC
1 UOSD
1 UOS

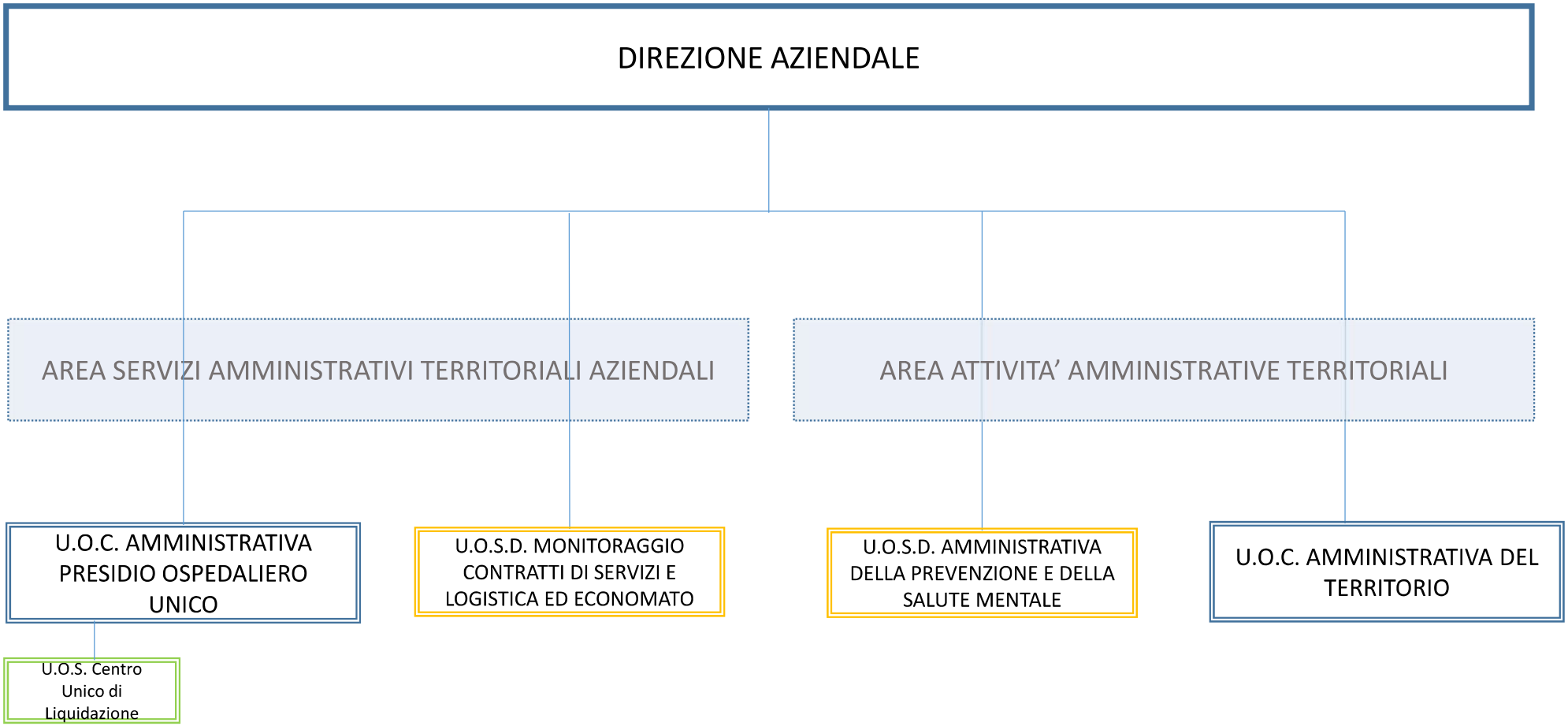

DIREZIONE AZIENDALE
Interdipartimentale
AREA FUNZIONALE OMOGENEA delle ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, del GOVERNO BLOCCHI OPERATORI e TERAPIA del DOLORE
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE
U.O.S.D. PREOSPEDALIZZAZIONE E GESTIONE BLOCCHI OPERATORI



*Pluricategoriale sanitaria


DIREZIONE AZIENDALE
Interdipartimentale
AREA della RETE AZIENDALE di PRESA in CARICO del PAZIENTE ONCOLOGICO
e delle CURE PALLIATIVE
U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA
U.O.S.D. RETE DELLE CURE PALLIATIVE
U.O.C. DISTRETTI
Case di Comunità
Hospice
Assistenza Domiciliare delle Cure Palliative
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO


DIREZIONE AZIENDALE
AREA RISORSE UMANE FINANZIARIE e STRUMENTALI
AREA TECNICA e NUOVE TECNOLOGIE
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE
U.O.C. AFFARI GENERALI E ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
U.O.S.D. INGEGNERIA CLINICA E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI
U.O.S. Flussi Informativi ed Economici
U.O.S. Trattamento Economico Dipendenti e Convenzionato
U.O.S. Reclutamento – Percorsi di carriera
Relazioni Sindacali*
U.O.S. ALPI
U.O.S. Manutenzioni
E - Procurement Beni e Servizi sanitari
5 UOC
1 UOSD
6 UOS
* Incarico dirigenziale di alta professionalità



2 UOC
2 UOSD
1 UOS

RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE: TOTALE STRUTTURE

Strutture Bozza Nuovo Atto Aziendale		
UOC	UOSD	UOS
54	**26**	**56**

Allegato n. 9

"Piano Formativo Aziendale"

Biennio 2025/2026

INDICE

PREMESSA

1.0 Scopo

2.0 La dimensione professionale e l'obbligo ECM

3.0 Obiettivi del sistema formativo

4.0 Le macroaree formative

4.1.1 La dimensione strategica nazionale

4.1.2 La dimensione dello sviluppo dell'SSR

4.1.3 La dimensione dello sviluppo professionale

5.0 La valutazione

PROPOSTE FORMATIVE PRESENTATE

PREMESSA

Il presente Piano Formativo Aziendale, Biennio 2025-2026, avente come oggetto "Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio formativo ECM della Regione Lazio/Age.Na.S 2026-2028", è stato redatto dall'UOS Formazione e Aggiornamento del Personale con Deliberazione Direttore Generale n. 1543 del 20/12/2024.
Le linee guida proposte nel documento regionale del Piano sono finalizzate a indirizzare gli investimenti formativi delle Aziende del SSR, articolandoli in aree tematiche e linee d'intervento. Tale approccio pone crescente attenzione non solo sulla qualità dei contenuti, ma anche sull'intero processo formativo, che comprende l'analisi dei bisogni formativi, la progettazione degli interventi formativi, la valutazione dell'impatto e la scelta delle metodologie.
Diventa quindi essenziale promuovere la ricerca di metodologie didattiche che rispondano al meglio alle esigenze contestuali (come il modello blended), integrando metodologie tradizionali con approcci esperienziali (Metodo Andragogico), come le comunità di pratica, attraverso le quali i partecipanti possono sviluppare competenze trasversali, capacità di collaborazione in team e altre abilità (skills). Inoltre, viene riconosciuta l'importanza della formazione a distanza (FAD), la quale, superando i limiti spaziali e temporali, rappresenta un mezzo efficace per garantire la formazione continua del personale. Anche se utilizzata come metodo complementare, la FAD può assumere un ruolo strategico rilevante per lo sviluppo di una rete di condivisione di esperienze e conoscenze, in un'ottica di rafforzamento dei sistemi.
In adesione all'esigenza di offrire opportunità formative legate ai limiti di disponibilità in presenza, verranno contemporaneamente promosse occasioni di formazione sul posto di lavoro (on the job).

1.0 Scopo

Il documento definisce la programmazione delle attività formative previste per il prossimo biennio e ha una funzione di indirizzo e orientamento sulle strategie a supporto dell'Azienda in questa fase di profonda innovazione.
La redazione del documento si basa sull'analisi dei crescenti bisogni formativi, condotta dal Comitato Scientifico e dai Referenti per la Formazione individuati. La bozza elaborata sarà condivisa con la Direzione Strategica per la piena attuazione ed eventuale integrazione di aree d'interesse formativo.
Nel rispetto delle indicazioni regionali, l'Azienda ha incluso nel presente piano formativo una sezione dedicata allo sviluppo degli obiettivi di formazione regionale, che si realizzerà anche attraverso eventi formativi aziendali "on the job".
Il Piano Formativo Aziendale per il biennio 2025-2026 potrà essere soggetto ad aggiornamento annuale, in base ai nuovi bisogni formativi identificati come prevalenti.

2.0 La dimensione professionale e l'obbligo ECM

Il presente Piano Formativo Aziendale definisce gli indirizzi regionali di programmazione formativa.
I progetti formativi saranno organizzati in eventi ECM e in attività di formazione continua, rivolte al personale aziendale amministrativo, tecnico e sanitario.
La formazione è fondamentale per aggiornare, migliorare o ampliare le competenze teoriche e pratiche.
Nel Piano Formativo Aziendale sono stati inclusi progetti conformi agli obblighi previsti dalla normativa vigente.

3.0 Obiettivi del sistema formativo

Gli obiettivi del sistema formativo mirano a sviluppare competenze tecniche e trasversali per migliorare la qualità, l'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario Regionale, rispondendo agli indirizzi nazionali e regionali. In questo contesto, i Referenti per la Formazione svolgono un ruolo centrale nel coordinare e monitorare le attività formative, garantendo che i percorsi siano coerenti con gli obiettivi strategici e con i bisogni del personale sanitario e amministrativo.

4.0 Le macroaree formative

La suddivisione delle macroaree formative rispetta gli indirizzi nazionali e regionali, articolandosi in tre dimensioni principali:

1. strategica nazionale;
2. sviluppo del SSR;
3. sviluppo professionale.

4.1.1 La dimensione strategica nazionale

In base all'art. 28, comma 3, "Obiettivi formativi" dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome, la Commissione Nazionale, in collaborazione con il C.T.R., definisce gli obiettivi formativi. Questi sono stabiliti considerando i Livelli Essenziali di Assistenza, i Piani Sanitari Regionali e le Linee Guida previste dall'art. 3 del D.L. n. 158/2012, convertito nella Legge 189/2012. Gli obiettivi sono suddivisi in tre macroaree:

- *Obiettivi tecnico-professionali*: mirano a sviluppare competenze e conoscenze specifiche per professioni o discipline, permettendo la pianificazione di eventi mirati.

- *Obiettivi di processo*: puntano a migliorare qualità, efficienza e sicurezza nei processi produttivi, con eventi rivolti a operatori o gruppi coinvolti in specifiche attività.

- *Obiettivi di sistema*: promuovono conoscenze e competenze per migliorare i sistemi sanitari, attraverso eventi interprofessionali per tutti gli operatori.

4.1.2 dimensione dello sviluppo dell'SSR

La qualità del Servizio Sanitario Regionale (SSR) dipende strettamente dalle competenze degli operatori. Queste competenze possono essere:

- specifiche (hard skills), legate alla professione o disciplina;
- trasversali (soft skills), come capacità relazionali e manageriali.

Le priorità formative sono definite in base agli obiettivi regionali, con il rispetto del minimo di un intervento formativo annuo per ogni Area Strategica, come previsto dal piano regionale. Le Aree Strategiche Formative, identificate nella Determinazione n. G16918 del 15 dicembre 2023, supportano processi di cambiamento con impatti organizzativi e clinico-assistenziali.
Le aree sono:

- 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.

4.1.3 La dimensione dello sviluppo professionale

Questa dimensione riguarda lo sviluppo professionale specifico per ciascuna figura, secondo gli obiettivi generali riportati nei quadri sinottici allegati Determinazione n. G16918 del 15 dicembre 2023.

5.0 La valutazione

La valutazione deve essere finalizzata a garantire una rendicontazione chiara dei risultati attesi/ottenuti e dei costi, oltre alla verifica dei processi, inserendosi in un ciclo continuo di miglioramento della qualità.
Considerando le diverse esigenze a cui la formazione deve rispondere, è fondamentale definire indicatori specifici per valutarne efficacia ed efficienza, riconoscendo la fase di valutazione come un elemento essenziale del processo formativo pre e post evento.
Strumenti e processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa sono indispensabili per assicurare che gli investimenti siano coerenti ed efficaci nel raggiungere gli obiettivi sia del sistema formativo che aziendale. Monitorare la qualità dell'offerta formativa significa analizzare il rapporto tra i bisogni identificati e i risultati osservabili e misurabili in termini di impatti professionali e organizzativi dopo la formazione.

PROPOSTE FORMATIVE PRESENTATE

STAFF DIREZIONE GENERALE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
DIREZIONE GENERALE	PROMOZIONE DI UN BENCHMARKING E PERFEZIONAMENTO DEI MODELLI AZIENDALI NELL'AMBITO DI PERCORSI ORGANIZZATIVI CLINICO - ASSISTENZIALI CON MODELLI DI VERIFICA E MONITORAGGIO	LAURA FIGORILLI, ANTONIO BRAY e ANGELO SCOZZAFAVA	SI	3.600,00 €	1	3.600,00 €
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	CORSO BASE/INTERMEDIO DI MICROSOFT OFFICE EXCEL	MILVIA BARTOLUCCI	SI	500,00 €	8	4.000,00 €
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	LA GESTIONE DELLA CONTABILITA' ANALITICA - ANALISI DEI DATI	ANDREA STORRI	SI	400,00 €	6	2.400,00 €
UOS COMUNICAZIONE	STRATEGIE E STRUMENTI PER UNA LEADERSHIP DI SUCCESSO	EMILIO S.G.S. SCALISE, VALERIA GIORDANO e ANTONIO BRAY	SI	540,00 €	2	1.080,00 €
UOS COMUNICAZIONE	LA PIAGA SILENZIOSA: IL DRAMMA SENZA FINE DELLA DISPARITA' DI GENERE	EMILIO S.G.S. SCALISE e VALERIA GIORDANO	SI	540,00 €	2	1.080,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE GENERALE E SPECIFICA SULLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	400,00 €	10	4.000,00 €

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI AGGIORNAMENTO SULLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2022	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	200,00 €	6	1.200,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE PER I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) AI SENSI DELL'ART.37, COMMA 10, DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I.	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	800,00 €	2	1.600,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI AGGIORNAMENTO PER I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) AI SENSI DELL'ART.37, COMMA 10, DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I.	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	200,00 €	2	400,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE PER I PREPOSTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	200,00 €	4	800,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI AGGIORNAMENTOPER I PREPOSTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MICHELA DI BENEDETTO e ROBERTA SCHIETROMA	SI	150,00 €	4	600,00 €

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE PER I DIRIGENTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MAURIZIO CARROZZI	SI	200,00 €	2	400,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI AGGIORNAMENTO PER I DIRIGENTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E DELL'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 21/12/2021	MAURIZIO CARROZZI	SI	150,00 €	2	300,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO PER ADDETTI ANTINCENDIO LIVELLO III (EX AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO RISCHIO ALTO) DI CUI AL D.LGS. 81/08 E S.M.I. E AD D.M. 02/09/2021	MAURZIO CARROZZI e ROBERTA SCHIETROMA	SI	8.519,00 €	8	68.152,00 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI AGGIORNAMENTO PER ADDETTI ANTINCENDIO LIVELLO III (EX AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO RISCHIO ALTO)	MAURIZIO CARROZZI e MICHELA DI BENEDETTO	SI	4.016,25 €	6	24.097,50 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	AFFRONTARE I RISCHI PSICO - SOCIALI IN AMBITO SOCIO - SANITARIO	MICHELA DI BENEDETTO	SI	340,00 €	4	1.360,00 €
UFFICIO LEGALE	IL PROCESSO ESECUTIVO CON PARTICOLARE ATTENZIONE AL PIGNORAMENTO PRESSO TERZI	GIOVANNI LORIGA e ANGELO SALONIA	NO	360,00 €	1	360,00 €

UFFICIO LEGALE	ACCESSO DOCUMENTALE, ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO: AMBITI DI APPLICAZIONE E DIFFERENZE	GIOVANNI LORIGA e ANGELO SALONIA	NO	180,00 €	1	180,00 €
UFFICIO LEGALE	LE CINQUE RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE PUBBLICO	GIOVANNI LORIGA e ANGELO SALONIA	NO	360,00 €	1	360,00 €
UFFICIO LEGALE	IL RAPPORTO DI LAVORO NEL PUBBLICO IMPIEGO: ASPETTI SOSTANZIALI E PROCESSUALI	GIOVANNI LORIGA e ANGELO SALONIA	NO	360,00 €	2	720,00 €
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E COMPETENCE INDIVIDUALE	INSIEME PER IL BENESSERE COMUNE E PREVENZIONE DEL MOBBING	ROBERTA NARDELLA e M.R. GIROLAMA CASTIELLO	SI	125,00 €	4	500,00 €
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E COMPETENCE INDIVIDUALE	L'ORGANIZZAZIONE CHE CURA … INCONTRANDOSI	ROBERTA NARDELLA	SI	125,00 €	1	125,00 €
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E COMPETENCE INDIVIDUALE	FORMAZIONE IN MATERIA DI PRIVACY E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	ANDREA COIRO	NO	0,00 €	0	0,00 €
UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E COMPETENCE INDIVIDUALE	UTILIZZO DELLA CARTELLA REGIONALE SISMED PER LE ATTIVITA' AMBULATORIALI E DI TELEVISITA	TIZIANA CHIRIACO	SI	15,00 €	2	30,00 €

STAFF DIREZIONE SANITARIA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	PREVENZIONE E CONTENIMENTODELLE ICA IN OSPEDALE: EDIZIONE 2025	ANTONIO BRAY e ANTONIO SALVAORE MIGLIETTA	SI	150,00 €	1	150,00 €
UOC QUALITA' SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE	MAURIZIO MUSOLINO	SI	315,00 €	1	315,00 €

UOC QUALITA' SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	VERSO UN SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO DELLA QUALITA'	ENRICO CICCIARELLO	SI	315,00 €	4	1.260,00 €
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	LA LEADERSHIP ORGANIZZATIVA NEI CORSI DI FORMAZIONE: IL RUOLO DELLA SEGRETERIA	EMILIO S.G.S. SCALISE	SI	150,00 €	1	150,00 €

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	L'ISTITUTO GIURIDICO DELL'AUTOTUTELA E IL POTERE DI RIESAME DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: STRUMENTI DI PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO INNANZI ALLA CORTE DEI CONTI	ANGELO SCOZZAFAVA, GIOVANNI FARINELLA e DAVIDE CONFORZI	NO	600,00 €	2	1.200,00 €
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	LA DEMATERIALIZZAZIONE, LA GESTIONE E LA CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI	ANGELO SCOZZAFAVA, GIOVANNI FARINELLA e DAVIDE CONFORZI	NO	855,00 €	2	1.710,00 €
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	RUOLO, COMPETENZE E RESPONSABILITA' DELLA SEGRETERIA NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	ANGELO SCOZZAFAVA e DAVIDE CONFORZI	NO	1.100,00 €	1	1.100,00 €
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	EIPASS PROGRESSIVE	ANGELO SCOZZAFAVA, GIOVANNI FARINELLA e DAVIDE CONFORZI	NO	4.600,00 €	1	4.600,00 €

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	BLSD-PBLSD	FLAVIO SOLEO	SI	400,00 €	72	28.800,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	TRIAGE INTRA - OSPEDALIERO MODELLO LAZIO CINQUE CODICI	GAIA DI LAURENZI	SI	2.200,00 €	3	6.600,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	PROMOZIONE, PROTEZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO SECONDO IL MODELLO OMS/UNICEF (8 ORE)	RITA GENTILE e LAURA SALEMME	SI	200,00 €	2	400,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LA CORRETTA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI	GAIA DI LAURENZI	SI	150,00 €	1	150,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LINEE GUIDA, PROTOCOLLI E BUONE PRATICHE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	GAIA DI LAURENZI	SI	156,25 €	4	625,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	IL CONTRASTO ALLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: LE BUONE PRATICHE, LE MISURE DI ISOLAMENTO E IL CORRETTO USO DEI DPI	GAIA DI LAURENZI	SI	179,16 €	6	1.074,96 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	NURSING OUTCOMES: ESITI SENSIBILI ALLE CUIRE INFERMIERISTICHE	GAIA DI LAURENZI	SI	162,50 €	4	650,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LA TELERIABILITAZIONE: OPPORTUNITA' E STRUMENTO DI INNOVAZIONE	CRISTINA SPANDONARO	SI	120,00 €	1	120,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LA MISURE DI OUTCOME IN RIABILITAZIONE	LOREDANA GIGLI	SI	630,00 €	2	1.260,00 €

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LE MISURE DI OUTCOME IN RIABILITAZIONE II LIVELLO	LOREDANA GIGLI	SI	630,00 €	2	1.260,00 €
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE MIDOLLARE: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	CRISTINA SPANDONARO	SI	340,00 €	2	680,00 €

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOSD RIANIMAZIONE	IL PERCORSO DELLE DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	PATRIZIA FABBROCINO	SI	305,00 €	2	610,00 €
UOSD RIANIMAZIONE	NUTRIRE IN SOPEDALE: URGENZE PREVENIBILI?	GIUSEPPE PASSERO	SI	200,00 €	1	200,00 €
UOSD RIANIMAZIONE	ICA E MDR: UNA SFIDA CHE IN URGENZA PUO' DIVENTARE EMERGENZA	VERONICA CIOTTI	SI	270,00 €	2	540,00 €
UOSD RIANIMAZIONE	QUANDO LA VITA FINISCE: APPROCCIO AL FINE VITA IN URGENZA	ANTONELLA MARIA ZANETTI	SI	270,00 €	1	270,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	GESTIONE CLINICA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN SENOLOGIA	OSCAR TOMMASINI e ROSSELLA RELLA	SI	75,00 €	2	150,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	CORSO DI FORMAZIONE PER RADIOLOGI DI SCREENING MAMMOGRAFICO	OSCAR TOMMASINI e ROSSELLA RELLA	SI	935,00 €	1	935,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LA COMUNICAZIONE NELLO SCREENING MAMMOGRAFICO: IL VALORE DELLA COMUNICAZIONE E LA COMUNICAZIONE DEI VALORI	MARIA RITA NOVIELLO e ROSSELLA RELLA	SI	160,00 €	1	160,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN RADIOLOGIA	OSCAR TOMMASINI	SI	150,00 €	2	300,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	GLI ASPETTI MEDICO - LEGALI IN RADIOLOGIA	OSCAR TOMMASINI	SI	170,00 €	2	340,00 €

UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	"UN MARE" DI EMERGENZE ADDOMINALI: L'ESPERIENZA DI UN PICCOLO CENTRO	OSCAR TOMMASINI	SI	340,00 €	1	340,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	CORSO DI PRIMO SOCCORSO IN RADIOLOGIA	OSCAR TOMMASINI	SI	100,00 €	3	300,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LO SCROTO ACUTO	OSCAR TOMMASINI	SI	340,00 €	1	340,00 €
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DIAGNOSI IN SENOLOGIA: DISCUSSIONE DI CASISTICA CON CORRELAZIONE RADIO - ISTOLOGICA	OSCAR TOMMASINI e ROSSELLA RELLA	SI	350,00 €	1	350,00 €
UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	GESTIONE DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIO DELL'OSSIGENO ALLA NIV IN PAZIENTI COVID E NON COVID	DAVIDE MARSILIANI	SI	150,00 €	1	150,00 €
UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	CORSO BASE DI TRIAGE A CINQUE LIVELLI	GIULIO MARIA RICCIUTO	SI	2.450,00 €	3	7.350,00 €

DIPARTIMENTO MEDICINA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOSD GASTROENTEROLOGIA	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN GASTROENTEROLOGIA: UNA SFIDA MULTIDISCIPLINARE AVVINCENTE	MARIA GRAZIA MANCINO	SI	170,00 €	1	170,00 €
UOSD GASTROENTEROLOGIA	LA COLONSCOPIA DI QUALITA' OGGI: QUALI ERRORI EVITARE	MARIA GRAZIA MANCINO	SI	170,00 €	1	170,00 €
UOC PEDIATRIA	RIANIMAZIONE NEONANTALE IN SALA PARTO	LUISA PIERAGOSTINI	SI	1.600,00 €	5	8.000,00 €
UOC NEFROLOGIA E DIALISI	GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELL'ACCESSO VASCOLARE NEL PAZIENTE IN EMODIALISI	MASSIMO MOROSETTI	SI	332,50 €	1	332,50 €

UOC NEFROLOGIA E DIALISI	GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA	MASSIMO MOROSETTI	SI	332,50 €	1	332,50 €
UOC MEDICINA G.B. GRASSI	SEMINARIO INTERPROFESSIONALE PER LA GESTIONE DELLE URGENZE IN MEDICINA INTERNA	CLAUDIO SANTINI	SI	900,00 €	2	1.800,00 €
UOSD ONCOLOGIA	TERAPIA CON INIBITORI DI CDK4/06 NELLA NEOPLASIA MAMMANA HR+, HERZ-	MONICA MORESCHI	SI	75,00 €	1	75,00 €

DIPARTIMENTO CHIRURGIA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	OFFICINA DEL PARTO: TECHNICAL LEARNING AND PROMPT TRAINING. SIMULARE PER APPRENDERE	MARIO CIAMPELLI e EMILIA PIERRO	SI	1.180,00 €	2	2.360,00 €
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MANAGEMENT DELLE PRINCIPALI EMERGENZE IN SALA PARTO	MARIO CIAMPELLI e EMILIA PIERRO	SI	980,00 €	4	3.920,00 €
UOC CHIRURGIA GENERALE	APPLICAZIONE INTRAOSPEDALIERA DI PERCORSI CLINICO - GESTIONALI SECONDO I PRINCIPI E PROCEDURE DELLA EBM NEI PAZIENTI COMPLESSI E ONCOLOGICI	GIANLUCA MAZZONI	SI	0,00 €	2	0,00 €
UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO - FACCIALE	EMERGENZE RESPIRATORIE E GESTIONE DELLE CANNULLE TRACHEOTOMICHE	ROBERTO MORELLO e ALESSIA DI MARIO	SI	300,00 €	1	300,00 €

DIPARTIMENTO SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	PROMOZIONE DELLA SALUTE PRECONCEZIONALE: AZIONI E STRATEGIE AL FINE DI RIDURRE IL RISCHIO RIPRODUTTIVO	CARMEN DE LUCA e MANUELA LUCA'	SI	235,00 €	4	940,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE MIGRANTE: CRITICITA' E PUNTI DI FORZA NELL'ACCESSO AI PERCOESI DI CURA IN UN'OTTICA DI INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE	CARMEN DE LUCA e BARBARA ACAMPORA	SI	150,00 €	4	600,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	PREVENIRE LA PSICOPATOLOGIA IN ADOLESCENZA: LE AZIONI DI RISPOSTA AI BISOGNI EMOTIVI DELLE TAPPE EVOLUTIVE	ILARIA AGNELLI ed EMANUELA CORBARI	SI	625,00 €	2	1.250,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	LA PROMOZIONE DELLA SALUTE EMOTIVA NEI PRIMI MILLE GIORNI: STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA PSICOPATOLOGIA PERINATALE	ANNA MARIA ADRIATICO ed EMANUELA CORBARI	SI	625,00 €	2	1.250,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	INTRODUZIONE ALL'APPROCCIO TOUCHPOINTS: L'APPROCCIO BRAZELTON CON LE FAMIGLIE PER SOSTENERE LA GENITORIALITA' E LO SVILUPPO DEL BAMBINO	BARBARA ACAMPORA e PAOLA EVENGELISTI	SI	700,00 €	2	1.400,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	L'EDUCAZIONE SESSUALE, RELAZIONALE E AFFETTIVA NELLE SCUOLE	ANNA MARIA ADRIATICO ed EMANUELA CORBARI	SI	280,00 €	2	560,00 €

UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI PRIMI 1000 GIORNI ATTRAVERSO LA METODOLOGIA DEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE BREVE E IL POTENZIAMENTO DEL RUOLO PATERNO NELL'AREA PERINATALE	ANNA MARIA ADRIATICO e BARBARA ACAMPORA	SI	1.625,00 €	2	3.250,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	LA PREVENZIONE DEI DANNI DOVUTI ALL'ESPOSIZIONE PRECOCE E PROLUNGATA AGLI SCHERMI DEI BAMBINI	ANNA MARIA ADRIATICO e BARBARA ACAMPORA	SI	270,00 €	4	1.080,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	NATI PER LEGGERE	BARBARA ACAMPORA	SI	6.588,00 €	1	6.588,00 €
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE: IL PROGETTO DI CONTINUITA' DELLE CURE	DANIELA SGROI e STEFANO DE SANITIS	SI	1.000,00 €	2	2.000,00 €
UOSD RIABILITAZIONE E ASSISTENZA PROTESICA	LINEE D'INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA PROTESICA	TERESA VENDITTO	SI	135,00 €	1	135,00 €

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	ADHD E DIPENDENZE PATOLOGICHE: DIAGNOSI E TRATTAMENTO	PIERO PETRINI, DANIELA VENERUSO e ANTONIO BRAY	SI	0,00 €	1	0,00 €
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	IL MODELLO SISTEMICO RELAZIONALE NELLA CURA DI PAZIENTI COMPLESSI	MARTINA CURTO	SI	800,00 €	3	2.400,00 €
UOC SALUTE E DIPENDENZE	DISTURBI DA USO DI SOSTANZE DA GIOCO D'AZZARDO IN COMORBITA' PSICHIATRICA	GIUSEPPE ANASTASI	SI	520,00 €	1	520,00 €

UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA SAN CAMILLO	DE - ESCALATION ED EVENTI AGGRESSIVI IN OSPEDALE	PIERO PETRINI	SI	1.680,00 €	1	1.680,00 €
UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA SAN CAMILLO	IL COMPLESSO BORDERLINE	PIERO PETRINI	SI	600,00 €	2	1.200,00 €
UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA G.B. GRASSI	L'AGITAZIONE PSICOMOTORIA: DIAGNOSI DIFFERENZIALE, GESTIONE E TRATTAMENTO	ROSANGELA COLASUONNO	SI	270,00 €	2	540,00 €
UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XII	I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE: ASPETTI PSICOPATOLOGICI, CARATTERISTICHE CLINICHE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	STEFANIA BORGHI	SI	300,00 €	1	300,00 €
UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XII	CASE MANAGEMENT NEL PAZIENTE COMPLESSO	MARTINA CURTO	SI	40,00 €	1	40,00 €
UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XII	IL "SEA" (SIGNIFICANT EVENT AUDIT) APPLICATO NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE	MARTINA CURTO e LAURA PENNA	SI	300,00 €	4	1.200,00 €
UOC SALUTE MENTALE DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XII	IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE COME INTERVENTO MULTIFATTORIALE NEL TRATTAMENTO DELLA PSICOSI	MARTINA CURTO	SI	40,00 €	1	40,00 €
UOC TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA	AGGIORNAMENTI ADHD IN ETA' EVOLUTIVA	GIAMPAOLO IMPARATO	NO	0,00 €	1	0,00 €
UOC TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA	LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELL'AUTISMO: ADOS - 2	GIAMPAOLO IMPARATO	NO	4.300,00 €	1	4.300,00 €

UOC TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA	LA VALUTAZIONE DELLO SVILUPPO NELLA PRIMA INFANZIA: GRIFFITH III	GIAMPAOLO IMPARATO	NO	4.300,00 €	1	4.300,00 €

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI IN ETA' EVOLUTIVA E NELLA POPOLAZIONE ANZIANA E DEGLI INCIDENTI STRADALI	SAUL LEONARDO TORCHIA e LAURA SCARANO	SI	250,00 €	2	500,00 €
UOC AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA SALUTE MENTALE	APPLICAZIONI PRATICHE MICROSOFT OFFICE PER IL COMPARTO AMMINISTRATIVO	MATTEO MONTESI	NO	30,00 €	3	90,00 €
UOSD CANILE SOVRAZONALE E CONTROLLO DEL RANDAGISMO	AGGIORNAMENTI IN MEDICINA FELINA INTERNA	DANIELA BONVICINI	SI	600,00 €	2	1.200,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	LE ATTIVITA' DI BONIFICA DI MATERIALE CONTENENTE AMIANTO: NORMATIVA, PROCEDURA S.PRE. S.A.L. DI CONTROLLO, TECNICHE DI CAMPIONAMENTO	LUCA GREGORINI e SIMONE PINATA	SI	650,00 €	1	650,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	REQUISITI DI SICUREZZA DELLE ATTREZZATURE DI LAVORO: LA NUOVA DIRETTIVA MACCHINE 2006/42/CE E IL NUOVO REGOLAMENTO MACCHINE 2023/1230	ALESSANDRO MONTEFUSCO	SI	675,00 €	1	675,00 €

UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	PREVENZIONE DELLA CADUTE DALL'ALTO: VALUTAZIONE DEL RISCHIO, SCELTA DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE COLLETTIVA E DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E LORO VERIFICA	PASQUALE GRANATO	SI	200,00 €	1	200,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI LEGGERI AD ALTA FREQUENZA: GUIDA ALL'APPLICAZIONE DELLA NORMA ISO 11228 - 3	PAOLA GIUNTOLI	SI	0,00 €	1	0,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA POSTURE: TECNICHE OSSERVAZIONALI, STANDARD DI RIFERIMENTO (ISO/TR 12295 E NORMA ISO 11226) E TECNICHE DI MISURA DEI PARAMETRI BIOMECCANICI	PAOLA GIUNTOLI	SI	0,00 €	1	0,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	I RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA NELLE STRUTTURE SANITARIE: PUNTI CRITICI PER LA VIGILANZA	PASQUALE GRANATO	SI	650,00 €	1	650,00 €
UOC SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	IL GRUPPO DI CAMMINO COME MISURA DI PREVENZIONE, PROTEZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	MARISA GIANVECCHIO	SI	120,00 €	2	240,00 €
UOSD SCREENING E PROMOZIONE STILI DI VITA	NEL NOME DI IGEA. SCREENING ONCOLOGICI E STILI DI VITA. LA PREVENZIONE "TI FA BELLO E… SANO"	MARIA RITA NOVIELLO	SI	395,00 €	4	1.580,00 €

UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ARTT. 139 E 140 DEL REGOLAMENTO (UE) n, 625/2017: QUANDO LA NON CONFORMITA' E' UN ILLECITO	ALDO BENEVELLI	SI	350,00 €	1	350,00 €
UOSD SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	I PRIMI MILLE GIORNI DI MAMMA E BAMBINO. L'ALIMENTAZIONE NELLE PRIME FASI DI VITA: UNO STRUMENTO DI PREVENZIONE	CLAUDIA ONORI E FEDERICO NIGRO	SI	35,00 €	2	70,00 €
UOSD SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	ALIMENTAZIONE CONSAPEVOLE: ALLA RICERCA DELL'EQUILIBRIO TRA STILE DI VITA E SALUTE	FEDERICO NIGRO e CLAUDIA ONORI	SI	35,00 €	2	70,00 €
UOSD SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	DALL'ISPETTORATO MICOLOGICO AL PRONTO SOCCORSO DEGLI OSPEDALI: APPROCCIO INTEGRATO PER LA PREVENZIONE DELL'INTOSSICAZIONE DA FUNGHI. MICOTOSSICOLOGIA	MARIO PACIONI	SI	4.290,00 €	1	4.290,00 €
UOSD SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	VALUTAZIONE DELLA GESTIONE DEL RISCHIO APPLICATA AL CONTROLLO DEGLI INFESTANTI NELLE ATTIVITÀ ALIMENTARI E NELLA RISTORAZIONE	PAOLO CESARONI	SI	531,00 €	1	531,00 €
UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALIMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	CORPO E VOCE - COMUNICARE, CONNETTERE, CREARE CON IL TEATRO	CARLA PETRANGELI e ANTONIO BRAY	SI	480,00 €	10	4.800,00 €

UOC SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA ARBOVIRUS NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DELLA ASL ROMA 3	SAUL LEONARDO TORCHIA e ADELE GENTILE	SI	250,00 €	2	500,00 €
UOC SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA	COMPETENZE ASL E AZIONI DI SANITA' PUBBLICA PER LA RIDUZIONE DELL'ESPOSIZIONE AMBIENTALE ALL'AMIANTO	SAUL LEONARDO TORCHIA e MARIA TERESA PISTONE	SI	250,00 €	2	500,00 €

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE IN IMMUNOEMATOLOGIA	MARIA CHIARA DE NICOLO'	SI	500,00 €	2	1.000,00 €
UOC SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	IL PROCESSO TRASFUSIONALE	BARBARA CECCANTI	SI	200,00 €	4	800,00 €
UOC SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA MALATTIA EMOLITICA NEONATALE IN GRAVIDANZA	BARBARA CECCANTI	SI	200,00 €	2	400,00 €
UOC SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	STRATEGIE INTEGRATE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANEMICO IN UN PROGRAMMA DI PATIENT BLOOD MANAGEMENT	DEBORAH ILARIA GADALETA	SI	200,00 €	2	400,00 €
UOC FARMACIA OSPEDALIERA	SICUREZZA DEL PAZIENTE TRA FARMACOVIGILANZA E RISCHIO CLINICO	ROBERTA DI TURI	SI	0,00 €	1	0,00 €

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	CORSO DI INGLESE (LIVELLO BASE)	GIOVANNI FARINELLA	NO	450,00 €	1	450,00 €
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	ISTITUZIONI DI CONTABILITA' DEGLI ENTI LOCALI *con modulo teorico - pratico di addestramento professionale al corretto utilizzo del software per la contabilità AREAS*	GIOVANNI FARINELLA	NO	525,00 €	2	1.050,00 €
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	IL TRATTAMENTO FISCALE DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E I RECENTI AGGIORNAMENTI NORMATIVI IN MATERIA DI CERTIFICAZIONE UNICA E MODELLO 770	GIOVANNI FARINELLA	NO	1.100,00 €	1	1.100,00 €
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	I RECENTI AGGIORNAMENTI NORMATIVI NELL'AMBITO DEL TRATTAMENTO PREVIDENZIALE DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE *con modulo di addestramento professionale al corretto utilizzo dell'applicativo ECA*	GIOVANNI FARINELLA	NO	1.100,00 €	1	1.100,00 €
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	LE PROCEDURE E LE OPERAZIONI DI VERIFICA PREVISTE DALLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992 N.104 E LE STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO	GIOVANNI FARINELLA	NO	1.000,00 €	1	1.000,00 €
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	LE RECENTI NOVITA' IN AMBITO DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E GLI STRUMENTI OPERATIVI EI PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO	GIOVANNI FARINELLA	NO	1.000,00 €	1	1.000,00 €
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	LE COMPETENZE TRASVERSALI: POTENZIARE LE SOFT SKILLS PER UN ASSETTO LAVORATIVO EFFICACE E COLLABORATIVO	GIOVANNI FARINELLA	NO	700,00 €	2	1.400,00 €

UOSD AFFARI GENERALI	PROTOCOLLO INFORMATICO: INFORMAZIONI SUL CORRETTO UTILIZZO	CRISTINA VIO	NO	225,00 €	4	900,00 €
UOSD AFFARI GENERALI	IL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE IN CAPO AL DIRIGENTE: DAL RIMPROVERO VERBALE ALLA SEGNALAZIONE	ANGELA DI SALVATORE	NO	160,00 €	3	480,00 €
UOSD AFFARI GENERALI	GLI OBBLIGHI DEL DIPENDENTE E IL CODICE ETICO AZIENDALE: RISVOLTI DISCIPLINARI	ANGELA DI SALVATORE	NO	85,00 €	24	2.040,00 €
UOC RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE	LA CONTABILITA' ACCRUAL NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE. IL QUADRO CONTABILE. ELEMENTI DI PARTITA DOPPIA	DAVIDE BUONCRISTIANI	NO	2.310,00 €	1	2.310,00 €
UOC RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE	FATTURAZIONE ELETTRONICA ATTIVA E PASSIVA E GESTIONE ALL'INTERNO DELL'ENTE	DAVIDE BUONCRISTIANI	NO	2.240,00 €	1	2.240,00 €
UOC RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE	ELABORAZIONE DATI PER CE TRIMESTRALI, BILANCIO PREVENTIVO E BILANCIO DI ESERCIZIO	ANNA PAOLA CIRRI SEPE QUARTA	NO	40,00 €	2	80,00 €
UOC SISTEMI ICT	ITP ITL9320CL - ITIL 4 FOUNDATION	MATTEO MONTESI	NO	4.600,00 €	1	4.600,00 €
UOC SISTEMI ICT	MOC MS - 102 - MICROSOFT 365 ADMINISTRATOR ESSENTIALS	MATTEO MONTESI	NO	3.840,00 €	1	3.840,00 €
UOC SISTEMI ICT	IL NUOVO CODICE DEGLI APPALTI ALLA LUCE DEI NUOVI REGOLAMENTI ATTUATIVI ANAC	MATTEO MONTESI e DANILO NICOTRA	NO	2.700,00 €	1	2.700,00 €

AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
UOC AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	SISTEMA ACCANTONAMENTI NEL BILANCIO AZIENDALE	PIERFRANCESCO CALZETTA	NO	420,00 €	1	420,00 €
UOC AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	CORSO OPERATIVO PER ACQUISTI TRAMITE MEPA	PIERFRANCESCO CALZETTA	NO	420,00 €	1	420,00 €

COMITATO UNICO DI GARANZIA

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
COMITATO UNICO DI GARANZIA	RICONOSCERE E PREVENIRE LA VIOLENZIA E LE MOLESTIE SUI LUOGHI DI LAVORO: IL CODICE DI CONDOTTA IN MATERIA DI DISCRIMINAZIONI, MOLESTIE E MOBBING DELLA ASL ROMA 3	MARINA GERMANO	SI	247,50 €	1	247,50 €

TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

U.O. PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	RESPONSABILE	ECM	COSTO PER EDIZIONE	NUMERO EDIZIONI	COSTO TOTALE
TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	CORSO BASE PER LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE	ANDREA STORRI	NO	2.000,00 €	3	6.000,00 €
TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	CORSO PER I REFERENTI DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	ANDREA STORRI	NO	4.000,00 €	3	12.000,00 €
TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	CORSO RPCT E STAFF	ANDREA STORRI	NO	3.000,00 €	1	3.000,00 €

Area	Integrità, Trasparenza, Responsabilità

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_1_A	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, nonché dare seguito alle richieste di informazioni per la predisposizione o aggiornamento della Carta dei servizi - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	10
U.O.C LABORATORIO ANALISI	10
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C FARMACIA TERRITORIALE	20
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	5
U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	10

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	10
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	10
U.O.S.D. NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)	10
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	5
U.O.S.D. RETE DELLE CURE PALLIATIVE	15

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	10
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	5
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	10
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	5

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA	5
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	5
U.O.S.D. ONCOLOGIA	10
U.O.C RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	5

U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	5
U.O.C PEDIATRIA	5

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	10
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	2
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5
U.O.C OCULISTICA	5
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2,5

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE ATTIVITA FISICA E MEDICINA DELLO SPORT	15
U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	10
U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	10
U.O.C. SANITA ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE	5
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	10
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	5
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	5
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	10
U.O.S.D. CANILE SANITARIO SOVRAZONALE	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	5
U.O.C CARDIOLOGIA	5
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	5
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	5
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	5
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA	5
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	5
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	5
U.O.S.D RESIDENZIALITA IN SALUTE MENTALE	5

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	5

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso

U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	5
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	5
RPCT	5
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	5
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	5
AVVOCATURA	5
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	5
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5
UOS COMUNICAZIONE	20
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI SANITARI ED EPIDEMIOLOGIA	10
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	5
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5
U.O.S.D. AFFARI GENERALI	10
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	5
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	20
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	10
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_2_A	**Adempimenti in tema di attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo**	**invio Report RPCT a CDG, DG, DA, alle scadenze di monitoraggio**

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
RPCT	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_3_A	**Monitoraggio delle attività manutentive presso il Presidio Ospedaliero Unico.**	**Predisposizione di n. 3 report alla DG e al CDG e alla UOC Patrimonio, contenenti verifica stato avanzamento manutenzioni.**

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_3_B	**Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di Anticorruzione, Privacy, Performance individuale. Gli adempimenti di trasparenza e mitigazione del rischio corruttivo, previsti nel PIAO si intendono notificati con l'approvazione della delibera.**	**Dirigente RPCT e Dirigente Privacy istituiscono registro adempimenti e monitorano gli stessi alle scadenze di monitoraggio**

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10
U.O.C LABORATORIO ANALISI	10
U.O.C SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	10

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso

U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	10
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	5
U.O.C FARMACIA TERRITORIALE	10

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	10
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5
U.O.S.D. RETE DELLE CURE PALLIATIVE	10
U.O.S.D. NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)	15
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	5
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	10
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	5
U.O.C DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	10
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	10
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	20

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. ONCOLOGIA	10
U.O.C RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	5
U.O.C PEDIATRIA	5
U.O.C MEDICINA	5
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	5
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	5

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	2
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2,5
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5
U.O.C OCULISTICA	10

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SANITA ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE	25
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	15
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	20
U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	20

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	5
U.O.S.D. PROMOZIONE ATTIVITA FISICA E MEDICINA DELLO SPORT	5
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	5
U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	20
U.O.S.D. CANILE SANITARIO SOVRAZONALE	15

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	15
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	5
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10
U.O.C CARDIOLOGIA	5

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D RESIDENZIALITA IN SALUTE MENTALE	5
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	10
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	5
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	10
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA	10
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	10
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	5

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	15

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5
RPCT	10
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	5
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	10
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	10
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	10
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	5
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI SANITARI ED EPIDEMIOLOGIA	10
AVVOCATURA	10
UOS COMUNICAZIONE	15
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	10
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	10
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	10

U.O.S.D. AFFARI GENERALI	15
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	15
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	5
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	10
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_4_A	**Governo delle linee guida aziendali relative alla performance individuale e alla performance di II livello.**	**Assegnazione degli obiettivi di performance individuale 2026 entro il 07/03, per la valutazione 2025 entro il 31/03. Indicazioni per la negoziazione di secondo livello entro il 31/03 e controllo delle schede di negoziazione entro il 30/04.**

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_5_A	**Relazioni semestrali a DG e CDG in ordine alle attività svolte nel periodo di riferimento , che contenga l'elenco degli adempimenti richiesti alle strutture ed eseguiti;**	**predisposizione 2 relazioni semestrali DG e CDG**

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
RPCT	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_6_A	**Monitorare il raggiungimento delle strutture e istituire il registro degli aempimenti relativo all'obiettivo 1_I_3_B**	**Trasmette alle scadenze i monitoraggio il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture**

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
RPCT	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_7_A	**Monitoraggio Piano formativo aziendale in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione**	**Trasmette alle scadenze i monitoraggio al DG l'andamento del piano formativo**

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
RPCT	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_I_8_A	**Aggiornamento della mappatura del rischio corruttivo per il 25% delle strutture**	**Aggiornamento entro il 31/12/2026 del la mappatura del rischio corruttivo per il 25% delle strutture**

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
RPCT	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
1_T_1_A	**Predisporre procedura su istruttoria per l'accesso ai suicidi assistiti**	**predisporre entro il 30/06 procedura su istruttoria per suidio assistito**

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	10

Area	Motivazione risorse umane

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_1_A	Aggiornamento Piano Formativo Aziendale in corso di vigenza	Aggiornamento del PFA relativamente alle nuove esigenze manifestate, previa validazione della Direzione strategica e del Comitato scientifico. Relazioni alle scadenze di monitoraggio.

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_10_A	Progetto Syllabus - acquisizione da parte del personale amministrativo di categoria D e C di almeno 8 badge	Risponde alla formula = 100-personale inquadrato fte /corsi effettuati. Se è presente personale che non ha conseguito almeno 3 badge il risultato non è raggiunto. (si esclude personale in lunga assenza) Raggiunto anche con 40 ore di formazione.

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	10

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	10
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	5

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	10

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	10

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	5
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5
UOS COMUNICAZIONE	5
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	10
AVVOCATURA	10
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	5
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	5
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5
U.O.S.D. AFFARI GENERALI	5
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	5
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_11_A	Promozione di corsi sul benessere del personale.	realizzare almeno 4 eventi formativi

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_12_A	Relazioni trimestrali sui tempi di reclutamento, distinti per concorso aziendale, e utilizzo graduatorie.	predisporre 4 Relazioni trimestrali con report (al 31/03; 30/06; 30/09; 31/12) da trasmettere a CDG e Direzione Strategica

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_13_A	Supporto alle strutture per l'abilitazione del personale alla piattaforma Syllabus e monitoraggio trimestrale relativo al raggiungimento dell'obiettivo da parte delle strutture interessate	Supporta le strutture, garantendo tempestive abilitazioni e monitora il raggiungimento dell'obiettivo con due relazioni alle scadenze di monitoraggio.

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_2_A	Analisi trimestrale sulle cause delle cessazioni / trasferimenti / comandi in uscita (esclusi pensionamenti)	predisporre 4 report trimestrali da trasmettere alla Direzione Strategica (al 31/03; 30/06; 30/09; 31/12) sulle cause delle cessazioni (gruppo Risorse umane + Competence)

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_3_A	Approvazione / Aggiornamento dei Contratti Integrativi dei CCNL e degli ACN	approvazione per i medici specialisti ambulatoriali veterinari e altre professionalità entro il 30.06.2026, per il comparto e per la Dirigenza Medica entro il 31.12.2026

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_4_A	Attuazione Piano Azioni Positive e Piano Attuazione Equità attraverso il monitoraggio dell'efficacia delle attività aziendali finalizzate al contenimento della violenza di genere	2 relazioni alle scadenze di monitoraggio con proposte di azioni integrative da trasmettere a CDG e Direzione Strategica

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_5_A	Attuazione Piano Azioni Positive e Piano Attuazione Equità mediante evento formativo per il contrasto alle discriminazioni di genere nei luoghi di lavoro.	realizzare almeno 3 eventi per il contrasto delle discriminazioni nei luoghi di lavoro

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	20

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_6_A	Corretta gestione del corso di formazione triennale per Medici di medicina generale	Relazionare trimestralmente in ordine alla gestione didattica, logistica e economico finanziaria del Corso di formazione triennale per MMG.

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_7_A	Implementazione delle competenze professionali	Adozione delle misure previste dal Progetto Mappature Rischio Sanitario Adozione delle misure dell'aggregato A2

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_8_A	Monitoraggio del benessere e del corretto inserimento lavorativo dei nuovi assunti, attraverso un processo formativo e di orientamento	4 report trimestrali (al 31/03; 30/06; 30/09; 31/12) da inviare a DG DA DS CDG UOC RU, ove si rilevino criticità relazionarsi con i Dirigenti dei servizi o il Diprosan. Corsi bimestrali a tutti i nuovi assunti sulla Mission dell'Azienda.

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
2_A_9_A	Monitoraggio sull'attuazione del Piano formativo con indicazione di numero corsi / numero frequentanti / numero docenti interni ed esterni / costi sostenuti	predisporre due relazioni alle scadenze di monitoraggio

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	10

Area Performance Assistenziale

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_A_1_A	Organizzazione di incontri di approfondimento relativi all'analisi dei dati di produzione, all'attivazione del Piano Regionale dellAssistenza Ospedaliera	Incontri anche in modalità a distanza finalizzati al monitoraggio della produzione, dell'appropriatezza, degli esiti, dei processi

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_A_1_B	Organizzazione di incontri di approfondimento relativi all'analisi dei dati di produzione, all'attivazione del Piano Regionale dellAssistenza Ospedaliera	Incontri anche in modalità a distanza finalizzati al monitoraggio della produzione, dell'appropriatezza, degli esiti, dei processi. Supervisione Audit

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI SANITARI ED EPIDEMIOLOGIA	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_1_A	% di colecistectomia laparoscopica con degenza post - operatoria entro 3 gg (1 giornata data intervento). (percentuale target in scheda di negoziazione)	Percentuale di colecistectomia Laparoscopica con degenza inferiore a 3 gg >85%

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_10_A	Esecuzione delle prestazioni per i pazienti ricoverati entro le 48 ore	n° prestazioni eseguite entro 48 ore / numero prestazioni richieste

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	20

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_11_A	Fratture del femore pazienti over 65 anni di età:> 80 % entro 48 h dall'accesso al PS	N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore; =>0,8 (80%)

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_12_A	Frequenza di infezioni post-chirurgiche	Corretta codifica delle diagnosi rispetto ai codici presenti nel NSG ob. H16s

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_13_A	Garantire gli esami istologici e citologici richiesti dai reparti di degenza al fine di contenere i tempi di degenza	Eseguire gli esami istologici e citologici entro 5 gg (Media dei giorni di esecuzione per singolo esame)

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_14_A	Garantire l'indice di occupazione del Posto letto pari o superiore al 97%	Indice di occupazione dei posti letto CATACOMBE DI GENEROSA e MAZZACURATI => 97%

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D RESIDENZIALITA IN SALUTE MENTALE	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_15_A	Garantire la disponibilità di sangue necessaria alle attività di ricovero del Presidio Ospedaliero	Raccogliere 4.000 unità di emocomponenti (3.750 nel 2025) e 300 procedure di plasmaferesi

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_16_A	Garantire supporto tempestivo nella gestione del paziente con sospetto Ictus ischemico o emorragico	Eseguire Tac entro 60' dalla richiesta del medico di PS per iperacuti che si presentano a meno di 4,5h dalla comparsa dei sintomi. Tempo esecuzione TAC entro 60 Codici da 430 434 (esclusi i peggiori 10 esami)

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_17_A	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.

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_18_A	Monitoraggio dei ricoveri ripetuti presso SPDC o accessi al PS	PREDISPORRE 4 RELAZIONI trimestrali alla Direzione Strategica e CDG in riferimento ai pazienti in carico al CSM che abbiano nel biennio ricoveri ripetuti presso spdc

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	15
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	15
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_19_A	Monitoraggio microrganismi ALERT e attuazione delle azioni mirate alla prevenzione delle ICA	Attuazione processi di gestione degli ALERT secondo procedura specifica (Del. 429/22). La Direzione Medica di POU relaziona trimestralmente a DS Rischio Clinico e CdG in ordine al rispetto delle procedure.

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10
U.O.C PEDIATRIA	5
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	10
U.O.C MEDICINA	5

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso

U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	5
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_2_A	**% di pazienti con urgenza codice 2 che accedono al trattamento entro 15 minuti;**	**n. pazienti trattati entro 15 minuti / n. pazienti totali > 75% (dato 2025 81,40%)**

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_20_A	**Organizzazione della raccolta di sangue in ambito extraospedaliero**	**Organizzare almeno 10 giornate di donazione presso la sede di Fiumicino e almeno 20 su autoemoteca**

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_21_A	**Pazienti che accedono nuovamente al PS dopo 24 e 72 ore dalla dimissione i OBI**	**(Numero di accessi con rientro in PS < 24H dalla dimissione da OBI + Numero di accessi con rientro in PS < 24H dalla dimissione da OBI) / Totale accessi in OBI < 10% (anno 2025 4,22+6,24 pari a 10,46)**

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_22_A	**Percentuale di parto vaginale in donne con pregresso parto cesareo**	**(n° di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo / n° donne con pregresso parto cesareo) > 6% - si utilizza il protocollo operativo Prevale**

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_23_A	**Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza**	**risponde alla formula =1-N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza /(totale ricoveri - N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza) (si escludono ricoveri di un giorno)**

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA	5

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_24_A	**Peso medio DRG**	**Il valore del Peso medio deve essere maggiore di Cardiologia: 1,60 - Chirugia 1,40 - Ortopedia :1,30**

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	10

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_25_A	**Proporzione di tagli cesarei primari in maternità obiettivo con < 1000 parti massimo 15% di cesarei.**	**Proporzione di parti con taglio cesareo primario (500 s vol. <1.000) < 15%**

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_26_A	**PTCA entro 90' dall'accesso al PS > del 70%**	**nr PTCA entro 90 dall'accesso al PS > 70 %**

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_27_A	**Riduzione delle ICA**	**Riduzione delle ICA rilevate nell'anno 2025, in relazione ai giorni di degenza**

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	15
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	5
U.O.C PEDIATRIA	10
U.O.C MEDICINA	5
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5

U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_28_A	**Riduzione percentuale abbandoni e non risponde a chiamata inferiore al 9%**	**abbandona e non risponde a chiamata < 9%**

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_29_A	**Rispetto degli indicatori nazionali relativi ai re ricoveri presso SPDC tra 8 e 30 giorni**	**Adeguare alla Media nazionale (Anno 2023- media a 30gg=14,8% e a 7 gg = 8,4%) le percentuali di riammissione dei ricoveri ordinari non programmati a 30 gg e a 7 gg dalla Dimissione.**

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_3_A	**% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono al trattamento entro 60 minuti**	**n. pazienti trattati entro 60 minuti / n. pazienti totali > 68% (dato 2025 68,19%) - pari a 12.304 pazienti**

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_3_B	**% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono al trattamento entro 60 minuti**	**n. pazienti trattati entro 60 minuti / n. pazienti totali > 68% (dato 2025 68,19%) - pari a 12.304 pazienti**

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_30_A	**Rispetto dei tempi di attesa per le liste di attesa chirurgiche**	**n° prestazioni per Classe A e B erogate nei tempi previsti dalla normativa /n° prestazioni totali per Classe A e B.**

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	10
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5
U.O.C OCULISTICA	5
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_31_A	Rispetto del tempo di attesa di attesa per il ricovero	Il tempo di attesa medio dalla visita del medico del PS al ricovero deve essere inferiore ad 8 h, diversamente deve ridursi del 10 % rispetto al dato del 2025

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PEDIATRIA	10

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_32_A	Tempo di permanenza in OBI oltre le 44 ore e inferiore alle 6 ore	n. pazienti in OBI oltre le 44 ore + pazienti dimessi entro 6 ore/pazienti in obi < 25% (Anno 2025 tot 964+6-44 tot. su Accessi 3817)

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	10
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_33_A	Rispetto del tempo di attesa massimo di 24 ore per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore alla percentuale da negoziare

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_33_B	Rispetto del tempo di attesa massimo di 24 ore per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore alla percentuale da negoziare

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_33_D	Rispetto del tempo di attesa massimo di 24 ore per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore alla percentuale da negoziare

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_33_E	Rispetto del tempo di attesa massimo di 24 ore per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore alla percentuale da negoziare (esclusa UTIC)

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_34_A	**Rispetto del tempo di attesa massimo di 700 minuti per il ricovero in SPDC**	**Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre i 700 minuti deve essere inferiore alla percentuale da negoziare**

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	15
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_4_A	**% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 20% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)**	**% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 15% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)**

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_5_A	**Aggiornamento Check list di controllo della cartella clinica in ordine alla completezza e tempestività di chiusura della stessa, predisposizione analisi relative alla corretta codifica delle diagnosi relative alle infezioni del sito chirurgico**	**Trasmissione trimestrali degli esiti delle check list di controllo ai reparti, alla Direzione Sanitaria e al Ccica**

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_6_A	**Analisi consumo antibiotici per singole strutture organizzative di linea(UOC Farmacia Territoriale-UOC Farmacia Ospedaliera)**	**Trasmissione trimestrale del consumo e valutazioni di appropriatezza**

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	10
U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_7_A	**Apertura percorso See & Treat presso l'Ospedale Grassi**	**Predisposizione linee guida ambulatorio See & Treat entro 30/06 e avvio entro 30/09**

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C LABORATORIO ANALISI	5

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	10

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	5

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_8_A	**consumo delle soluzioni idroalcoliche**	**Analisi dei consumi mensili (da parte Risk Manager) in base ai gg di degenza (dato caricato sulla piattaforma NOMOS mensilmente da DMPOU) e trasmissione rapporto ai reparti alla Direzione Medica POU e al CdG**

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PEDIATRIA	5
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	5
U.O.C MEDICINA	5

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	5
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_O_9_A	**Dimissioni sabato e domenica (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)**	**La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi**

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PEDIATRIA	5
U.O.C MEDICINA	5

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	4
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	5

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	10
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_1_A	Colon retto: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 60 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. >90%	Esami eseguiti entro 60 gg > 90%

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_10_A	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello.	ESEGUIRE N°1030 Prestazioni biopsie per colon retto e 500 esami istologici per la cervice uterina entro 10 gg

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_11_A	esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ))	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obbiettivo)

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	30
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	25
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	20
U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	25
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	25

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_11_B	esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ))	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obbiettivo) .Nelle more del reclutamento in corso sono autorizzate ore di prestazioni aggiuntive indispensabili.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SANITA ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE	25

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_14_A	Predisposizione di una reportistica trimestrale che riporti la coorte, il target raggiunto, i tempi di erogazione e la % di appropriatezza dei secondi livelli	INVIO N° 3 REPORT A CDG -DS- ESIS e strutture erogatrici delle prestazioni

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_15_A	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina. >25%	>25%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_16_A	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto. >50%	>50%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_17_A	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella. >35%	>35%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_18_A	Svolgere controlli di vigilanza proattiva programmata relativi al mantenimento dei requisiti autorizzativi delle strutture sanitarie	Eseguite sei controlli a semestre, tre in una struttura di ricovero e tre in una struttura territoriale

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_19_A	Tempo di attesa tra erogazione Mammografia di I livello e refertazione della stessa	Garantire almeno il 65% delle refertazioni entro 15 gg (regione lazio 2024 64,16) (minimo 51 oggi 39,55)

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_2_A	Predisposizione e attuazione di un piano di intercambiabilità e interdisciplinarità della attività dei dirigenti medici veterinari al fine di garantire un approccio one health	Predisporre entro 31/03 un piano di riorganizzazione della struttura finalizzato a garantire intercambiabilità e iterdisciplinarietà nello svolgimento delle attività proprie della struttura e relazioni alle scadenze di monitoraggio

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	10
U.O.C. SANITA ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE	25

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_20_A	valutazione delle attività svolte in relazione alla % di cani sterilizzabili presenti in canile	4 relazioni trimestrali da trasmettere a DS - CDG - Direttore Dipartimento di Prevenzione

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. CANILE SANITARIO SOVRAZONALE	30

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_3_A	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei tredicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione).	Numero 3.000 vaccinazioni

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_4_A	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatte B, pertosse, Hib) - >95%	>95% DELLA COORTE OSSERVATA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_5_A	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - >95%	>95% DELLA COORTE OSSERVATA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_6_A	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - ESAME SANGUE OCCULTO	ESEGUIRE N° 26.000 Prestazioni (o il numero inferiore richiesto dalle campagne di adesione allo screening)

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C LABORATORIO ANALISI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_7_A	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - MAMMOGRAFIE	vengono raggiunti il 100% degli esami richiesti (max 25.000)

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_P_9_A	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello - COLPOSCOPIE	eseguire n. 1.831 prestazioni

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_1_A	Adeguamento organizzativo telemedicina alle indicazioni regionali	Relazioni trimestrali (31/03 - 30/06 - 30/09 - 31/12) con report delle ore attive, delle prestazioni eseguite; proposta entro 30/06 tariffario aziendale.

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_10_A	Linee di attività Case di Comunità	Dare attuazione alle linee prioritarie di attività per l'anno 2026 Case della Comunità

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	15

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	15
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	15
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	15
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	15

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	15
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_11_A	**Mantenimento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente**	**Mantenere il 10 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]**

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	10
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_12_A	**Miglioramento dell'individuazione dei percorsi di cura dei pazienti trattati nei CSM, differenziati per livelli di intensità assistenziale disamweb**	**Monitoraggio trimestrale della presa in carico/cura/consulenza in equipe o individuale secondo i parametri PANMS (DCA U00287/2014)**

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	10
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_14_A	**Progetto relativo al piano annuale delle attività dipartimentali prot. 3074 del 14.01.2026**	**ESIS e CDG elaborare le linee di attività da svolgere, Dipartimenti partecipazione proattiva al progetto da presentare alla Direzione Strategica entro il 30.10.2026**

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	10

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	10

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	10

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	15

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	10

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	10

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI SANITARI ED EPIDEMIOLOGIA	15
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_15_A	**Monitoraggio della produzione della Specialistica ambulatoriale**	**Rapporto costo personale medico e dirigente e convenzionato che eroga prestazioni di specialistica ambulatoriale / valore della produzione = > 2025**

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_16_A	**Prosecuzione e rendicontazione trimestrale a Direttore Sanitario e CdG dei progetti finanziati.**	**Valutazione appropriatezza invii CSM al Centro Casa di Alice - n. pazienti presi in trattamento/totale degli invii effettuati dai CSM**

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_17_A	**Redazione delle istruzioni operative dell'accoglienza, prima valutazione e della presa in carico condivisa all'interno delle strutture dipartimentali**	**Redazione delle istruzioni operative entro il 30/06 e formazione del personale entro il 30/09**

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	5
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_19_A	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Brevi e Programmate- il Direttore di Distretto monitora le liste di attesa e segnala alla UOC Governo Rete Erogatori Privati le esigenze relative alle classi di priorità e/o alle branche specialistiche (le segnalazioni tempestive verranno valutate ai fini del raggiungimento dell'obbiettivo)	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - entro 10 gg. % di prestazioni in classe P- su tot classe P - entro 120 gg E come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa risponde alla formula =1-(%b*50+%p*100)/2

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	10
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	10
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	10
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_2_A	Apertura diurna nelle Case di Comunità	Numero Case di Comunità distrettuali aperte H 12 in orario diurno al 01/04/2026

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_20_A	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni non inserite in piattaforma recup	Trasmissione il primo giorno lavorativo di ogni mese a CDG, ALPI e Struttura di Governo delle Liste di attesa dei tempi di attesa per prestazione e struttura fisica erogatrice

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	20
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	10
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	10
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_21_A	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2026 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai valori soglia tavolo LEA

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_22_A	monitoraggio mensile liste di attesa e trasmissione ai soggetti produttori	trasmissione mensile entro il giorno 5 del mese successivo dei tempi di attesa per presidio e branca ai Direttori dei Distretti e al la Uoc Diagnostica per Immagini DS e CdG

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_23_A	Incremento attività di Dialisi	Garantire a decorrere dal 30/06 la piena attività consentita dai posti disponibili su due turni giornalieri

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_5_A	avvio della possibilità di prenotare l'orario di accesso agli sportelli cup	avvio delle attività in due presidi entro 31/03 e completamento progressivo entro 30/06 - relazioni alle scadenze di monitoraggio

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_6_A	Avvio PTDA Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco	250 pazienti presi in carico al 31/12/2026

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_6_B	Avvio PTDA Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco	200 pazienti presi in carico al 31/12/2026

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_6_C	Avvio PTDA Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco	350 pazienti presi in carico al 31/12/2026

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_7_A	Gestione delle liste uniche di attesa gestite dalle COT A, relative alle RSA e Hospice	relazionare alle scadenze di monitoraggio le modalità ed esiti della gestione

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_8_A	Governo delle Liste di attesa delle strutture accreditate - Indicazioni alle strutture accreditare in relazione alle classi di priorità e/o alle branche specialistiche necessarie a soddisfare il fabbisogno assistenziale	Indicazioni sulla base delle segnalazioni dei Direttori di distretto (relazione alle scadenze del monitoraggio)

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	10

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
3_T_9_A	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA .	Monitoraggio dei PDTA attivi, dei pazienti presi in carico, delle prestazioni eseguite. Relazioni con Report da inviare alle scadenze di monitoraggio

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
6_O_4_A	Incremento Attivita Di chirurgia Oncologica	incementare del 10% l'attività ricompresa nei seguenti iInterventi: 48.49 or 48.5 or 48.6* / Diagnosi: 154.** o 197.5 -- 45.7* or 45.8 or 45.9 or 46.03 or 46.04 or 46.1 / Diagnosi: 153.** o 197.5

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5

Area Programmazione, PAC e Controllo del

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_1_A	Relazione dei crediti da aggredire	Rreport alle scadenze di monitoraggio sull'andamento delle attività di recupero crediti

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
AVVOCATURA	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_10_A	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 riduce in percentualmente il risultato)	Trasmissione al CDG file stratto da SIGES, nei tempi previsti da Regione.(La somma dei giorni max di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 30 e riduce in percentuale il risultato)

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_2_A	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.	Riunioni con i negoziatori di budget con incremento di spesa evidenziata dai CE elaborati da UOC REF. Analisi dei CE di Reparto con incrementi anomali. Ove necessario relazioni congiunte REF / CDG

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_3_A	Assegnazione Budget economico	Assegnazione dei budget economici alle strutture entro 30 gg dalla delibera aziendale di presa d'atto del concordamento regionale

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_4_A	Attività di sollecito dei DEC dagli uffici liquidatori per quanto riguarda il rispetto dei tempi di trasmissione della congruità di competenza. (relazione trimestrali al Direttore Amministrativo e al CdG sugli inadempimenti)	realizzare 4 relazioni trimestrali da parte di Uffici liquidatori

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	15
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_5_A	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate	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.

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_6_A	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare Rispetto dei tempi di liquidazione	Risponde alla formula =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C FARMACIA TERRITORIALE	5
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	10

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	5
U.O.C DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	10
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	5
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	5

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	10

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	10
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso

U.O.S.D. AFFARI GENERALI	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_7_A	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da liquidare	Rispetto dei tempi di liquidazione. =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_8_A	Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione.	Totale budget assestato a fine anno / budget assegnato se il budget è stato superato risponde alla formula =100-(incremento di budget/budget assegnato)*100. Valuta UOC REF

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	20
U.O.C FARMACIA TERRITORIALE	10
U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	10

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	20

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	10

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	5

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	10
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	5
AVVOCATURA	15
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	10
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_A_9_A	Mantenimento delle sopravvenienze passive del personale dipendemte e specialisti a convenzione entro i 500.000,00 euro	Risponde alla formula R= (1,5 - (sopravvenienze * 0,000001))*100

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_T_1_A	**Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice- DSM) e altri fornitori relativi all'erogazione di servizi sanitari**	**Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle struttura) le verifiche di conformità - valuta UOC Amm.va DP / DSM**

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SANITA ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE	5
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	5
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	20
U.O.S.D. CANILE SANITARIO SOVRAZONALE	20
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	5

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	15
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	20
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	15
U.O.S.D RESIDENZIALITA IN SALUTE MENTALE	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_T_2_A	**Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice- DSM).**	**Attività di sollecito e monitoraggio in relazione al rispetto della committenza sulle strutture territoriali di rispettiva competenza. Quattro relazioni trimestrali da trasmettere a DS CdG e strutture responsabili della committenza.**

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	15

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
4_T_2_B	**Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice- DSM).**	**Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle struttura) le verifiche di conformità - valuta UOC Accreditamento mentre per ADI UOC Amm.va Cure Primarie**

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	10
U.O.S.D. RETE DELLE CURE PALLIATIVE	20
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5

U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D RESIDENZIALITA IN SALUTE MENTALE	15

Area **Promozione miglioramento Continuo**

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_1_A	Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali, nonché degli esiti	Redigere tre relazioni al 30/06 al 30/09 e a rendicontazione relativamente all'efficacia dei patrocini esterni, rispetto ai costi interni di funzionamento dell'Ufficio Legale

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
AVVOCATURA	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_10_B	Piano di attuazione della digitalizzazione del ciclo di vita degli appalti	Predisporre entro 31/03 il piano delle azioni necessarie - relazione alle scadenze di monitoraggio

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_11_A	PNRR - Allineamento mensile di tutti i dati dell'intervento (procedurali , fisici e finanziari) su piattaforma REGIS	Valore del disallineamento < 1%

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_12_A	PNRR - Rendicontazione su piattaforma REGIS e piattaforma regionale degli interventi	Documentazione caricata su piattaforma, per ogni singolo rendiconto, completa e corretta per almeno il 75%

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_13_A	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2026/27 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2026	approvazione della delibera entro il 31/10/26

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_14_A	Processi di Audit & feedback - ambito tecnico amministrativo - DGR 6/2026	Eseguire processi di Audit & feedback su attività nell'ambito delle attività del Piano Audit 2026 (trasmettere esiti all'Auditor secondo tempistica indicata dallo stesso auditor)

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	15

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
AVVOCATURA	15
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	10
RPCT	20
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	5
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	15
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	10
UOS COMUNICAZIONE	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	10
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	10
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	15
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	15
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	10
U.O.S.D. AFFARI GENERALI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_15_A	Processi di Audit & feedback - azioni correttive	Dare seguito all'attuazione del Piano azioni correttive, eventualmente elaborato.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	5
U.O.C LABORATORIO ANALISI	10
U.O.C SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	5

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	5
U.O.C FARMACIA TERRITORIALE	5
U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	5

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	5
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	5
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5
U.O.S.D. RETE DELLE CURE PALLIATIVE	5
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	10
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5
U.O.S.D. NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)	10
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	5
U.O.C DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	15
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	20
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	5

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PEDIATRIA	5
U.O.S.D. ONCOLOGIA	10
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	5
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	5
U.O.C MEDICINA	5
U.O.C RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	10
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	2
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	5
U.O.C OCULISTICA	10
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	15
U.O.C. SANITA ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE	5
U.O.S.D. PROMOZIONE ATTIVITA FISICA E MEDICINA DELLO SPORT	5
U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	15
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	5
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	5
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	5

U.O.S.D. CANILE SANITARIO SOVRAZONALE	20
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10
U.O.C CARDIOLOGIA	5
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	5

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	15
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	5
U.O.S.D RESIDENZIALITA IN SALUTE MENTALE	15
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	10
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA	10
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	5

DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO PER L AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	10

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	5
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	5
AVVOCATURA	5
RPCT	15
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	10
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI SANITARI ED EPIDEMIOLOGIA	10
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	15
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	5
UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	5
UOS COMUNICAZIONE	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	5
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	15
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	20
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5

U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E RISORSE UMANE	5
U.O.S.D. AFFARI GENERALI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_16_A	**processi di Audit & feedback con formazione sul campo certificata su 2 percorsi multidisciplinari (ECM aziendale) - I Dipartimenti svolgono azioni di supervisione attiva e relazione alla scadenze di monitoraggio**	**Eseguire 2 processi di Audit & feedback su attività o funzioni specifiche della Struttura (trasmettere esiti al Risk Manager e al CDG)**

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C LABORATORIO ANALISI	15
U.O.C SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	10
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	10
U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	15
U.O.C FARMACIA TERRITORIALE	15

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)	20
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	5
U.O.S.D. RETE DELLE CURE PALLIATIVE	20
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	5
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	10
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	5
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	10
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	5
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	5

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	15
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	10
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	15
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	15

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. ONCOLOGIA	20
U.O.C PEDIATRIA	10
U.O.C RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	15
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	10
U.O.C MEDICINA	10
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	15

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso

U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5
U.O.C OCULISTICA	15
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	10
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE ATTIVITA FISICA E MEDICINA DELLO SPORT	15
U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	20
U.O.S.D. CANILE SANITARIO SOVRAZONALE	10
U.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	20
U.O.C. SANITA ANIMALE IGIENE ALLEVAMENTI. E PROD. ZOOTECNICHE	10
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	10
U.O.S.D. PROMOZIONE STILI DI VITA E SCREENING	10
U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	10
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	10

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	10
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10
U.O.C CARDIOLOGIA	10
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	5
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	10
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	15
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	10
U.O.S.D RESIDENZIALITA IN SALUTE MENTALE	15
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA	10
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	10
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	10

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	10
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	10
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI SANITARI ED EPIDEMIOLOGIA	10
U.O.C SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	15

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_16_B	processi di Audit & feedback con formazione sul campo certificata su 2 percorsi multidisciplinari (ECM aziendale) - I Dipartimenti svolgono azioni di supervisione attiva e relazione alla scadenze di monitoraggio	Monitoraggio e supporto ai negoziatori dell'obiettivo dell'obiettivo 5_A_16_A. Trasmissione a CDG 10 giorni prima delle scadenze di monitoraggio lo stato di raggiungimento dell'obiettivo

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_17_A	Recupero economico delle prenotazioni prenotate e non disdette	Report alle scadenze di monitoraggio distinti per numero e importo di quanto avviato e incassato

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_18_A	Redazione trasmissione GANT degli investimenti edili ad aggiudicazione gara e a collaudo	Trasmissione a CDG e Direzione Strategica dei GANTT relativo ai lavori edili entro 30 gg. Dall'aggiudicazione ed entro 30 gg. dal collaudo (risponde alla formula = n. trasmissioni entro 30 gg /n. lavori avviati e collaudati * 100)

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_19_A	Rispetto degli adempimenti regionali e aziendali relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati ex art.20 L. 67/88	Art 1 comma 436 legge 202/2017 e art 4 -quinquies, comma 1 del D.L. 18/04/2019 n°32: presentazione all'area competente del progetto da porre a base di gara e comunicazione dell'avvenuta aggiudicazione entro la data prevista dalla normativa vigente.

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_2_A	Dare attuazione all'albo aziendale per l'individuazione di RUP e DEC	Rendere l'albo operativo entro il 30/06

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_20_A	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	4 relazioni trimestrali

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_21_A	Rispetto delle scadenze utili alla difesa dell'azienda;	Relazionare DS in ordine alla attività consulenziale verso Rischio clinico E Ufficio Legale 30/06 - 31/12

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	25

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_21_B	Rispetto delle scadenze utili alla difesa dell'azienda;	Relazionare per competenza a DS e DA e CDG in ordine alla collaborazione offerta dalla strutture interessate dalle richieste di istruttoria. Scadenze di monitoraggio,

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
AVVOCATURA	10
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_22_A	Sottoscrizione tempestiva dei contratti a seguito aggiudicazione gare - Predisposizione tempestiva del contratto e trasmissione ai fornitori a seguito di aggiudicazione di gara sopra soglia	4 relazioni con report tempistica (del. agg.ne - arrivo documentazione - trasmissione contratto a fornitore, RUP e DEC - ricevimento contratto sottoscritto) con le quali valuta anche tempestivo adempimento assegnatari ob. 5_A_22_B

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. AFFARI GENERALI	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_22_B	Sottoscrizione tempestiva dei contratti a seguito aggiudicazione gare	Trasmissione tempestiva della documentazione necessaria alla sottoscrizione dei contratti sopra soglia alla UOSD Affari generali. Valuta UOSD AAGG (30 GG Da data di aggiudicazione)

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_23_A	Trasmettere a CDG Planimetrie Aziendale con l'indicazione dei servizi per CDC	Trasmettere planimetria ospedale Grassi entro 30/04, e completamento entro 30/06 - aggiornamento bimestrale in caso di trasferimenti di linee di attività

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_24_A	verifica dell' aggiornamento del sito Internet in ordine a: orari, sedi e modalità di accesso dei servizi, numeri di telefono, individuazione dirigenti e responsabili delle strutture . Valutazione dell'obiettivo 19.3.1	predisposizione 3 report a CDG e monitoraggio dell'obiettivo 19.3.1.

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS COMUNICAZIONE	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_25_A	Piano Aziendale Umanizzazione delle Cure , report periodici	Pubblicazione sul sito internet e Carta dei Servizi di un report annuale relativo a segnalazioni , reclami ed elogi entro il 31.12.2026

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS COMUNICAZIONE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_26_A	Piano Aziendale Umanizzazione delle Cure ,favorire la partecipazione civica. Delibera n. 181/2026	Coinvolgimento strutturato delle Associazioni tramite il Tavolo Misto Permanente (almeno n. 2 incontri)

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	5

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS COMUNICAZIONE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_27_A	Aprire ambulatorio sul territorio	erogare 150 prestazioni di specialistica ambulatoriale entro il 31.12.2026

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_27_B	Aprire ambulatorio sul territorio	erogare 350 prestazioni di specialistica ambulatoriale entro il 31.12.2026

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_28_A	Miglioramento dell'efficienza del processo di smistamento della posta alla DG	riorganizzazione di assegnazione della posta in particolare quella inirizzata alla Direzione Generale

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. AFFARI GENERALI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_3_A	Effettuare la verifica di almeno 25 strutture accreditate. Report trimestrali	Verificare 25 strutture accreditate e trasmettere alla fine del trimestre relazione a DS e CdG (percentuale in relazione al numero di strutture controllate - il mancato invio delle relazioni determina il non raggiungimento dell'obiettivo)

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. GOVERNO DELLA RETE EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_4_A	Elaborazione del Nuovo Regolamento ALPI alla luce delle nuove linee guida regionali	Delibera di approvazione entro 30/06/2026

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_5_A	Evitare le delibere di proroga e il ritardo nel rinnovo degli affidamenti	1-((delibere proroga/delibere aggiudicazione) + (valore dp/valore da)) /2

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_6_A	Formazione continua Peer to peer in piccoli gruppi per favorire le competenze gestionali relative allo svolgimento del ruolo di RUP e DEC	predisporre almeno 12 incontri RUP/DEC entro il 31/12/2026

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_7_A	Adottare le misure previste del Piano Aziendale Umanizzazione delle Cure Delibera n. 181/2026 relativo a predisposizione cartellonistica di orientamento e miglioramento del comfort di accoglienza nelle aree di attesa	predisporre il Piano di Azioni triennale entro il 31.03.2026 di concerto con altri assegnatari obiettivo e realizzazione dello stesso - Nell'anno 2026 focalizzare attività su decoro Ospedale Grassi -

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	10
U.O.C. AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	20
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_8_A	monitoraggio trimestrale sugli esiti delle richieste di interventi di manutenzione	Analisi dei ticket ricevuti per linea d attività con analisi di quelli lavorati (trasmettere trimestralmente a DA - CDG)

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	5

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PATRIMONIO, PROGETTAZIONE, GESTIONE LAVORI E RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_A_9_A	Piano Aziendale Umanizzazione delle Cure , n. 8 analisi per altrettante strutture sul grado di apprezzamento dell'offerta erogata (di cui n. 4 nelle Case di Comunità)	Svolgere analisi sul campo o telefoniche per misurare il grado di apprezzamento del servizio (3 analisi entro 30/06 - 3 analisi entro 31/10 - due analisi entro il 31/12)

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS COMUNICAZIONE	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_I_1_A	Monitoraggio attuazione piano gare 2026/27	predisposizione di 2 relazioni semestrali da trasmettere al CDG e al RPTC

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_O_1_A	**Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario / produzione rispetto al 2025.**	**Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario e a Convenzione (esclusa ind... Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2025**

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	15
U.O.C LABORATORIO ANALISI	15
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	15

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	10
U.O.S.D. ONCOLOGIA	10
U.O.C PEDIATRIA	10
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	10
U.O.C MEDICINA	10
U.O.C RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	15

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C OCULISTICA	10
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	20
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	5
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	15
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	5
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10
U.O.C CARDIOLOGIA	5

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_O_1_B	Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario e personale della riabilitazione / produzione rispetto al 2025	Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario, a Convenzione e delle professioni sanitarie della riabilitazione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2025

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_O_2_A	Miglioramento rapporto Dispositivi medici/Produzione rispetto al 2025.	Il valore del rapporto costo dei Dispositivi medici / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2025

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C LABORATORIO ANALISI	15
U.O.C SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	10
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	20

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. ONCOLOGIA	20
U.O.C MEDICINA	10
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	10
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	10
U.O.C PEDIATRIA	10
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10
U.O.C RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	15

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	20
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.C OCULISTICA	10

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	5
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	15
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	10
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	5
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_O_3_A	Monitoraggio trimestrale del tempo di utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia - TAC e RMN. Relazione a Direttore Sanitario e CdG.	4 relazioni trimestrali

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso

U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_O_4_A	Procedura per la gestione del paziente neuropsichiatrico in Pronto Soccorso	Predisposizione entro 30/06 della procedura e valutazione degli esiti al 30/09

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	5

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA	15

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	5
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_O_5_A	Rendicontazione trimestrale alla Direzione Sanitaria degli eventi avversi segnalati.	realizzazione 4 report. Al controllo di Gestione vanno inviate le note di accompagno senza il report

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_O_6_A	Analisi trimestrale delle performance del Progetto Tobia	Trasmissione al CDG., DS, e Direzione Medica di Presidio di 4 relazioni con reportistica relativa ai costi di produzioni e alle attività svolte nell'ambito del progetto Tobia

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_P_1_A	Approvazione Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2026	Approvare la Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2026

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_P_4_A	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. 40 Allegato 3B d.lgs. 81/08) Dati 2025 entro 30/09/26.	TRASMISSIONE REPORT A DS E CDG

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_P_6_A	Promozione del valore salute sall'attività fisica / sportiva	Realizzazione di gruppi di cammino e altre attività aperte a tutti . Organizzazione di corsi walking leader / 4 relazioni trimestrali

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso

U.O.S.D. PROMOZIONE ATTIVITA FISICA E MEDICINA DELLO SPORT	30

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_P_7_A	Vigilanza nutrizionale nelle scuole	eseguire nel 2026 controlli nel 20% delle scuole in cui è presente la mensa

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_P_8_A	Eseguire controlli ufficiali sugli specialisti autorizzati	predisporre piano triennale dei controlli entro il 31/03/2026 da trasmettere a DG, DS, CDG, Dip. Prevenzione - eseguire nel 2026 30 controlli

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE ATTIVITA FISICA E MEDICINA DELLO SPORT	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_1_A	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati in CAPI, successive alla convocazione. - reportistica	trasmissione ai distretti al DS e al CDG dei dati sulle prescrizioni oggetto di analisi della capi. Verifica a sei mesi dei corretti adempimenti. Trasmissione a CAPI. 4 relazioni trimestrali.

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C FARMACIA TERRITORIALE	25
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	5
U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_10_A	Monitoraggio LEA "cure paliative" previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia	4 relazioni trimestrali a CDG, ESIS, DS di monitoraggio degli indicatori D30Z; D31C; D32C

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. RETE DELLE CURE PALLIATIVE	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_11_A	analisi della produzione relativa alle certificazioni dell'idoneità sportiva	4 relazioni trimestrali sull'andamento della produzione

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. PROMOZIONE ATTIVITA FISICA E MEDICINA DELLO SPORT	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_2_A	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati in CAPI, successive alla convocazione. Azioni correttive	trasmissione provvedimenti effettuati a seguito dei controlli sui dati contenuti nel report della farmacia al DS e al CDG. 3 relazioni trimestrali a partire dal secondo monitoraggio.

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	10
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	10
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	10
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_3_A	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	n° capi effettuate con indicazione delle attività relative anche ai dispositivi medici (ai fini del raggiungimento dell'obiettivo verranno valutate le presenze effettive dei Direttori di Distretto)

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	10
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	10
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	10
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_4_A	Istituire il centro aziendale di referenza per antibiotico resistenza	attività finalizzate alla sorveglianza epidemiologica sul territorio, al monitoraggio dei dati di resistenza e all'educazione sanitaria per la popolazione e i medici di medicina generale. Relazioni alle scadenze di monitoraggio.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. IGIENE E SANITA PUBBLICA	10
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_5_A	Monitoraggio dei processi gestiti dalle COT	Report trimestrale sul numero dei pazienti presi in carico e sulle transizioni di setting gestite, monitorare il tempo tra la richiesta di dimissione e dimissione effettiva

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	20
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	10
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_6_A	Predisporre relazione con cadenza trimestrale contenente le seguenti elaborazioni con descrizione delle eventuali relative azioni correttive: tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a ordine). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a autorizzazione). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. Analisi (costo, n. tipologie) presidi restituiti e presidi riassegnati dopo il riutilizzo.	PREDISPORRE 4 RELAZIONI TRIMESTRALI CON REPORT DI CONFRONTO 2025 / 2026 A CDG

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_7_A	Relazione trimestrale sulle azioni svolte a favore di pazienti in carico presso i CSM che hanno subito un ricovero presso SPCD Cliniche psichiatriche o comunità terapeutiche.	Pazienti in carico, ricoverati presso SPDC o Cliniche psichiatriche con l'indicazione dei costi di ricovero e del numero delle prestazioni effettuate dai CSM a favore degli stessi. Indicare anche se il paziente frequenta centri diurni.

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	5
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	10

U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_8_A	Relazione trimestrale sulle azioni svolte a favore di pazienti in carico presso SERD che hanno subito un ricovero presso comunità terapeutiche.	Pazienti in carico, ricoverati presso Enti Ausiliari con l'indicazione dei costi di ricovero e del numero delle prestazioni effettuate dai CSM a favore degli stessi.

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	15

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
5_T_9_A	Relazione trimestrale con reportistica attività svolta	4 relazioni trimestrali, con reportistica concordata con CDG e ESIS, relativa ai pazienti presi in carico e all'attività svolta

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)	20

Area Utilizzo strumenti di sanità digitale

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
6_A_1_A	Abilitazione cruscotto di monitoraggio della COAN e corso di formazione ai negoziatori e ai dipendenti indicati a livello dipartimentale	Abilitazione cruscotto entro il 30.06 e formazione dei negoziatori entro il 30.09 e dei dipendenti indicati a livello dipartimentale entro 30.11 (obiettivo raggiunto solo se sono soddisfatte le tre condizioni)

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
6_O_1_A	Corretta gestione da parte dei reparti e corretto monitoraggio da parte della Direzione Medica di Presidio delle scadenze e degli scarti legati ai flussi di produzione. Supporto ESIS al recupero degli scarti.	I reparti trasmettono , secondo le scadenze stabilite, le SDO e collaborano con la Direzione Medica di Presidio alla correzione degli scarti

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C OCULISTICA	15
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	10
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	5
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C CARDIOLOGIA	5

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
6_O_2_A	Corretto invio, nei termini previsti dei flussi di rendicontazione ministeriale e regionale, File F, File R, Dispositivi Medici, SIO, SIAS, SIES, SIAR, Hospice.	La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione (SIO, SIAS, SIES e Hospice)

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso

U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI SANITARI ED EPIDEMIOLOGIA	25

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
6_O_2_B	Corretto invio, nei termini previsti dei flussi di rendicontazione ministeriale e regionale, File F, File R, Dispositivi Medici, SIO, SIAS, SIES, SIAR, Hospice.	La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione (File F , File R e DM)

DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C FARMACIA TERRITORIALE	10
U.O.C FARMACIA OSPEDALIERA	10
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	10

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
6_O_2_D	Corretto invio, nei termini previsti dei flussi di rendicontazione ministeriale e regionale, File F, File R, Dispositivi Medici, SIO, SIAS, SIES, SIAR, Hospice.	La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione (Dispositivi Medici)

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. AFFARI GENERALI	10
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	5

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
6_O_3_A	Garantire l'utilizzo degli strumenti di sanità digitale secondo le indicazioni regionali e aziendali. Gli strumenti monitorati sono: dematerializzate, ADT, O4S, T4C, Armadietti di reparto, Firma digitale nei processi di refertazione e lettera di dimissione, Adozione modulo GPPP, sismed, Nomos	La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C LABORATORIO ANALISI	10
U.O.C ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	10
U.O.S.D. RETE DELLE CURE PALLIATIVE	10
U.O.S.D. NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)	25
U.O.C DISTRETTO XI MUNICIPIO	10
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	10
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	10
U.O.C MEDICINA LEGALE DEL TERRITORIO	10
U.O.C DISTRETTO XII MUNICIPIO	10
U.O.C DISTRETTO X MUNICIPIO	10

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	10
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	20
U.O.C DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	20
U.O.C SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	15

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C MEDICINA	20

U.O.S.D. ONCOLOGIA	20
U.O.C PEDIATRIA	20
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	20
U.O.C NEFROLOGIA E DIALISI	20
U.O.C RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	20
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA	20

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO

Struttura Negoziale	Peso
U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	10
U.O.C OCULISTICA	20
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO	15
U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10
U.O.C CHIRURGIA GENERALE	10
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI EMERGENZA - URGENZA	10
U.O.C CARDIOLOGIA	10
U.O.C DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO	10
U.O.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	20
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	10

DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA	10
U.O.C. SPDC c/o SAN CAMILLO	15
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA ROMANA	10
U.O.C. SALUTE DIPENDENZE	10
DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE*	10
U.O.S.D RESIDENZIALITA IN SALUTE MENTALE	15
U.O.C. SALUTE MENTALE AREA LITORALE	10

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI, TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE ED OPERATION MANAGEMENT	10

TECNOSTRUTTURA

Struttura Negoziale	Peso
U.O.C. AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO	10
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	10
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE	20

Codice	Obiettivo Specifico	Indicatore
6_O_3_B	**Garantire l'utilizzo degli strumenti di sanità digitale secondo le indicazioni regionali e aziendali. Gli strumenti monitorati sono: dematerializzate, ADT, O4S, T4C, Armadietti di reparto, Firma digitale nei processi di refertazione e lettera di dimissione, Adozione modulo GPPP, sismed, Nomos**	**La scheda di negoziazione riporta gli applicativi e gli indicatori oggetto di valutazione**

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Negoziale	Peso
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	5